

# PRIRUČNIK ZA AMBULANTNU HIRURGIJU



# Priručnik za ambulantnu hirurgiju

Ovaj priručnik proizašao je iz RADNOG PLANA ZA ISTOČNOEVROPSKU GODINU 2013. IA  
Priručnik za dnevnu hirurgiju

Sadržaj .....	3
Predgovor .....	5
Poglavlja.....	6
1. glava. Uvod .....	7
2. glava. Tipovi objekata za ambulantnu hirurgiju .....	8
Samostalna ambulantna hirurška jedinica –odvojena od sistema bolnica .....	8
Hirurška ambulanta u sklopu lekarske ordinacije.....	9
Integrisana .....	9
Namenska/e sala/e za dnevno lečenje u kompleksu glavnog operacionog bloka.....	9
Ambulantno odeljenje-bez namenskih sala .....	9
3. glava. Organizacioni aspekti .....	10
Klinički menadžment.....	10
Glavna medicinska sestra/tehničar.....	10
Operativna grupa .....	10
4 glava Preoperativna procena.....	10
Socijalna anamneza.....	11
Medicinska anamneza.....	11
Uzrast .....	11
Krvni pritisak .....	11
Indeks telesne mase (BMI - body mass index) .....	11
Apnea u snu .....	12
Diabetes Mellitus .....	12
5. glava. Podaci o pacijentu .....	12
6. glava. Hirurške intervencije koje se mogu izvoditi u ambulantnim uslovima.....	13
7 glava. Dan prijema Day of admission .....	13
Perioperativnipostupak.....	13
Kontrola bola.....	13
Infiltraciona anestezija .....	14
NSAIDS .....	14
Paracetamol .....	14
Regionalna anestezija .....	14
8. glava. Proces oporavka .....	14
Prva faza oporavka .....	14
Drugi faza oporavka .....	14
Okruženje.....	15
Saveti .....	15
9 glava. Otpust pacijenata i podrška .....	15
10. glava Analgezija kod otpusta .....	16
Cilj.....	16
Lekovi .....	16
Paracetamol .....	16
NSAIDS .....	16

Opijati .....	16
Lokalna anestezija .....	17
Topikalna anestezija .....	17
Davanje analgetika.....	17
Podaci .....	17
Glava 11. Kvalitet nadzora - upotreba revizije i standarda .....	17
Praćenje .....	17
Služba telefonskog praćenja .....	18
Dodatak A: Dvostruka uloga anesteziologa u jedinicama za dnevnu hirurgiju (DSU): moguć organizacioni model za vođenje odellenja za dnevnu hirurgiju .....	19
Dodatak B: Pružanje informacija pacijentima: Uputstva i instrumenti za praktičnu primenu .....	22
Uvod .....	22
Kriterijumi za pružanje informacija pacijentima .....	22
Kategorije informacija .....	22
Faze informisanja .....	24
1. faza - pre prijema.....	24
2. faza –pri prijemu .....	24
3. faza –pri otpuštanju.....	24
Formalizovani okvir .....	24
Pedijatrijska dnevna hirurgija .....	26
Smernice za slaganje paketa informacija .....	26
Uvod .....	26
Izgleđ .....	27
Upitnik .....	28
Primeri informativnih letaka .....	28
Dodatak 2 Informativni letak za negovatelje .....	34
Dodatak 3 Informativni letak o zahvatu .....	36
Dodatak 4 Upitnik za DNEVNU HIRURGIJU .....	38
Dodatak 5 Veze s primerima informacija pacijentima za dnevnu hirurgiju i smernice za sastavljanje pismenih materijala .....	41
Dodatak C: INFORMISANI PRISTANAK .....	42
Dodatak D: Postupci dnevne hirurgije .....	44
E.N.T .....	44
OPŠTA HIRURGIJA .....	44
OPERACIJA DOJKI: .....	45
GINEKOLOGIJA .....	45
OFTALMOLOŠKA HIRURGIJA .....	45
ORALNA I MAKSILOFACIJALNA HIRURGIJA .....	45
ORTOPEDSKA HIRURGIJA.....	45
PEDIJATRIJSKA HIRURGIJA .....	46
PLASTIČNA HIRURGIJA .....	46
UROLOGIJA .....	46
VASKULARNA HIRURGIJA .....	46
Dodatak E: Prevencija bola i strategije PONV (postoperativna mučnina i povraćanje) za optimizaciju kvaliteta nege za pacijente u dnevnom lečenju. ....	47
Kontrola bola .....	47
Prevencija postoperativne mučnine i povraćanja .....	47
Dodatak F: Glava - Kvalitet / Klinički pokazatelji .....	49
Uvod.....	49
Klinički pokazatelji .....	49
Obrazloženje korišćenja različitih dimenzija pokazatelja učinka u dnevnoj hirurgiji .....	51
Pokazatelji ulaza .....	51
Pokazatelji pristupa .....	51
Pokazatelji procesa .....	51
Pokazatelji izlaznog rezultata.....	52
Pokazatelji ishoda .....	52
Pokazatelji sigurnosti pacijenata .....	52
Troškovi / Pokazatelji produktivnosti .....	52
Pokazatelji zadovoljstva pacijenata .....	53

Zaključak .....	53
Dodatak G: Uloga nege u ambulantnoj hirurgiji .....	55
PREOPERATIVNA PROCENA I EDUKACIJA .....	55
Društvena procena .....	55
Medicinska procena .....	55
Naobrazba .....	55
PRIJEM .....	56
OPERACIJSKA SALA .....	56
OPORAVAK .....	56
OTPUST .....	56
KONTROLA POSLE OTPUSTA .....	57
KOMPETENCIJE .....	57
Dodatak H: Osnivanje formalnog udruženja .....	58
Zdravstveni sistem u Indiji: .....	58
Potreba za udruženjem:.....	58
Kako to pokrenuti: .....	58
Predstojeći izazovi: .....	59
Međunarodna izloženost: .....	59
Budući planovi: .....	59

## **Predgovor**

Ovaj priručnik pripremljen je kao podrška za edukativne radionice IAAS-a za ambulantnu hirurgiju - Dnevna hirurgija: Omogućavanje.

Mnogi ljudi su pomogli u izradi ove publikacije i ja im se zahvaljujem na podršci koju su pružili ovom projektu. Posebno je važno prepoznati rad Carla Castora, Paula Lemos, Jana Eshuisa i Gamala Mohameda na razvijanju i održavanju kursevaza obuku instruktora.

Nadam se da je ovo samo početak i da kako se kursevi budu razvijali tako će se razvijati i materijali kao neophodna podrška ovom važnom poslu.

### **Dr Ian Jackson**

Predsednik.

Međunarodno udruženje za ambulantnu hirurgiju

Ovaj priručnik dostupan je na stranici [www.iaas-med.com/handbook](http://www.iaas-med.com/handbook) gde se nalazi (može da se preuzme na mađarskom, rumunskom i srpskom jeziku. Postavili smo forum na kome možete da postavljate pitanja o svim problemima sa kojima se suočavate u dnevnoj hirurgiji.

### **Saradnici**

Ian Jackson - Predsednik

Jan Eshuis - Počasni tajnik

Luc Van Outryve - Počasni blagajnik

Gamal Mohamed - Izabrani predsednik

Carlo Castoro – Neposredno prethodni predsednik

Paulo Lemos - Bivši predsednik

Arnaldo Valedon - SAD

Jost Brökelmann - Nemačka

Douglas McWhinnie - Velika Britanija

Jan Jakobsson - Švedska

Sven Felsby - Danska

Wendy Adams - Australija

Naresh Row - Indija

## 1. glava. Uvod

Dnevna ili ambulantna hirurgija ima brojne definicije u svetu, međutim IAAS preporučuje termin **ambulantna hirurgija** koja se definiše kao *'operacija/postupak koji se obavlja ambulantno u bolnici, posle koga se pacijent otpušta istog radnog dana'*.

Druga važna grupa su oni pacijenti koji ostaju na odeljenju preko noći i za njih predlažemo termin **'ambulantna hirurgija - pacijent s produženim oporavkom'** uz definiciju *'pacijenta lečenog u hirurgskoj ambulanti /centru/jedinici za hirurgske zahvate, koji postoje nezavisno ili su u bolnici, kome je nužan produženi oporavak uključujući i zadržavanje preko noći pre otpuštanja sledećeg dana.'*

### Tabela 1. Definicije IAAS-a

#### DEFINICIJE – AMBULANTNA HIRURGIJA

**Ambulantna hirurgija/postupak-** Operacija/postupak,osim zahvata/postupka/operacije koji se obavlja ambulantno u bolnici, posle koga se pacijent otpušta istog radnog dana.

**Pacijent na kome se obavlja ambulantna hirurgija /postupak** - Pacijent na kome se vrši operaciju/postupak, osim operacije/postupka koji se obavlja u bolničkoj ambulanti, koji se prima i otpušta istog radnog dana.

**Centar (ustanova) za ambulantnu hirurgiju** - Centar (ustanova) osposobljena za optimalno vođenje ambulantnog hirurgskog pacijenta.

**Ambulantna hirurgija / postupak– Pacijent naproduženom oporavku** - Pacijent lečen u hirurgskoj ambulanti / centru/jedinici, samostalan ili u sklopu bolnice, kome je potreban produženi oporavak koji podrazumeva noćenje pre otpuštanja sledećeg dana.

**Ambulantna hirurgija / postupak– Centar/jedinica zaproduženi oporavak-** Namenski / prilagođen smeštaj pacijenata, samostalan ili u sastavu ambulantnog hirurgskog centra ili bolnice, posebno prilagođen produženom oporavku ambulantnih hirurgskih pacijenata.

**Smeštaj sa ograničenom negom pacijenata-** Hotelski /hostelski smeštaj za pacijente posle ambulantne hirurgije/postupka kada je profesionalna zdravstvena usluga stalno dostupna na poziv.

**Hotelski / Hostelski smeštaj** Smeštaj bez profesionalne zdravstvene usluge posle ambulantne hirurgije / zahvata; na zahtev pacijenata iz privatnih, socijalnih ili putnih razloga.

Upoređujući stope međunarodne ambulantne hirurgije za određeni operativni zahvat važno je razumeti da se definicije ipak mogu razlikovati u svetu uprkos našim preporukama. U nekim zemljama pod ambulantnom hirurgijom se podrazumeva boravak kraći od 24 časa. S obzirom na doprinos koji su ovom priručniku dali stručnjaci iz raznih zemalja, u njemu će se uporedo koristiti termini dnevni ambulantna hirurgija.

Dnevna hirurgija nije novost i, u stvari, James Nicoll je još 1909. izvestio o svom radu na skoro 9.000 dece nad kojom su, u Kraljevskoj dečijoj bolnici u Glazgovu u okviru dnevne hirurgije, izvršene intervencije zbog stanja poput zečje usne, kile, uvrnutog stopala i mastoidne bolesti. Bio je to rad nadarenog entuzijaste koji je jednostavno bio mnogo ispred svog vremena pa je još tih ranih dana naglašavao važnost odgovarajućih kućnih uslova i saradnje s lekarima opšte prakse.

Na povećanje broja zahvata u dnevnoj hirurgiji utiču tri najvažnija faktora

1. Promene u kliničkoj praksi - dužina boravka u bolnici posle operacije u poslednjih deset godina konstantno se skraćivala čemu su doprineli i sve bolji programi oporavka koji podstiču ranu mobilizaciju.
2. Napredak anestezije i hirurgskih tehnika povećali su broj postupaka pogodnih za dnevnu hirurgiju. Ta su poboljšanja takođe omogućila da se dnevnoj hirurgiji podvrgnu i oni pacijenti koji su prethodno smatrani neprikladnima zbog raznih komorbiditeta. Mnoge bolnice sada prelaze na mogućnost dnevne hirurgije za mnoge operativne zahvate. Umesto da hirurg pita 'Da li je dnevna hirurgija pogodna za ovog pacijenta?', on sada pretpostavlja da jeste pogodna i pitanje koje se sada postavlja je 'Da li je opravdano hospitalizovati ovaj slučaj?'
3. Zemlje se trude da kontrolišu troškove zdravstvenih usluga i sve većeg broja hitnih prijema povezanih s njihovom sve starijom populacijom. Mogućnost hirurgskog lečenja više pacijenata uz manji broj bolničkih kreveta znači da je ekonomičnost dnevne hirurgije dovela ovaj način lečenja u sam vrh zdravstvene politike.

Međutim, mnogim zemljama trebalo je mnogo vremena za povećanje stopa zahvata u dnevnoj hirurgiji. Razlozi za to su složeni ali bitno je da se shvati da su to razlozi sa kojima će se suočiti svi oni koji žele da u svoju zdravstvenu praksu uvedu dnevnu hirurgiju.

#### Nedostatak prostornih kapaciteta za dnevnu hirurgiju

Dnevna hirurgija moguća je bez namenskih prostora za dnevnu hirurgiju ali bolnice koje imaju visoko razvijenu praksu u dnevnoj hirurgiji, namenile su za takvu praksu određene jedinice (imaju namenske jedinice) - o tome ćemo govoriti kasnije u priručniku.

### **Šta više odgovara kliničkom osoblju**

Važno je shvatiti da mnogi hirurzi, anesteziolozi i medicinske sestre/tehničari su skloniji hospitalizaciji hirurških pacijenata. Mnogim se pacijentima dnevna hirurgija 'manje vrednom' ili manjim izazovom a u nekim zemljama hirurzi se plaše gubitka kontrole nadbolničkim krevetima ili 'svojim odeljenjem'.

### **Šta više odgovara pacijentima**

Zaposleni u bolnicama često kažu da pacijenti ne žele dnevnu hirurgiju i tačno je da je u sredinama u kojima je dnevna hirurgijanovost važno edukovati pacijente o njenim prednostima. Kad se dnevna hirurgija objasni pacijentima onda nije važno u kojoj zemlji radite; opšte je poznato da bi većina pacijenata više volela da se oporavlja u kućnom okruženju.

Širenje dnevne hirurgije podrazumeva promenu u mentalnom sklopu kliničara, medicinskih sestara i tehničara, uprava i pacijenata. Možda će biti potrebno da se uvedu izmene u nacionalnim zdravstvenim politikama i propisima, kao što je ukidanje inicijativakoje podstiču nepotrebnu hospitalizaciju. Međutim, dnevnu hirurgiju mogu uspešno da uvedu oni koji žele promene zasvoje pacijente. Većina bolnica će u početku morati da vrši dnevnu hirurgiju u postojećim objektima. Ključna promena ove situacije je u tretmanu pacijenta - od samog početka je jasno i pacijentu i osoblju da će pacijent ići kući istog dana kada se izvrši zahvat. Nakon pokretanja službe u bolnici možete tražiti način kako da svoje objekte prilagodite potrebama dnevnooglečenja sve većeg broja pacijenata. Nadamo se da će ovaj priručnik biti od pomoći u svim razvojnim fazama vaše službe dnevne hirurgije.

Na kraju ovog priručnika priložili smo Dodatak članaka kolega iz Izvršnog odbora IAAS-a. Ovo su lična mišljenja o upravljanju različitim aspektima dnevne hirurgije i sadrže mnogo korisnih ideja i informacija. Svaki od tih članaka obrađuje poseban deo brige o pacijentu i nadamo se da će vam biti od koristi - navodimo i kontaktne informacije autora tako da ih možete kontaktirati ukoliko imate pitanja.

## 2. glava. Vrste objekata za ambulantnu hirurgiju

Usluge ambulantne hirurgije mogu se pružati na više načina.

- Samostalna ambulantna hirurška jedinica – odvojena od sistema bolnica
- Hirurška ambulanta u sklopu lekarske ordinacije
- Samostalna jedinica za ambulantnu hirurgiju - u sklopu matične bolnice
- Samostalno ambulantno odeljenje - koristi namenske operacione sale u matičnom operacionom kompleksu
- Samostalno ambulantno odeljenje - pacijenti uključeni u liste hospitalizovanih pacijenata

Publikacije koje promovišu ambulantnu hirurgiju često se koncentrišu na efikasnost samostalnih jedinica i posebno onih koje imaju svoje sopstvene sale. Samostalne jedinice integrisane u matičnu bolnicu i samostalna dnevna odeljenja sa namenskim salama najzastupljeniji su u Evropi dok u SAD-u ima više samostalnih jedinica izdvojenih iz sistema bolnica. Svaka službama svoje prednosti i nedostatke ali treba imati na umu da svaka varijanta može da funkcioniše ako je jasno zacrtanput pacijenta i ako je lokalna ekipa dobro organizovana.

### **Samostalna ambulantna hirurška jedinica –izdvojena iz sistema bolnica**

Ova vrsta jedinice pridonosi smanjenju režijskih troškova u SAD-u što se može videti i u Nezavisnim centrima za lečenje Velikoj Britaniji. Međutim, u Evropi je mali broj samostalnih jedinica koje nisupod mokriljem matične bolnice i zato one morajuda nose deo svih režijskih troškova. Parkiranje, najveći problem brojnih evropskih bolnica, obično nije problem kod samostalnih hirurških jedinica.Međutim, samostalne jedinice koje su izdvojene iz sistema bolnica imaju probleme koji se povećavaju što je veća udaljenost medicinskog osoblja i osoblja vozila hitnih pomoći koji rade za njih. Pomoćne službe, od fizikalne terapije i laboratorijskih službi dointenzivne nege i radiologije, su udaljene od ovakvih jedinica. Da li se ambulantno lečenjeobavlja na mestu gde živi pacijent? Ako ne, toznači dodatan put za pacijente ako se radi procena pre prijema. Vreme putovanja medicinskog osoblja do i izjedinice može značiti neefikasno korištenje vrednih resursa. Izbor pacijenata mora da bude stroži a rasponpostupaka koji se mogu obaviti je ograničen. To može da se ublaži ako jedinica ima objekat zanoćenje pod medicinskim nadzorom - tako će se smanjiti potreba da se pacijenti čije lečenje nije uspešno završeno u dnevnoj bolnici prevoze u neku veću instituciju čime će se omogućiti i rešavanje zahtevnijih slučajeva.

### **Hirurška ambulanta u sklopu lekarske ordinacije**

Obavljanje hirurških zahvata u odgovarajućem prostoru u sklopu 'hirurške ordinacije' popularno je u nekim zemljama. Hirurgu to omogućuje maksimalan povratak na ulaganja u objekte. Međutim, ograničavajući faktori su zahvati koji se ovde mogu obavljati i vrste pacijenata koji se mogu izabrati. Treba poveriti račun o uređenju tih objekata i sigurnosti pacijenata.

### **Integrisana**

Ovu vrstu jedinice mnogi smatraju idealnom. Sveobuhvatne prateće zdravstvene usluge su dostupne a pacijentima je lako da dođu u ovakvu integrisanu jedinicu istog dana kada imaju zakazan pregled za ambulantnu preoperativnu procenu. Ne gubi se vreme od lečenja na putovanjima, ako se dogodi nešto neočekivano, npr. ako je pacijentupotrebna laparotomiju nakon nekontrolisanog krvarenja zavreme laparoskopskog postupka, lako je obaviti zahvat i po potrebi primiti pacijenta u odgovarajući objekat, npr. na odeljenje za pacijente kojima je potreban veći medicinski nadzor , ili čak na intenzivno odeljenje.

### **Namenska(e) sala(e) za dnevno lečenje u kompleksu matičnog operacionog bloka**

Razdaljina između odeljenja i kompleksa matičnog operacionog bloka je važna u ovoj situaciji. Efikasnost ovakve ambulantne hirurgije zavisi od brzog protoka pacijenata kroz salu tako da se ne gubi dragoceno vreme iskorišćenosti operacione sale. Zato je efikasantransfer pacijenata važan ali on postaje sve teži ukoliko su sala i odeljenje više udaljeni. Međutim, ovaj problem može se rešiti otvaranjemprostora za boravak pacijenata u blizini operacione sale. Ono što često zaboravljamo je iskustvo povezano sa sobom za oporavak ili jedinicomza postoperativnu negu. Sprovođenje prve faze oporavka pacijenata je važan aspekt uspešne ambulantne hirurgije – osoblje koje se oslanja na hiruršku praksu sa hospitalizovanim pacijentima može da odgodi ili čak spreči otpuštanje dnevnih pacijenata.

### **Ambulantno odeljenje bez namenskih sala**

Moramo jasno kazati da je ovo veoma nezadovoljavajući način obavljanja dnevne hirurgije i da ga IAAS ne preporučuje. Ovaj način ne samo da smanjuje efikasnost ambulantne hirurgije već može da ima teške posledice na kvalitet usluga koje primaju dnevni pacijenti. Pacijenti primljeni na odeljenje ambulantne hirurgije možda će dugo morati da čekaju operaciju ako su zbog nekih većih zahvata stavljeni na kraj liste. Nije u redu popuniti slučajnih pola sata na kraju liste za obavljanje ambulantnog hirurškog zahvata koji bi, u stvari, trebalo da se uradi rano kako bi se omogućilo maksimalno vreme za oporavak. Rizik otkazivanja je takođe visok ako pacijent dolazi na red posle nekog većeg zahvata. Mnogo je bolje ako se ovi pacijenti stave na početak liste ali tada može da dođe do problema



prenatranosti lista - s ovim problemom dobro su upoznati svi koji rade u operacionim salama. Međutim, ovaj problem se rešava tako što postoji tendencija da dnevni slučajevi ne dobijaju onoliku pažnju kolika je potrebna tako da je stopa uspešnosti ambulantnih hirurških zahvata smanjena.

Shvatamo da se ovakva situacija, posebno u početku, ne može izbeći. Ovi problemi mogu se rešavati boljom organizacijom. Može pomoći i jasan put pacijenta tako da i pacijent i osoblje odeljenja i operacione sale tačno znaju da se radi o pacijentu za dnevno lečenje. Veliku razliku mogu da predstavljaju i ako u sobama za oporavak postoje medicinske sestre koje su edukovane za ambulantnu hirurgiju i uključene su u tim koji obavlja takvu uslugu.

### 3. glava. Organizacioni aspekti

#### **Menadžment klinike**

**Svaka dnevna hirurška jedinica bi trebalo da ima upravnika klinike ili direktora koji je posebno zainteresovan za funkcionisanje dnevne hirurgije i koji će u toj oblasti predvoditi razvoj lokalne zdravstvene politike, njenih smernica i upravljanja klinikom.** Za ovo radno mesto idealan je anesteziolog-specijalista ili hirurg s iskustvom u upravljanju. Ta osoba bi trebalo da u svom ugovoru ima naznačeno tačno vreme koje je predviđeno za obavljanje ove dužnosti. U prapratnim člancima možete videti odeljak u kojem se dodatno istražuje uloga anesteziologa kao upravnika klinike ali zapamtite da se to može odnositi i na kolege hirurge zainteresovane za ambulantnu hirurgiju.

#### **Glavna medicinska sestra/tehničar**

Svaka jedinica mora da ima i odgovarajuće osoblje na čelu s višom medicinskom sestrom koja svakodnevno vodi administraciju jedinice zajedno sa direktorom. Viša medicinska sestra koja vodi jedinicu ambulantne hirurgije bi trebala da većinu svog vremena provodi u toj jedinici. Direktna aktivnost članova višeg osoblja osigurava odgovarajuće razumevanje svih problema koji mogu da se pojave u svakodnevnoj praksi i omogućuje njihovo brže rešavanje. Nivoi stručnosti osoblja zavisice od strukture ustanove i obima poslova kao i lokalnih potreba. Jedinica za dnevnu hirurgiju (eng. DSU - day surgery unit) mora imati veoma kvalitetno osoblje na prijemu kao i vlastito osoblje za medicinsku negu. Predlažemo da svaka jedinica za dnevnu hirurgiju stvori vlastitu strukturu osoblja koja će uzeti u obzir lokalne potrebe.

#### **Operativna grupa**

Svaka jedinica mora da ima operativnu grupu koja treba da posmatra svakodnevni rad jedinice. U nju trebaju biti uključeni predstavnici anesteziologa, hirurga, patronažnog osoblja, lekara opšte prakse, apoteka, predstavnici uprave, finansijske službe, revizora i predstavnici osoblja koje je zaduženo za pomoćnu negu. Ta grupa mora da se dogovori oko operativne politike, definiše raspored, razmotri operativne probleme i organizuje strategije revizije. Oni bi trebali da se redovno sastaju a sve nastale probleme treba da rešava uprava bolnice.

**U Dodatku A možete videti izveštaj o potencijalnim prednostima vođenja dnevne hirurške jedinice od strane anesteziologa.**

## 4 glava. Preoperativna procena

Uspesna ambulatna hirurgija zahteva pažljiv odabir pacijenata i uvažavanje iskustva uključenog tima. Zbog toga, ono što je dobro za jednu specijalnost (odnosno, za neku konkretnu operaciju) u jednom okruženju ne mora da odgovara drugom okruženju. Na primer, uklanjanje katarakte pod lokalnom anestezijom može da se obavlja na mnogo starijoj i osetljivijoj populaciji u poređenju s artroskopijom ramena. Kao dodatan primer navodimo da okruženja za ambulantno lečenje koje nije prilagođeno maloj deci možda neće biti prikladna za njih bez obzira na preoperativnu procenu koja je pokazala kliničku stabilnost decei mali rizik za hirurški zahvat.

Odgovarajuće preoperativne procene bitne su za neometano obavljanje rasporeda ambulantnih hirurških zahvata. Ciljevi efikasnih preoperativnih procena je da one budu organizovane, efikasne, informativne i relativno jednostavne (ali ipak sveobuhvatne). Uz takveade kvatne procene neće biti nikakvih iznenađenja u dnevnoj hirurgiji i, što bi bilo idealno, neće dolaziti do odgađanja ili otkazivanja operacija. Preoperativne procene primarno mogu da se obave na dva različita načina. Pacijenti se mogu pregledati i proceniti u dijagnostičkoj ambulanti ili mogu biti kontaktirani telefonom radi prikupljanja anamneze. Svaki sistem ima prednosti i nedostatke a kombinacija ova dva sistema pokazala se uspešnom u više zemalja.

Pregled pacijenata u dijagnostičkoj klinici ima prednosti u tome što postoji lična interakcija, može da se obavi fizički pregled i po potrebi preoperativne pretrage. Nedostatak je u tome što pacijenti možda neće moći da dođu na ove preglede. Dijagnostičku kliniku mogu da vode predstavnici sestrinskog osoblja koji su za to obučeni a svi pacijenti su pregledani prehirurškog zahvata - to je tipičan model u Velikoj Britaniji dok u drugim zemljama ovu kliniku vode anesteziolozi.

Preoperativni intervjui telefonom najčešće se koriste u SAD-u. Taj se sistem pokazao jednostavnim i pogodnim, ali zahteva dobro poznavanje anamneze od strane pacijenata. Osim toga, tada se očekuje da se fizički pregled i preoperativne analize urade u nekoj drugoj ustanovi a da se u dnevnu ambulantu donesu rezultati.

Bez obzira na to koji model se koristi, ova zdravstvena usluga se najbolje obavlja pod nadzorom upravnika Odeljenja za anesteziologiju. Ono što je važno je da se postave smernice za praćenje pacijenata koje su prihvatile i njihove kolege anesteziolozi. Takođe, potrebno je imati isistem za rešavanje problema koje osoblje uočiu toku preoperativnih analiza. Uopšteno govoreći, preoperativne pretrage treba ograničiti na one situacije u kojima nalazi utiču na lečenje i ishod lečenja pacijenata. Svaka zemlja možda ima vlastite smernice ali one koje su izdale NICE (Velika Britanija), Američko anesteziološkodruštvo (SAD) i Društvo za ambulantnu anesteziologiju (SAD) koriste se u mnogim drugim zemljama. Potrebno je napraviti plan da se svi potrebni testovi obave u vreme određeno za procenu (ili neposredno pre procene ako se radi o intervjuima preko telefona), a potrebno je i da se uspostavi i mehanizam za praćenje svih obavljenih pregleda. Treba zapamtiti da jepreoperativna procena važan momenat i zato što tada treba započeti edukaciju pacijenata i njihovih negovatelja u vezi sa operacijom i postoperativnom negom.

Procena se deli na dve glavne kategorije.

- 1) Socijalna anamneza
- 2) Medicinska anamneza

### **Socijalna**

Pacijent mora da pristane na hirurški zahvat u ambulanti i u većini sličajeva, potrebno je da bude prisutna i odgovorna odrasla osoba kojaće brinuti o pacijentu najmanje prvih 24 časa. Pacijenti i/ili njihovi negovatelji moraju da imaju pristup telefonu, a kućni uslovi pacijenta moraju da budu u skladu sa zahtevima postoperativne nege. Vreme putovanja od mesta obavljanja operacije zavisi od procedure ali se 1 čas obično smatra razumnom granicom.

### **Medicinska**

Pacijent i njegov negovatelj moraju da razumeju planirane postupke i prateću postoperativnu negu. Pacijent mora da bude ili u dobrom stanju ili hronične bolesti, kao što su astma, dijabetes, hipertenzija ili epilepsija, moraju biti pod kontrolom. Pacijente treba birati prema njihovom fiziološkom stanju koje se utvrđuje pri proceni. Brojne studije pokazale su da rutinske laboratorijske pretrage NE smanjuju incidenciju perioperativnih događaja kod ambulantnih hirurških pacijenata. Te pretrage bi trebalo da se fokusiraju na one probleme koji bi mogli da utiču na perioperativno vođenje pacijenata. Kao što smo već spomenuli, važno je da se upravnik klinike usaglasi sa kolegama anesteziolozima oko medicinskih pregleda.

### **Uzrast**

Mnogo je važnije je razmotriti fiziološki status i opštu kondiciju nego starost pacijenta. Izuzetak od ovog pravila su prerano rođena dojenčad i koja su unutar 60 nedelja postgestacionog perioda. Rutinski se prihvata da takve

pacijente treba primiti na posmatranje posle operacije zbog opasnosti od apneje koja se može javiti kod prevremeno rođene dece.

### **Krvni pritisak**

U prošlosti se mnogo pisalo o važnosti kontrolisanog krvnog pritiska i anestezije. Međutim, nedavne publikacije su izdvojile potrebu dugotrajne kontrole povišenog krvnog pritiska kao sastavnog dela opšteg zdravstvenog stanja pacijenta zbog mogućih rizika povezanih s anestezijom i hirurškim zahvatima. Nema dokaza koji bi uputili na to da ne treba obaviti izabrani hirurški zahvat na pacijentima sa blago ili umereno povišenim krvnim pritiskom. Međutim, treba ih upućivati lekaru opšte prakse na procenu povišenog krvnog pritiska.

### **Indeks telesne mase (eng. BMI)**

BMI se koristi kao jedan od kriterijuma selekcije u većini jedinica za ambulantnu hirurgiju. To je jedna od mera gojaznosti izračunava se deljenjem težine pacijenta (merene u kilogramima) s kvadratom njihove visine (merene u metrima).

Na tom području došlo je do velike promene - pre nekoliko godina pacijenti s BMI višim od 30 smatrali su se neprikladnima za ambulantnu hirurgiju. Napredak hirurških i anestezioloških tehnika omogućio je primanje i pacijenata s mnogo višim BMI koji su inače u dobroj telesnoj kondiciji. Iako neke jedinice sada primaju i pacijente s BMI 40 ili više pametnije je početi sa nižom granicom i povećavati je kako se bude sticalo iskustvo i samopouzdanje u vođenju tih pacijenata.

### **Apnea u snu (Sleep apnea)**

Pacijenti s apneom u snu koji se podvrgavaju ambulantnoj hirurgiji su glavna tema rasprave u mnogim zemljama pogotovo zato jer mnogi od njih nemaju formalnu dijagnozu u vreme operacije. Zanimljivo je da je nekoliko studija pokazalo da nema nikakve razlike u komplikacijama između pacijenata s apneom u snu (eng. OSA obstruktive sleep apnea – opstruktivna apnea u snu) i onih koji je nemaju (non-OSA) podvrgnutih ambulantnim hirurškim zahvatima. Međutim, za nekoliko kategorija pacijenata s apneom u snu ne preporučuje se ambulantna hirurgija:

- Pacijenti sa centralnom apneom u snu
  - Pacijenti s teškom apneom u snu a da komorbidna stanja nisu dovedena do optimalnog nivoa
  - Pacijenti nesposobni da poštuju uputstva nakon otpusta iz bolnice uključujući i pridržavanje pravila o kontinuiranom pozitivnom pritisku u disajnim putevima (eng. CPAP continuous positive airway pressure - stalni pozitivni pritisak vazduha)
  - Pacijenti koji izričito odbijaju upotrebu CPAP-a noćunakon otpusta iz bolnice
  - Pacijenti kojima su potrebni pijati s dugotrajnim delovanjem
- Vođenje tih pacijenata može da bude komplikovano i nužna je odgovarajuća koordinacija u vezi sa dostupnošću opreme (na primer CPAP uređaja) za pacijente posle operacije.

### **Diabetes Mellitus**

Dijabetesom je obuhvaćeno 2-3% populacije tako da on ne bi smeo da bude kontraindikacija za ambulantnu hirurgiju. Međutim, kod razmatranja dijabetičkih pacijenata za ambulantnu hirurgiju bitno je proceniti stabilnost bolesti i razumevanje kontrole dijabetesa od strane pacijenata. Britansko udruženje za dnevnu hirurgiju izdalo je koristan priručnik za vođenje tih pacijenata.

Na kraju, bitno je ponovno naglasiti da je ovaj odeljak posvećen proceni pacijenata. Na izbor pacijenata za vašu ambulantnu hirurgiju takođe će uticati

- iskustva uključenog tima
- vrste jedinice – izdvojena iz sistema bolnica, sa ili bez dostupnih kreveta za noćenje, i
- vrste hirurškog zahvata koji treba obaviti

Iskustvo je pokazalo da je lakše početi s restriktivnim kriterijumima po kojima se biraju oni pacijenti s kojima ćete najverovatnije imati uspeha i postepeno, sa sticanjem iskustva, prelaziti i na druge tipove pacijenata koje možete operisati. Preoperativna procena je odlična mogućnost za edukaciju pacijenata o njihovom zahvatu, o tome šta će se dešavati za vreme njihovog boravka u dnevnoj jedinici i šta treba da očekuju posle operacije. To može da se potkrepi pisanom informacijom koju ćemo prikazati u sledećem poglavlju.

**Uloga nege u ovom procesu navedena je u Dodatku G.**

## 5. glava. Informisanje pacijenta

U poređenju s onima koji su podvrgnuti tradicionalnoj hirurgiji, pacijenti koji se podvrgavaju ambulantnoj hirurgiji imaju veću odgovornost za svoju preoperativnu pripremu i oporavak od operacije kod kuće. Vreme provedeno u pripremi pacijenta za ambulantnu hirurgiju u hirurškom objektu kraće je od hirurških zahvata za hospitalizovane pacijente.

Zato je važno pružiti odgovarajuće informacije o svim fazama hirurškog procesa, ne samo da bi se osigurao uspeh postupka, već i zbog sigurnosti pacijenta. Efikasan sistem za pružanje informacija ima za cilj da:

- psihološki pripremi pacijenta za hirurški zahvat;
- edukuje pacijenta o konkretnom postupku i preoperativnoj i postoperativnoj nezi;
- minimalizuje rizike u postoperativnom periodu;
- poveća zadovoljstvo pacijenta u vezi sa ukupnim iskustvom dnevne bolnice i da smanji anksioznost;
- se obezbedi informisani pristanak na hirurški zahvat.

Informisani pacijent bolje se prilagođava operaciji i ređe otkazuje ili odgađa zahvat a takođe se i ređe vraća u službu hitne pomoći ili u bolnicu.

Informacije o medicinskim i organizacionim aspektima treba pružiti pacijentu na strukturisan način. Korišćenje usmenih i pisanih informacija je bitno; jedna pruža informaciju dok je druga potkrepljuje i obrnuto. Drugi medijski oblicikao što su video iseći ili internet također se mogu uzeti u obzir. Informacije moraju da budu konzistentne kroz ceoproces, od lekara koji je uputio pacijenta do osoblja dnevne hirurške ustanove kao i onih uključenih u postoperativnu negu. Informacija bi trebalo da osposobi pacijente da što je moguće više povedu računa o svojoj sopstvenoj nezi. Na kraju, uloga svakog člana ekipe u pružanju informacija treba da se tačno utvrdi a vreme davanja informacije da se koordinira jer će pacijenti dolaziti u dodir s informacijama i primati ih u različitim fazama i to od administrativnog, sestričkog i hirurškog osoblja.

**Opširan članak naveden je u Dodatku B o značenju i strukturi dobrih informacija za pacijenta i negovatelja. On sadrži i primere letaka i korisnih linkova na internet stranicama sa dobrim primerima kojima možete pristupiti.**

## **6. glava Hirurški zahvati prikladni za ambulantnu hirurgiju**

Postupci mogu da se obavljaju kao dnevni slučajevi pod uslovom da se simptomi zadovoljavajućekontrolišu u postoperativnom periodu i da pacijenti mogu ponovno da steknu sposobnost da jedu i piju u razumnom periodu posle operacije. Bol, mučnina i povraćanje moraju se kontrolisati i pacijent bi po mogućnosti trebalo da bude u nekoj meri pokretan. Entuzijasti pomiču granice mogućeg u svetu - radikalna prostatektomija, laparoskopna nefrektomija pa čak i zamena kuka obavljaju se u dnevnim klinikama. Razvijene su nove operativne tehnike kao što su endoskopska hirurgija i drugi tipovi hirurgije s minimalnim pristupom a hirurzi su sve više svesni važnih pitanja kao što su izbor pacijenata i odgovarajuća perioperativna nega u ambulantnoj hirurgiji. Međutim, osnovni princip bi trebalo da bude da se hirurški zahvati koji se preduzimaju u dnevnim bolnicama moraju bazirati na dokazanoj bezbednosti za pacijenta i kvalitetnoj nezi pa bi, zbog toga, ove jedinice trebalo da budu pažljive kada uvode nove postupke.

Ambulantna hirurgija je u početku bila ograničena na zahvate kraće od 60 minuta. Međutim, uz odgovarajući izbor pacijenata, korišćenje modernih anestezioloških agenasa i brižljivu postoperativnu negu sada se redovno obavljaju i duži hirurški zahvati. Mnoge jedinice nemaju određeno maksimalno trajanje operacije. Neke bolnice uvele su objekte za 23-časovni boravak zbog uvođenja više većih postupaka i rešavanja postoperativnih komplikacija bez ponovnog primanja u drugu bolnicu. Ovo bi moglo da pomogne da se neke od operacija već hospitalizovanih pacijenta prebace na područje ambulantne hirurgije čime bi se proširilo korišćenje ukupnog kapaciteta operacionih sala u ambulantnoj hirurgiji do večernjih časova.

**Prošireni pregled postupaka koji potencijalno mogu da se obavljaju kao dnevni zahvati možete da vidite u Dodatku D.**

## 7. glava. Dan prijema

Pacijenta treba primiti u jedinicu i proveriti da nije došlo do promena njihovog zdravlja i kućnih uslova. Pacijente treba da pregledaju i hirurg i anesteziolog koji će se brinuti o njima.

### Perioperativno vođenje

#### **Kontrola bola**

Uspeh ambulantne hirurgije zavisi od kontrole bola u postoperativnom periodu. Bol bi trebalo da se procenjuje tokom celog boravka pacijenta. To se obično obavlja na odraslima pomoću vizualne analogne skale (VAS) koja se sastoji od linije od 10 cm s tekstem 'nema bola na početku i 'najjači mogući bol' na kraju. Pacijent mora staviti krstić na mesto na liniji koje označava koliki bol oseća u tom trenutku. Zatim se mere i beleže razdaljine na liniji. Često se prihvata razdaljina manja od 3 cm kao prihvatljiva analgezija. Kontrola bola zahteva multimodalni ili uravnotežen pristup uz upotrebu lokalne anestezije, nesteroidnih antiupalnih lekova (NSAID), paracetamola, opijata kratkog delovanja (alfentanil, fentanil) i izbegavanje opijata s produženim delovanjem (morfijum) kad god je to moguće. Kontrola bola zahteva timski pristup koji uključuje hirurga, anesteziologa i sestrinsko osoblje. Na primer, bol na kraju laparoskopskog hirurškog zahvata može se umanjiti

- uvođenjem lokalne anestezije u mesto laparoskopskog porta pre umetanja instrumenata
- ispuštanjem što je više moguće ugljen-dioksida iz abdomena
- upotrebom normalnog fiziološkog rastvora za ispiranje peritoneuma na kraju postupka

#### **Infiltraciona anestezija**

Infiltracija mesta operacije lokalnim anestetikom je jednostavna, sigurna i omogućava zadovoljavajuću analgeziju posle većine operacija. Postoje dokazi da infiltracija lokalne anestezije pre reza pruža bolju postoperativnu analgeziju i može da smanji potrebu za intraoperativnom analgezijom. Topični lokalni anestetici poput kapi za oči ili krema za lokalnu anesteziju, npr. EMLA, takođe mogu da omoguće efikasnu postoperativnu analgeziju kod zahvata kao što su operacija razrokosti ili obrezivanje.

#### **NSAIDS**

Uvođenje NSAIDS je sledeći korak. Ibuprofen i naproksen imaju najbolji profil kardiološkog rizika. NSAID lekovi mogu se dati po potrebi ili u tačno određenim vremenskim razmacima u skladu sa potrebama. Ove lekove bi trebalo davati kada god nema kontraindikacija. Upotreba intravenskog ili rektalnog davanja nije potrebna i ima dokaza da oralno davanje prve doze oko 1 časa pre operacije omogućava bolje i dugotrajnije ublažavanje boli.

#### **Paracetamol**

Paracetamol ima dobar sigurnosni i analgetski profil i smanjuje potrebu za jačim opijatima i njihovim neželjenim nuspojavama. Intravenski paracetamol je dostupan u mnogim zemljama ali je skup - odgovarajuća oralna doza data pre operacije trebalo bi da bude deo multimodalnog pristupa ublažavanju bola.

#### **Regionalna anestezija**

Blokade perifernih živaca mogu omogućiti odlične uslove za ambulantnu hirurgiju. Pacijenti se mogu otpustiti kući s rezidualnom senzornom ili motoričkom blokadom pod uslovom da je ekstremitet zaštićen i da je pacijentu kod kuće dostupna pomoć.

Uvođenje male doze spinalne anestezije povećalo je prikladnost centralne neuralne blokade za ambulantnu hirurgiju. Ona može biti korisna za donje ekstremitete, kod zahvata na perineumu i donjem abdomenu i može omogućiti da se i problematičniji pacijenti mogu operisati u dnevnim hirurškim jedinicama. Upotreba igala s vrhom malog promera smanjilo je incidenciju postduralne glavobolje na manje od 1%.

Pregled kontrole bola i prevencije postoperativne mučnine i povraćanja nalaze se u Dodatku E.

**Uloga nege u ovom procesu navedena je u Dodatku G.**

## 8. glava. Proces oporavka

### Prva faza oporavka

Ova faza obuhvata početni period oporavka nakon anestezije i počinje od predaje pacijenta medicinskoj sestri u odeljenju za oporavak do prebacivanja pacijenta na odeljenje. Cilj ambulantne hirurgije trebalo bi da bude da se osigura da se pacijent probudi bez bola, mučnine i da se brzo orijentiše. To će smanjiti vreme boravka pacijenta na odeljenju za oporavak.

Kod pacijenata može, čak i uz najbolju negu, da dođe do problema na odeljenju za oporavak pa je važno da medicinsko osoblje ima protokol usaglašen na odeljenju za anesteziologiju po kome mogu da postupaju u slučaju postoperativnemučnine, povraćanja i bola. Cilj je da se ovi problemi što je moguće pre stave pod kontrolu kako bi se obezbedio neometan povratak na odeljenje idruge fazu oporavka. Važno je napomenuti da bi odeljenje za oporavak trebalo da bude opremljeno slično odeljenju za hospitalizovane pacijente u bolnici. Kriterijumi za otpuštanje takođe će biti slični.

### Drugi faza oporavka

Ovo je važna faza procesa ambulantne hirurgije i edukacija pacijenata i njihovih negovatelja u drugoj fazi oporavka ključna je za naš uspeh. Upravo u ovoj fazi više od bilo koje druge, može se pokazati razlika između pružanja kvalitetne usluge ili onoga što se jednostavno sagledava kao deo 'proizvodne linije' ili 'pokretne trake'. Osim toga, uspehu ovoj fazi može da znači veliku razliku u stopi hospitalizacije pacijenata iz vaše dnevne jedinice. Imajući to na umu, bitno je da se obezbedi da pacijenti imaju dovoljno vremena za oporavak i da ne osećaju pritisak da prerano odu. Međutim, isto tako je važno da osoblje ima usvojenu rutinuza mobilizaciju pacijenata. Ta se rutina neće razlikovati samo zbog različitih specijalnosti i operacija već, ponekad, i između pojedinih hirurga iz iste specijalnosti i od pacijenta do pacijenta.

### Okruženje

U ambulatnoj hirurgiji ne preporučuje se upotreba kreveta jer oni, u razmišljanju naših pacijenata, njihovih negovatelja pa čak i zdravstvenog osoblja, podstiču 'ulogu pacijenta'.

Upotreba bolničkih kolica odmah svima daje utisak kratke posete bolnici. Odgovarajuća kolica pomažu kod:

- smanjenja manuelnog pomicanja pacijenata (čime se smanjuje opasnost i po pacijenta i po zaposlene kada se radi o brzo obavljenim zahvatima) i
- kod postoperativne mobilizacije pacijenta.

Svaka dnevna jedinica treba da proceni kolica koja su dostupna na tržištu i da pronađe ona koja odgovaraju populaciji njihovih pacijenata i vrsti hirurškog zahvata. U idealnom slučaju kolica bi trebalo da:

- imaju dovoljno debeo i udoban madrac (jer će pacijent na njemu možda provesti nekoliko časova)
- imaju dobar raspon podešavanja visine (kolica kojima nisu potrebne stepenice za penjanje i silaženje biće sigurnija)
- zadovoljavaju sve hirurške zahteve (širina, podešavanje po visini, dodaci)
- zadovoljavaju sve zahteve anesteziologije (omogućuju lako spuštanje glave, lake za guranje!)
- zadovoljavaju sigurnosne zahteve (odgovarajuće stranice za sprečavanje pada pacijenta, mogućnost nošenja maksimalne težine pacijenta dopuštene u dnevnoj jedinici, prilagodljive za pedijatrijsku upotrebu).

Očigledno je da anesteziološki zahtevi čine samo deo zahteva koji se odnose na to šta su pogodna kolica za hirurške ambulante. Pažljiv izbor može da donese korist svim korisnicima ali nažalost, ponekad je potreban i određeni stepen kompromisa.

Dnevna jedinica bi trebalo da ima dovoljno stolica sa pokretnim naslonom kako bi se pacijenti mogli podići u polusedeći položaj jer to pomaže u kontinuiranom procesu pripreme pacijenata za otpust. Prostor odeljenja koje se koristi takođe treba da ima:

- dovoljno osoblja kako bi se omogućio nadzor i edukacija pacijenata
- tihu i mirnu atmosferu
- privatnost
- dovoljno kupaonica/toaleta
- prostorije za uzimanje tekućine i hrane.

### Saveti

Izbor odgovarajuće hrane i tekućina u procesu oporavka može da učini veliku razliku u stopi uspešnosti i kvalitetu usluge sa stanovišta vaših pacijenata. Mnogi od vas koji ste radili u porodilištima, znate kakav je efekat koji ima



miris tosta na vašočulo ukusa. To se isto izgleda dešava i sa pacijentima ambulatne hirurgije tako da bi o tome trebalo porazmisliti. Pacijentima su čestosuva usta posle anestezije i možda je teško jesti sendviče - zapravo se čini da pacijenti mnogo lakše progutaju tost sa buterom. Još jedan koristan savet tiče se upotrebe terapije odvrćanja pažnje kod dece nakon hirurškog zahvata. Omogućavanje gledanja videa/televizije kao i dobar izbor dečijih filmova i crtanih filmova može decu koja vrište (koja se možda osećaju zbunjeno, bolesno ili ih nešto boli) da pretvore u tihe i mirne pacijente.

**Uloga nege u ovom procesu navedena je u Dodatku G.**

## 9. glava. Otpuštanje pacijenata i podrška

Sve pacijente posle operacije treba da pregleda anesteziolog i hirurg uključeni u njihovo lečenje. Međutim, u mnogim zemljama konačnu procenu toga da li je pacijent spreman za izlazak ili za otpuštanje vrše medicinske sestre/tehničari. Svaka dnevna jedinica mora tačno da utvrdi jasne kriterijume za otpuštanje kao deo pisanih uputstava koje osoblje treba da prati. Moraju se uzeti u obzir socijalni faktori kao i medicinska procena da se pacijent dovoljno oporavio da se može otpustiti. Sledeća tabela daje područja koja treba pokriti:

- Vitalni znaci moraju da budu stabilni najmanje jedan sat
- Pacijent se orijentiše u vremenu, prostoru i prepoznaje lica
- Adekvatna kontrola bola i dovoljna zaliha oralnih analgetika
- Pacijent shvata kako da koristi oralne anaetike koji su mu dati i za to dobija pisanu informaciju
- Ako je to potrebno, pacijent je sposoban da se obuče i hoda
- Minimalna mučnina, povraćanje ili vrtoglavica
- Pacijent je uneo makar malo tekućine oralnim putem
- Minimalno krvarenje ili iscedak iz rane
- Mokrio je (samo ako je to u vezi sa hirurškim zahvatom)
- Ima odgovornu odraslu osobu koja će da ga odvede kući
- Pristao je da kod kuće ima negovatelja tokom narednih 24 časa
- Dobio je pisana i usmena uputstva o postoperativnoj nezi
- Zna kada treba da dođe na kontrolu (po potrebi)
- Ima kontakt broj za hitne slučajeve.

Svi pacijenti moraju dobiti usmena i pisana uputstva kod otpusta koja bi trebalo da sadrže detalje o svim simptomima koji se mogu pojaviti u prvih 24 časa nakon hirurškog zahvata. Treba im dati uputstva da ne voze najmanje 24 časa iakoće se to razlikovati u zavisnosti od vrste izvršene operacije. Treba im dati i dodatne informacije o upotrebi aparata, potpisivanju pravne dokumentacije, povratku na posao i o tome kada treba da im se izvade konci. Svi pacijenti moraju da dobiju informacije o tome kako postupiti u hitnom slučaju kao i kontakt broj kada im hitno treba savet. Ako se vodi računa o ovim detaljima onda će to pomoći da pacijent oseća vašu podršku, a kontakt broj pomaže da se smanji broj poseta pacijenata lekaru opšte prakse.

**Sistemi bodovanja mogu se koristiti kao deo procesa otpuštanja a neki od njih navode se u Dodatku A. Uloga nege u ovom procesu navedena je u Dodatku G.**

## Glava 10. Sredstva za ublažavanje bola pri otpuštanju

### Cilj

Zadržati prihvatljiv nivo analgetika uz minimalne nuspojave nakon otpuštanja iz dnevne hirurške jedinice.

### Lekovi

Ublažavanje bola posle otpusta iz hirurške ambulante oslanja se na

- Paracetamol
- NSAID
- Opijate
- Lokalne analgetike
- Topikalne analgetike

### Paracetamol

Paracetamol je standardni izbor zbog svoje sigurnosti i retkih nuspojava. Efekt je ograničen i često je potrebna podrška lekova s jačim delovanjem. Kad god je to moguće treba uzeti oralnu dozu jer se apsorpcija rektalnih doza teško može predvideti.

### NSAID

Sledeći korak su NSAID lekovi. Ibuprofen i naproksen su najbolji u slučajevima kardiološkog rizika. NSAID se može davati prema potrebi ili u tačno određenim razmacima po potrebi. Brz početak delovanja ibuprofena koristan je kod uzimanja po potrebi. Selektivni lekovi Cox-2 slabo ili uopšte ne inhibišu trombocite ali je opasnost od kardioloških komplikacija veća.

Kod osetljivih ili starijih pacijenata posebno treba povesti računa o funkciji bubrega pogotovo ako pacijent uzima inhibitore ACE, pa se doza i trajanje uzimanja NSAID lekova moraju smanjiti a inhibitori protonske pumpe propisivati slobodno.

### Opijati

Kada druge mere ne postignu adekvatno smanjenje bola, pacijentu će, možda, nakon otpusta biti potrebni opijati. Oralni preparati morfijuma i oksikodonase široko primenjuju. Iako je kodein još uvek u redovnoj upotrebi, 5% belaca nema potreban enzim za pretvaranje kodeina u morfijum dok ga drugi veoma brzo metabolišu čime se povećava opasnost od nuspojava. Zbog toga mnoge jedinice ne koriste kodein u ambulantnoj hirurgiji. Pacijenti kod otpusta mogu dobiti ograničenu dozu opijata i laksativa za upotrebu kod kuće.

### Lokalna anestezija

Trajanje lokalnih sredstva protiv bolova može se produžiti spajanjem jednokratne mehaničke pumpe na stalni kateter postavljen duž perifernih živaca ili kao kateter za rane. Nakon što dobije uputstvo, pacijent može da izvadi kateteru određeno vreme.

### Topikalna anestezija

Formulacije lidokaina mogu biti korisne nakon oftalmološke operacije, obrezivanja i drugih operacija koje prati bol lokalizovan na sluzokožu.

### Davanje analgetika

Davanje analgetika će zavisiti od običaja i prakse lokalne zdravstvene službe. Ako se nikakvi lekovi ne daju, pacijent mora da dobije informacije pre operacije da će mu biti potrebni analgetici kako bi se mogao snabdeti lekovima pre operacije. Kada se lekovi daju, očekivana količina analgetika i adjuvantnih lekova mogu se dati pacijentu kod otpusta. Izdatu količinu treba dokumentovati.

### Informisanje

Pri otpustu se mora dati informacija koja uključuje preporučenu maksimalnu dnevnu dozu paracetamola i NSAID-a, potrebu da se uzimaju laksativi kod uzimanja opijata i potencijalnu potrebu za inhibitorima protonske pumpe.

**Dodatna razmatranja o ovoj temi pokrivaju autori Dodatka A i Dodatka E.**

## **Glava 11. Kvalitet nadzora - upotreba revizije i standarda**

Revizija i aktivnosti koje iz nje proisteknu su veoma značajni za uspešnu praksu ambulantne hirurgije. Uz to, ako se ne uspostave standardi i sprovedu zadovoljavajuće praćenje pacijenata, revizija i merenje kvaliteta, onda bi to moglo da prouzrokuje probleme pacijentima, njihovim lekarima opšte prakse i, na kraju, konkretnoj jedinici za dnevno lečenje. Kada prenosimo kliničke aktivnosti iz bolničkog u ambulantno okruženje bitno je da se ta klinička aktivnost prati i revidira kako bi se obezbedilo brzo prepoznavanje i ispravljanje problema pacijenata ili kolega iz primarne zdravstvene zaštite. Prelazak na ambulantnu hirurgiju verovatno je najveća promena u praksi svake zdravstvene službe i zahteva efikasno upravljanje. Ako se kvalitet ugrozi na bilo koji način, to deluje na pacijente i zato je važno da tada brzo reagujemo i rešimo problem.

### **Praćenje**

Može se definisati kao održavanje redovnog nadzora pa čak može da uključi i koncept regulisanja. Kombinacija nadzora i regulisanja je od koristi za naše razmatranje. Praćenje omogućava jedinici za dnevno lečenje da proceni svoju efikasnost u odnosu na eksplicitno određene standarde. Standardi se u ovom kontekstu mogu definisati kao dogovorene mere po kojima se može oceniti učinak ili postizanje cilja. Oni mogu da se postave na lokalnom nivou (od strane hirurške jedinice), na nacionalnom nivou (od strane vlade) ili na međunarodnom nivou (IAAS standardi) i mogu služiti kao merilo rezultata rada.

Primeri faktora koji su prikladni za nadzor uključuju:

- Broj otkazivanja kao posledica činjenice da je za pacijenta utvrđeno da ne može biti operisan na dan operacije
- Procenat pacijenata primljenih preko noći
- Procenat pacijenata ponovo primljenih tokom jedne sedmice
- Stopa onih koji nisu došli
- Vreme upotrebe operacione sale od strane svakog hirurga
- Odnos ambulantne hirurgije i elektivne hirurgije hospitalizovanih pacijenata
- Broj pacijenata koji kontaktiraju jedinicu nakon otpusta zbog problema
- Broj pacijenata koji zahtevaju intervenciju lekara opšte prakse posle otpusta
- broj pacijenata otkazanih na dan operacije

Broj otkazivanja na dan operacije daje jasnu sliku efikasnosti službe za preoperativnu procenu. Procenat pacijenata primljenih na noćenje pruža pravovremeno upozorenje na problematična područja koja zahtevaju pažnju. Razloge za sva primanja treba pažljivo ispitati, da li su pacijenti adekvatno procenjeni i da li se u jedinici obavljaju neodgovarajuće operacije. Slično tome, broj pacijenata ponovo primljenih zbog komplikacija izazvanih operacijom je bitan - da li hirurg operiše neodgovarajuće pacijente? Kad god pacijent ne dođe gubi se mogućnost upotrebe vrednih resursa - tj. vreme za negu i boravak na klinici koje je odvojeno za vođenje tog pacijenta. Broj pacijenata koji kontaktiraju jedinicu zbog problema ili im je potrebna intervencija njihovog lekara opšte prakse posle otpusta pruža uvid u probleme izbora pacijenata, anestezioloških tehnika, hirurških tehnika ili propisa o otpuštanju.

Ovo su neki od razloga koje možete razmotriti dok vršite nadzor ovih područja; možete uočiti i neke druge koji su za vašu jedinicu možda važniji.

### **Praćenje pacijenta telefonom**

Praćenje telefonom posle dnevne hirurgije pokazalo se veoma korisnim u razvoju ambulantne hirurgije. Ta služba ima dve svrhe:

1. Pružanje podrške pacijentima posle otpusta,
2. Prikupljanje specifičnih podataka radi revizije u periodu odmah posle operacije

Ovo deluje kao prava podrška, i teško je shvatiti da neka osoba ne želi da bude kontaktirana kako bi rekla kako se oseća. Međutim, kao i svaki drugi aspekt lečenja ili nege, pacijenti imaju pravo da odbiju i zato treba tražiti dozvolu da se kontaktiraju kod kuće pre otpusta. Iako spontani telefonski poziv može izgledati kao najbolji pristup za održavanje neformalnog odnosa, upotreba strukturisanog upitnika omogućuje bolju povratnu informaciju za jedinicu ambulantne hirurgije. Područja koja treba pokriti ovim upitnikom tiču se pitanja o težini postoperativnih nuspojava kao što su pospanost, bolovi u grlu, glavobolja, bolovi u mišićima, mučnina i povraćanje. To treba dopuniti pitanjima zaprocenu stepena bola koji pacijent oseća i kako se kontroliše.

**Sveobuhvatan pregled standarda, kliničkih pokazatelja i kvaliteta prikazan je u Dodatku F.**

## **Dodatak A: Dvostruka uloga anesteziologa u jedinicama za dnevnu hirurgiju (eng.DSU day surgery unit): moguć organizacioni model za vođenje odeljenja za dnevnu hirurgiju**

Jan Eshuis, doktor medicine, anesteziolog, direktor

Centra za dnevno lečenje, Akademski medicinski centar Univerziteta u Amsterdamu [j.h.eshuis@amc.nl](mailto:j.h.eshuis@amc.nl)

Tradicionalno shvatanje je da je anesteziolog osoba koja u operacionoj sali utiče na razne stepene svesti, sprečavajući da pacijent oseća bol za vreme operacije, dajući komplikovane injekcije za grupe živaca, opušajući pacijente ili hirurge, lekar koji može da upravlja najkomplikovanijim i najtežim medicinskim i hirurškim situacijama koristeći veštine koje spasavaju život, sposoban za donošenje hitnih odluka. To je primarni zadatak anesteziologa od koga zavisi njegov renome.

Sve to je, međutim, samo osnova, suština; dnevna hirurgija podrazumeva i mnogo više.

Od početka osamdesetih godina opseg poslova anesteziologa postepeno se širio. Verovatno se to nije slučajno poklopilo s početkom i postepenim razvitkom dnevne hirurgije. U to isto vreme pojavio se koncept anesteziologa kao perioperativnog lekara. Njegov ili njen zadatak se proširio izvan operacione sale (eng. OR operating room) na ambulantnu preoperativnu procenu pacijenta, sedaciju na udaljenim lokacijama, za savetovanje oko bolova, intenzivnu negu, hitnu pomoć unutar kao i izvan bolnice, ambulantne jedinice i tako dalje. Dnevno lečenje je u brzom razvitku u mnogim zemljama pogotovo uposlednjih nekoliko godina.

U istom periodu stopa ambulantne hirurgije u Holandiji povećala se na najmanje 50% svih hirurških zahvata. Budući da nisu poznati svi brojevi podaci privatnih klinika ovaj postotak možda je čak 55% ili više. U ostalim zemljama porast lečenja u dnevnim bolnicama bio je još veći; u SAD-u se procenjuje na oko 75 i 80% svih hirurških zahvata. Uz takav nivo aktivnosti svi anesteziolozi moraju da se bave dnevnim hirurškim lečenjem kao delom svojih uobičajenih radnih zadataka.

Po mom mišljenju mogu se razmotriti dve vrste uloga anesteziologa: jedna u organizovanju, obavljanju funkcije direktora-lekara u dnevnoj hirurškoj jedinici, i druga, uloga medicinskog profesionalca. Posledica navedenog proširenja opsega rada anesteziologa i tradicionalna postojeća uloga organizacije individualnog operativnog programa, tj. i zdravstvena aktivnost i aktivnost upravnika, su sve više i više isprepletene.

Kad je reč o upravljanju: Svaka jedinica za dnevno lečenje mora da ima kliničkog upravnika ili direktora posebno zainteresovanog za dnevnu hirurgiju koji će voditi razvoj lokalnih zdravstvenih politika, smernica, kontakata u bolnici, razmenjivati izveštajesa drugim specijalistima, voditi kadrovsku politiku i upravljati klinikom.

Anesteziolog sa menadžerskim iskustvom koji je zainteresovan za dnevnu hirurgiju idealan je za ovu poziciju. Nijedan drugi lekar specijalista nije tako konstantno prisutan u logističkom lancu dnevne hirurgije; to će se bolje objasniti u nastavku. Nijedan drugi medicinski specijalista ne dolazi u kontakt s toliko drugih lekara, pomoćnog osoblja na putu pacijenta od preoperativne procene, preko operacione sale do odeljenja za oporavak. Anesteziolog takođe zna da vodi liste za operacionu salu. To radno mesto može da (i često je tako) popunjava hirurg ali oni moraju da nadoknade nedostatak svakodnevnog kontakta s drugim lekarima pogotovo s onima izvan svoje specijalnosti i imaju manji uvid u njihove specifične probleme. Medicinski direktor trebalo bi da organizuje jedinicu za dnevno lečenje, usmerava selekciju pacijenata, oformi vlastiti stručni tim i opremu za operacione sale. Svaka jedinica mora da ima odgovarajući personal na čelu s višom medicinskom sestrom koja svakodnevno vodi administraciju jedinice zajedno s upravnikom. Oni zajedno čine centralni upravljački tim i trebalo bi da organizuju redovno izveštavanje od strane svih specijalista hirurga koji operišu u jedinici za dnevno lečenje ali da ih po mogućnosti zastupa jedan delegat. Takođe treba da vode kadrovske poslove jedinice, organizuju edukacije i kontrolišu glavni raspored nedeljnih operacija. U zavisnosti od lokalnih prilika jedinici će možda biti potrebna i treća osoba u upravljačkom timu, upravnik finansija i administracije. To će zavisiti od strukture vaše ustanove: u velikim bolnicama koje u svom sastavu imaju dnevnu hiruršku jedinicu, nju obično pokriva službenik za finansije koji je na višoj poziciji u bolnici. U samostalnoj jedinici za dnevnu hirurgiju koja je izdvojena iz bolnica verovatno je mudro u upravljačkom telu imati kolegu koji je stručan za finansije i administraciju.

Po čemu je uloga anesteziologa toliko posebna? Gledajući uključenost anesteziologa u svim fazama od upućivanja od lekara opšte prakse (eng. GP general practitioner) u bolnicu do konačnog otpuštanja pacijenta kući, anesteziolog ima centralnu ulogu. Uključen je u skoro u svaki deo logističkog lanca ambulantne hirurgije.

Pacijent koga lekar opšte prakse uputi specijalisti hirurgu smatra se spremnim za operaciju. Pacijent se šalje na

kliniku na preoperativnu procenu gde anesteziolog procenjuje njihovu spremnost za dnevnu hirurgiju uz pomoć medicinskih sestara i prema pokazateljima laboratorijskih nalaza (koje ne treba obavljati rutinski). Tada će se za pacijente koji su pogodni za dnevnu hirurgiju napraviti raspored operacija. U nekim jedinicama medicinski direktor vodi glavni raspored rada specijalista hirurga radi optimalne efikasnosti jedinice za dnevnu hirurgiju. U mnogim praksama anesteziolog je redovno uključen u planiranje programa i pacijenata.

Tada se vrši zahvat i to opet uz angažman anesteziologa; njegove/njezine profesionalne veštine uveliko će odrediti uspeh dnevne hirurgije. Nakon obavljenog zahvata pacijent se brzo premešta ili na odeljenje ili prima u PACU (eng. PACU post-anesthesia care unit/jedinica za negu posle anestezije ili soba za oporavak); i taj deo obično vodi Odeljenje anesteziologije. Pacijenta otpušta medicinska sestra jedinice za postanesteziološku negu u sledeću i poslednju fazu, prema postavljenim principima za lečenja i negu, i protokolima za otpust prema ustanovljenim kriterijumima ili sistemu bodovanja. Osim toga, u 'izlaznoj jedinici', odeljenju jedinice za dnevnu hirurgiju, pacijenta otpušta medicinska sestra prema ili kriterijima otpusta ili uz pomoć PADS rezultata Francisa Chunga. Upotreba bodovnih lista za otpuštanje iz postanesteziološke jedinice u 'izlaznu jedinicu' prema Whiteu /Adlereteu a kasnije i kući sa odeljenja prema Chungu, je pouzdan i jednostavan način vođenja pacijenta od strane specijaliste i medicinske sestre. Anesteziolog je taj koji snosi odgovornost. Jednostavnim bodovanjem od 2, 1 ili 0 medicinska sestra kontroliše vitalne znakove kao što su nivo svesti, hemodinamički parametri, bol, mučnina i povraćanje kao posledice anestezije (eng. PONV), itd. Tada se daju informacije i pacijent se obučava. Na kraju, pacijent se otpušta kući uvek u pratnji odgovorne odrasle osobe koja će biti uz njega prvih 24 časa. Tako obučeno osoblje može obezbediti siguran prelazak iz sobe za oporavak.

Ako pacijent zadovoljava ove kriterije već u operacionoj sali na kraju operacije, on se može brzo prebaciti odmah na odeljenje zaobilazeći odeljenje za negu posle anestezije. Sestra sa odeljenja koristi sličan sistem u slučaju odlaska iz jedinice kući.

#### **Nekoliko reči o profesionalnom sadržaju:**

Vođenje posebne liste za dnevnu hirurgiju ili program znači da ste veoma proaktivan perioperativan lekar. Bitno je da planirate unapred, organizujete sve u vezi sa perifernim nervnim blokadama 2 sata pre zakazanog vremena tako da kasnije u toku dana imate više vremena! Koristite sredstva kratkotrajnog delovanja, dajte dobre analgetike i nastojte svesti naminimum postoperativnu mučninu i povraćanje (eng. PONV postoperative nausea and vomiting). Svaki anesteziolog mora da razvije tehnike koje će konkretnom pacijentu omogućiti da se podvrgne dnevnim hirurškim zahvatima uz minimalan stres, maksimalno ugodno a opet s optimalnim šansama za brzo otpuštanje, tako što će osmisliti tehniku koja maksimizira brzinu i kvalitet prve i druge faze oporavka.

Ovaj apstrakt ne pokriva celokupan medicinski profesionalni sadržaj ambulantne anestezije; ovde će se prikazati neke interesantne stvari koje podstiču na razmišljanje. Koncentrišimo se na izbor pacijenata za dnevnu hirurgiju.

Svakog pacijenta koji je planiran za dnevnu hirurgiju treba razmotriti u smislu klasičnih glavnih komponenti: postupak, faktori pacijenta, socijalni faktori i mogućnosti ustanove. Svaka od njih mora da bude u skladu s dnevnom hirurgijom. Od početka osamdesetih godina, kad je počela dnevna hirurgija, videli smo stalan pomak prema liberalnijim granicama. Sve komplikovanije operacije na pacijentima i to sa sve više komorbiditeta počele su da se obavljaju dnevnoj hirurgiji, a vremenom su se pomakle granice i svih ovih pitanja. Dobar primer za to je trajanje zahvata - trajanje se nekada ograničavalo na 90 minuta, a danas u dnevnoj hirurgiji nisu neobični ni zahvati koji traju 3 do 4 sata. Trenutno smo u našoj jedinici napustili gornju starosnu granicu, a pomerajući granice gojaznosti, limit za indeks telesne mase, kao jedini kriterijum izbora, pomeren je na 40-45.

Mnogi lekari još uvek misle da su dopušteni samo ASA 1 ili 2. Uzmimo to kao primer dokazanog nestajanja granica kada se radi o pacijentima za dnevnu hirurgiju. U brojnim izveštajima navodi se dopuštena granica od ASA 3 u dnevnom lečenju. Ti tekstovi nalazili su se u knjigama još 90-tih godina ali su mnogi lekari odbili tu ideju.

Među studijama koje su pomogle su:

1. U klasičnoj Majo studiji Warnera (JAMA 1993; 270:1437) praćen je značajan morbiditet i mortalitet 30 dana nakon dnevne hirurgije - ukupno 38,598 pacijenata od 18 godina i više bilo je podvrgnuto 45,090 uzastopnih ambulantnih postupaka i anestezija. Četvrtina njih bili su ASA 3 (pacijenti sa nekim ozbiljnim sistemskim oboljenjem). Nijedan pacijent nije umro zbog zdravstvenih komplikacija unutar 1 nedelje nakon operacije. Stopa značajnog morbiditeta bila je vrlo niska: kod 31 pacijenta došlo je do značajnijeg morbiditeta (1:1455); infarkt miokarda, deficit centralnog nervnog sistema, embolija pluća pojavljivali su se u veoma malom broju slučajeva i često posle 48 časova ili kasnije. Zaključak: kod ove velike populacije ambulantnih hirurških pacijenata stope ukupnog morbiditeta i mortaliteta bile su veoma niske i to ravnomerno raspoređene na grupe ASA 1, 2 i 3.

2. Chung i Mazei iz Toronta (BJA 1999;83:262-70) su procenili rizik perioperativnih štetnih događaja koji su se javljali tokom dnevnih hirurških zahvata kod pacijenata sa nekim prethodnim stanjima. Proučavali su 17,638 uzastopnih dnevnih hirurških pacijenata u prospektivnoj studiji. Prikupljeni su preoperativni, intraoperativni i postoperativni podaci. Razmotreno je osamnaest prethodnih stanja. Nakon prilagođavanja za starost, pol, trajanje i vrstu zahvata, sedam veza između prethodnih zdravstvenih stanja i perioperativnih štetnih događaja pokazalo se statistički značajnim. Hipertenzija je bila povezana sa pojavom nekog intraoperativnog događaja i nekih intraoperativnih kardiovaskularnih događaja. Gojaznost je bila povezana sa pojavom intraoperativnih i postoperativnih respiratornih događaja, dok su pušenje i astma bili povezani sa postoperativnim respiratornim događajima. Gastroezofagealni refluks je bio povezan sa intubacijom.

3. Ansell i Montgomery (BJA 2004;92:71-4) sproveli su retrospektivni pregled slučaja 896 pacijenata ASA III koji su bili podvrgnuti jednodnevnim zahvatima u periodu od januara 1998. do juna 2002. Koristeći postojeće sisteme kompjuterizovanih podataka o pacijentima. Sistem beleži i stope primanja, neplanirane kontakte sa zdravstvenim službama i postoperativne komplikacije u prvih 24 časa posle otpuštanja. Nije bilo značajnih razlika u neplaniranim stopama primanja, neplaniranim kontaktima sa zdravstvenim službama ili postoperativnim komplikacijama u prvih 24 časa posle otpusta između ASA III, ASA I ili II pacijenata. Zaključak: uz dobru preliminarnu procenu i odgovarajuću pripremu ASA III pacijenti mogu se bezbedno lečiti u jedinici za dnevno lečenje.

Svi koristimo ASA kvalifikaciju a da verovatno ne shvatamo da je treba uzeti u obzir sa izvesnom rezervom!

1. Drugi primer prevelikog broja različitih mišljenja (subjektivnih) (Sto anesteziologa je testiralo doslednost korišćenja Klasifikacije fizičkog statusa (ASA). Od njih je traženo da odrede ASA stepene na 10 hipotetičkih pacijenata. Ni u jednom slučaju nije bilo potpune saglasnosti oko stepena ASA, a odgovori su usamo jednom slučaju bili ograničeni na dva od pet mogućih stepena. Utvrđene su brojne varijacije u proceni između pojedinih anesteziologa. Procene kod opisa uobičajenih kliničkih problema samo sa stepenom ASA ne mogu se smatrati zadovoljavajućim načinom opisa fizičkog statusa pacijenta. (Anaesthesia 1995;50: 195)

Kada niste sigurni možete da se zapitate, na primer kod ASA 4 (srčanog) pacijenta s bolnom analnom fisurom, u čemu je razlika između lečenja ambulantno ili hospitalizovati pacijenta? Da li bi se išta uradilo drugačije? Teško da bi spinalna tehnika u malim dozama pogoršala situaciju. Odlično ublažavanje bola za vreme operacije, male hemodinamske smetnje, mali uticaj operacije ali dobro ublažavanje bola.

Zbog toga možemo da kažemo da stabilan ASA 3 nije kontraindikacija za dnevnu hirurgiju a ASA 4 treba individualno pažljivo proceniti u odnosu na zahvat.

Najvažnije je izbegavati mešovite liste s kliničkim delom operacione sale. Mešovite liste su pretnja nesmetanom protoku zahvata u dnevnoj hirurgiji jer unose pometnju zbog hitnih ili teških kliničkih slučajeva. A šta je sa zahvatima? Minimalno invazivne tehnike dramatično su smanjile oštećenje tkiva i gubitak krvi, a opseg dnevnih slučajeva veoma se proširio zahvaljujući sve boljem razumevanju prirode i vremena pojave hirurških komplikacija kao i sve boljim anestetecima i tehnikama. Pojedini napredni timovi lekara često služe kao primer a zatim drugi počnu postepeno da ih prate.

### **Sažetak**

Iako se dnevna hirurgija ranije smatrala specijalizovanim lečenjem namenjenim samo najjednostavnijim zahvatima i pažljivo odabranim pacijentima sada se shvata kao izabrano lečenje za mnoge operacije, a pacijenti se odbijaju samo ako za to ima uverljivih razloga. Rizike po zdravlje trebaviti u odnos sa stepenom invazivnosti hirurškog zahvata - zahvati malog, srednjeg ili velikog intenziteta - kao i sa individualnom kondicijom pacijenta i mogućnostima ustanove. Uz razne adekvatne anesteziološke tehnike i već pomenuto širenje kriterijuma izbora pacijenata i organizacione preduslove, verovatno možemo da postignemo dvostruki cilj koji je postavio britanski sistem zdravstvene zaštite. U Velikoj Britaniji Nacionalni zdravstvenisistem (NHS) i vlada aktivno promovišu praksu dnevne hirurgije i postavljaju dva nova cilja:

- 1) Dnevna hirurgija je osnovna opcija za hirurške zahvate.
- 2) 75% zahvata treba obaviti kao slučajeve dnevne hirurgije

### **Literatura**

Anesth Analg 2007;104:1380-96 White, PF, Kehlet H et al The Role of the Anesthesiologist in Fast-Track Surgery: From Multimodal Analgesia to Perioperative Medical Care  
Can J Anest 2006;53:9, 858-72 Imad Awad, T, Chung F Factors affecting recovery and discharge following ambulatory surgery

Anaesthesia 2006, 61, pages 1191–1199, Smith I, Cooke T, Jackson I and Fitzpatrick R Rising to the challenges of achieving day surgery targets



## **Dodatak B: Pružanje informacija pacijentima: Uputstva i sredstva za praktičnu primenu**

Christina Ann Drace, Gamal Eldin Mohamed i Carlo Castoro

Carlo Castoro, MD, Hirurška onkologija, Onkološki institut Veneto IRCCS, Via Gattamaleta 64, 35100 Padova (Italija)

E-mail: carlo.castoro@unipd.it

### **Uvod**

U okruženju dnevne hirurgije, kontakt sa pacijentima je kratak i intenzivan. Ne može se uporediti sa vremenom koje je nekada bilo potrebno da bi se pacijent pripremio za isti postupak na hirurškom odeljenju u bolnici. Pacijenti su sada odgovorni za svoju preoperativnu pripremu a oporavak seobavlja kod kuće. Samim tim, obezbeđivanje informacija predstavlja izazov za dnevnu hirurgiju. Opšte je prihvaćeno shvatanje da je pružanje informacija pacijentu o dnevnoj hirurgiji i pojedinačnim zahvatima podjednako važan aspekt u vođenju dnevne hirurgije [1-2]. Politika efikasnog pružanja informacija ima za cilj da poveća zadovoljstvo pacijenta sveukupnim iskustvom povezanim sa dnevnom hirurgijom i da pripomogne smanjenju anksioznosti. Zapravo, informisani pacijent verovatno će se osećati manje anksiozno i moći će bolje da se prilagodi operaciji. Ovo će, za uzvrat, povećati opšte zadovoljstvo tima, izbeći kašnjenja i pridoneti neometanom vođenju jedinice za dnevnu hirurgiju (DSU).

Informacije treba davati u formalnom okviru zdravstvene nege i to strukturisano, i one moraju biti dosledne kroz sveukupno obavljanje dnevne hirurgije. Osim toga, količina informacija koju treba dati predstavlja još jedan važan aspekt jer je nekim pacijentima potrebno više informacija od drugih. Premalo informacija može da izazove zbunjenost i odlaganja. Pacijent možda ne zna šta se očekuje od njega ili od njegovog negovatelja. Sa druge strane, previše informacija može da izazove nepotrebnu anksioznost pacijenta. Konačno, uloga svakog člana tima u pružanju informacija treba da se utvrdi, a vreme davanja informacije da se koordinira pošto će pacijenti dolaziti u dodir sa informacijama i primati ih od administrativnog, sestrinskog i hirurškog osoblja u različitim fazama [1,3-5].

U idealnom slučaju ljudi pamte samo 20% usmenih informacija. Zbog toga je najjednostavniji način da pacijenti prime i zapamte najvažnije informacije da im se daju jasno napisani leci koje mogu da pogledaju u svakom trenutku. Dobre verbalne komunikacijske veštine i dalje su bitne jer se informacije verbalnim putem dodatno pojačavaju čime se obezbeđuje slaganje pacijenta sa procedurama. Pisane informacije bi trebalo da podrže i da budu podržane od strane usmeno izrečenih informacija.

### **Kriterijumi za pružanje informacija pacijentima**

Organizacija i kontrola pružanja informacija pacijentima u svakoj jedinici dnevne hirurgije će se razlikovati u zavisnosti od individualnih karakteristika te jedinice kao što su lokacija, bolnička politika itd. Međutim, neki opšti kriterijumi se mogu utvrditi. Kontakt sa pacijentima dnevne hirurgije može da se podeli u faze, čiji će broj zavisiti od individualnih karakteristika. Na slici 1, prikazano je 8 faza, od upućivanja pacijenta do postoperativnog pregleda. Za svaku fazu opisana je lokacija, vrsta kontakta, kontakt osoba, i sadržaj. U tih 8 faza postoje dve kategorije informacija koje treba pružiti pacijentu, opšte i one koje se tiču konkretnog postupka. Vreme pružanja informacija može da se podeli u 3 faze - pre prijema, posle prijema i kod otpuštanja.

### **Kategorije informacija**

Pacijent treba da dobije dve kategorije informacija: opšte i one koje se tiču konkretnog zahvata.

Opšte informacije odnose se na organizacione aspekte jedinice za dnevnu hirurgiju i njene postupke i praksu.

One daju lokaciju i pružaju druge korisne informacije npr. adresu i brojeve telefona, informacije o javnom prevozu, parkiranju itd. Osim toga one sadrže osnovne informacije o postupku koje se tiču svih zahvata koji se vrše u dnevnoj hirurgiji, npr. vreme prijema itd. Pacijent bi iz tih informacija trebalo da razume šta uopšteno treba da očekuje i šta se očekuje od njega.

Informacija koja se odnosi na konkretan postupak predstavlja kliničke informacije o stanju pacijenta i hirurškom zahvatu. Osim toga, prema nedavnim studijama, svim pacijentima nije potrebna ista količina informacija [4], što zavisi i od njihove sposobnosti da shvate informaciju. Anksioznost može da se smanji usklađivanjem količine informacija koje se daju u skladu spotrebama i osobinama pacijenta. Možemo da razlikujemo dva nivoa pružanja informacija, minimalan i potpun.

Slika 1 FAZE PRUŽANJA INFORMACIJA PACIJENTIMA U DNEVNOJ HIRURGIJI

### **Lokacija - licem u lice - telefonski kontakt - sadržaj**

### **1. faza**

Odluka za dnevnu hirurgiju  
Primarna zaštita  
Lekarskaordinacija  
Ambulanta u bolnici  
Jedinica za dnevnuhirurgiju

Lekar opšte prakse  
Specijalista  
Osoblje dnevne hirurgije

-----

Uvodni letak za dnevnu hirurgiju  
Usmene informacije  
Informacije o konkretnom zahvatu  
Postupci pripreme

### **2. faza**

Zakazivanje pregleda

---

---

Administrativno osoblje  
Jedinica dnevne bolnice

Zakazivanje pregleda za preoperativnu procenu  
Uputstva; Šta očekivati  
Više informacija: faks, e-mail, internet stranica

### **3. Faza**

Preoperativna procena

Ambulanta u bolnici;  
Jedinica za dnevnuhirurgiju  
Privatna medicinska ustanova

Specijalista - Hirurg  
Medicinska sestra

---

Uputstva za jedinicu dnevne hirurgije i letak o zahvatu  
Letak s opštim uputstvima o konkretnoj proceduri  
Zakazivanjeoperacije, preoperativni pregled  
Informisani pristanak

### **3b. Faza**

Preoperativni pregled  
Dve nedelje pre operacije  
(ako je operacija zakazana više  
od 1 meseca unapred)

Jedinica za dnevnuhirurgiju

Anesteziolog  
Medicinska sestra

---

Usmene informacije  
Letakza informisani pristanak na konkretan postupak

Saveti/uputstva iz prethodnih letaka  
Pitanja-odgovori, uvodni upitnik

#### **4. Faza**

2-3 dana pre operacije

---

---

Medicinska sestra iz administracije?

Potvrda operacije i usmene informacije

#### **5. Faza**

Na dan operacije

Jedinica za dnevnuhirurgiju

Medicinska sestra

Hirurg

Anesteziolog

---

Usmene informacije

Saveti/uputstva iz prethodnih letaka

Letak za negovatelja

#### **6. Faza**

Otpuštanje

Jedinica za dnevnuhirurgiju

Medicinska sestra

Hirurg

Anesteziolog

---

Usmene informacije o postupcima otpuštanjai oporavka, leci s upitnicima

Pitanja-odgovori

#### **7. Faza**

Kontrola: istoga dana i kroz nedelju dana

---

---

Hirurg

Medicinska sestra

Usmene informacije - uputstva

#### **8 Faza**

Postoperativni pregled

(Unapred određeni dan, u zavisnosti od vrstezahvata)

Jedinica za dnevnuhirurgiju

Ordinacija lekaraiz primarne zdravstvene zaštite

Hirurg

Lekar opšte prakse

---

Usmene informacije - uputstva

Prikupljanje popunjenih upitnika

## Faze informacija

Informacije koje treba da se daju pacijentima mogu se organizovati u 3 faze: pre prijema, posle prijema i pri otpuštanju. Neke od informacija će se preklapati što će pomoći pacijentu da shvati i da upamti bitnija pitanja

### 1. faza - pre primanja

Najveći akcenat u ovoj fazi treba da bude na informisanju pacijenata o zahvatima i onome što mogu da osećaju, kao i usvajanju veština (postoperativne vežbe, kontrola bola). Za vreme preliminarnog razgovora za procenu pacijent, uz pomoć medicinske sestre, može da bira odgovarajuću količinu informacija. Takođe, pacijenti cene kada im se omogući da običu proctor koji zauzima dnevna hirurgija.

### 2. faza - prijemu

U ovoj fazi treba praktikovati "podršku". Pacijent u ovoj fazi treba da ima odgovarajuće informacije o tome šta će se događati. Glavni akcenat u ovoj fazi je na ponavljanju i dopuni ključnih informacija kako bi se pacijentu pružila podrška i smanjila anksioznosti. Pre otpuštanja, informativnom razgovoru treba da prisustvuje i staratelj.

### 3. faza - kod otpusta

Prve dve nedelje posle otpusta smatraju se najvažnijima jer se pacijenti trude da se vrate u normalu. Paket informacija treba da sadrži podatke koji su pacijentima potrebni da bi se što pre i što sigurnije vratili u normalu. Informacije uključuju postoperativnu kontrolu bola, ublažavanje bola, mučninu, standardnu obradu rana, poremećaj sna, higijenu, istezanje i naporene vežbe, povratak na posao, vožnju, savete o seksualnom odnosu i kontaktne podatke o tome kome mogu da se obrate u slučaju komplikacija. Starateljima treba da dobiju iste informacije.

## Formalizovani okvir

U formalizovanom okviru pružanja informacije pacijentu u svakoj jedinici za dnevnu hirurgiju treba voditi računa da se komunikacijske uloge dodele svim članovima tima i da se utvrdi raspored davanja informacija. Važno je da pacijent primi odgovarajuću količinu informacija u odgovarajuće vreme i od odgovarajuće osobe. Bez toga pacijent će možda primati kontradiktorne ili suprotne informacije koje će još više pojačati zbunjenost i smanjiti zadovoljstvo pacijenta. Uloge ekipe dnevne hirurgije definisane su i opisane u Tabeli 1. Raspored pružanja informacija može da se sastavi iz tipičnog procesa procene prikazanog na Slici 2.

### Tabela 1: Osoblje dnevne hirurgije i njihove uloge u pružanju informacija

Lekar opšte prakse - upoznaje pacijenta s dnevnom hirurgijom	- daje uvodne opšte informacije koje se tiču konkretnog zahvata
Hirurg - procenjuje pacijenta za dnevnu hirurgiju	- savetuje pacijenta - daje posebne informacije o bolesti i hirurškom zahvatu, i o tome što se sa kliničkog stanovišta očekuje od pacijenta - dobija informisani pristanak - može da obavlja postoperativnu kontrolu telefonom
Anesteziolog - predoperativna procena	- pruža informacije o tome što će se dešavati na dan operacije
Medicinska sestra	- pozdravlja i brine o pacijentu kod preliminarnih procena i na dan operacije - održava dnevni kontakt s pacijentom - pruža informacije i pazi da se važne informacije prenesu - sluša pacijenta i odgovara na pitanja
Administrativno Osoblje - telefonski kontakt, zakazivanje i veza s medicinskim osobljem	- referentne informacije - administrativni postupci: primanje i otpust

## Slika 2

### Tipičan proces procene

Hirurg odlučuje da pacijentu treba operacija koja je pogodna za dnevnu hirurgiju  
Ispitan od strane medicinske sestre sa Jedinice za dnevnu hirurgiju pomoću upitnika i uputstava  
Potrebna dodatna procena  
Anesteziološki pregled  
Dodatna ispitivanja?  
Konsultacije?  
Pogodan za dnevnu hirurgiju  
Nepogodan za dnevnu hirurgiju

Određen dan operacije pacijentai date informacije i uputstva

Obavešten hirurg

Prijem u jedinicu dnevne hirurgije

Procena anestetika

Standardni preoperativni pregledi

### **Dnevna hirurgija**

optužtanje + / - kontrola telefonom

### **Pedijatrijska dnevna hirurgija**

Informacije pacijentu u dnevnoj pedijatrijskoj hirurgiji neznatno će se razlikovati. Mnoga deca veoma stresno doživljavaju primanje u bolnicu a to se uvek ublažava uključivanjem roditelja u lečenje kad god je to moguće. Treba ublažiti i anksioznost roditelja jer opušteni, informisani i srećni roditelji čine da i deca budu srećna i opuštena. Roditeljima će biti potrebne sve iste informacije o dnevnoj hirurgiji, koje su pripremljene za ostale pacijente, ali napisane tako da se ima u vidu da se radi o roditeljima. Pedijatrijski pacijent prilikom otpusta može dobiti priznanje za hrabrost. Kada se radi o dijete noć uoči operacije, posebno sročeni tekst za roditelje može da glasi: "Restrikcije jela i pića" - Najvažnije što možete uraditi za svoje dete je da sledite ovo uputstvo o načinu ishrane. Ukoliko se ne pridržavate ovih uputstava, operacija vašeg deteta će možda morati da se odloži ili otkáže.

### **Uputstva za pravljenje paketa informacija**

#### **Uvod**

Veoma je važan sadržaj i način sastavljanja svake pisane informacije. Deo budžeta jedinice za dnevnu hirurgiju treba da se odvoji za pripremu i ažuriranje paketa pisanih informacija. Treba da se uzmu u obzir pravni aspekti jer neki zakoni mogu da nalažu koje informacije pacijent treba da prima [5]. Osim toga, nedavna istraživanja su pokazala da postoji veza između zdravstvene pismenosti pacijenata i zdravstvenih ishoda [6]. Zato treba povesti računa tome da ste sigurni da su informacije u skladu s kompetencijama osoba koje dolaze u jedinicu za dnevnu hirurgiju.

Preporučuju se četiri različita informativna letka a predlozi njihovog sadržaja mogu se videti u odgovarajućim tabelama.

1. Ilustrovani letak s kratkim prikazom jedinice za dnevnu hirurgiju i njenih zadataka. On služi kao uvod u jedinicu. (Tabela 2).

### **Tabela 2. Letak o strukturi knjižice sa opštim informacijama o dnevnoj hirurgiji**

Dnevna hirurgija -	Šta je dnevna hirurgija? Zašto treba da se podvrgnem dnevnom hirurškom zahvatu? Da li je to sigurno? Mogu li da idem na dnevni hirurški zahvat? Šta se dešava posle operacije? Šta mi je potrebno kod kuće?
Jedinica za dnevnu hirurgiju -	Gde je jedinica? Opis zgrade i usluga Adresa, brojevi telefona i radno vreme Opis kvaliteta usluga Upućivanje na dnevnu hirurgiju Mapa lokacije, uputstva za javni i privatni prevoz, parkiranje i sažeti podaci o bolnici

2. Letak s detaljnijim opštim informacijama o jedinici za dnevnu hirurgiju, postupci i uputstva (Tabela 3).

### **Tabela 3: Struktura knjižice: Uputstva i postupci jedinice za dnevnu hirurgiju**

#### **Dobrodošli u jedinicu za dnevnu hirurgiju**

Opis jedinice za dnevnu hirurgiju

Upoznavanje osoblja, prostora i usluga

Kontakt informacije

Kratak opis svakog koraka puta kroz dnevnu hirurgiju.

1. Preliminarni pregled za procenu
2. Preoperativni pregled
3. Dan operacije
4. Otpuštanje
5. Oporavak

Informacije treba da odgovore na sledeća pitanja:

Šta pacijent treba da očekuje?

Šta se očekuje od pacijenta?

Ostalo

Šta nositi

Šta poneti sa sobom uključujući i neku aktivnost dok čekate?

Uputstva za razgovor pre procene i kontrolna lista zahvata

3. Informativni letak s opisom svakog pojedinog hirurškog zahvata, uputstva i informacije o postoperativnom periodu, zahvati i uputstva (Tabela 4).

#### **Tabela 4: Struktura knjižice: Specifične informacije o zahvatu**

##### **Medicinske informacije**

Opisati zdravstveno stanje - šta je to?, zašto operisati?

Opisati hirurški zahvat

Opisati redosled hirurškog zahvata

1. Vreme pre operacije, post, lekovi
2. Anestezija
3. Komplikacije
4. Otpuštanje
5. Oporavak
  - Normalna/abnormalna stanja
  - Ublažavanje bola i lekovi
  - Nega rane
  - Uloga staratelja
  - Mentalno stanje
  - Lična higijena
  - Povratak uobičajenim aktivnostima (posao, vožnja, korišćenje aparata, fizička i seksualna aktivnost)
  - Ishrana
6. Postoperativni postupci i pregled

Informisani pristanak

Prostor za upisivanje uputstava za pacijenta

Prostor za upisivanje datuma i vremena zakazanog pregleda

Kontakt informacije

4. Informativni letak za staratelja i rođake s opisom kliničkog prostora, šta se očekuje od njih, i druge opšte pomoćne informacije (npr. Gde naći hranu i piće) (Tabela 5).

#### **Tabela 5: Struktura knjižice: Informacije za staratelje**

##### **Ključne stavke koje treba da sadrži**

Uloga staratelja u dnevnoj hirurgiji

Šta se očekuje od staratelja pre, za vreme i posle operacije

Parkirališta - mape i troškovi

Dostupnost osvežavajućih pića i jela

Podaci o zgradama, kao što su npr. prodavnice

Rutinski postupci hirurškoj jedinici uključujući i uobičajeno vreme prijema i otpusta

Kontakt informacije

**Takođe dati sve posebne informacije koje treba da zna staratelj o određenom zahvatu**

Navesti približno trajanje potrebe za starateljem

Informacije o prepisanim lekovima

### Izgled

Izgled i jezik veoma su važni. Pisane informacije treba dati na što manjem broju listova. Letak mora da bude jednostavan za rukovanje. Jezik treba da bude jednostavan, neposredan i čitak, s kratkim rečenicama i jasnim izrazima. Ne koristite žargon i izbegavajte pasivne oblike. U zavisnosti od lokacije jedinice za dnevnu hirurgiju možda će biti dobro prevesti i sastaviti informacione pakete na više jezika za etničke manjine (treba voditi računa i o slepim i gluvimpacijentima). Osim toga, treba osigurati tačnost i ažurnost informacija. Takođe je korisno uključiti datum publikacije ili revizije na svaki letak. Pacijenti, staratelji i osoblje će tako moći da procene vremenski redosled izdanja.

Treba birati uobičajen stil i koristiti ga za sve štampane materijale. Izgled, raspored i boje moraju biti istovetni kroz ceo materijal, uz nekoliko ilustracija ili fotografija jedinice. Za letak je dobar tip slova veličine 12 npr. Times Roman, Trebuchet ili Garamond. Za običan tekst treba koristiti font *serif* koji koristi kraće crte za završetak glavnih poteza slova jer se lakše čita. Font *sans serif* bez završnih crta treba koristiti za sve naslove i podnaslove. Tekst treba da ima levo poravnanje, a podebljana slova mogu da se koriste za naglašavanje važnih tačaka. Osim toga, informacije treba organizovati na logičan način; korišćenje naslova, lista i sažetaka će pomoći pacijentu da prepozna i zapamti bitne stvari (Tabela 6).

### Tabela 6: Smernice za stil sastavljanja paketa informacija

Jezik

- Nivo čitanja 12-godišnjaka
- Lako i neposredno za čitanje
- Kratke rečenice i jasni izrazi bez žargona
- Sadrži samo bitne informacije
- Ima prevode na druge jezike
- Alternativni oblici informacija za gluve ili slepe pacijente

Stil konkretne hirurške jedinice

- Jedan glavni dizajn
- Jedna glavna boja
- Logo bolnice i/ili slike jedinice

Tip, stil i raspored

- Koristiti slova najmanje veličine 12, a veća za slabovide pacijente i decu
- Koristiti dosledne i jasne fontove kao što je *Times Roman*
- Koristiti font *serif* za običan tekst a *sans serif* za naslove
- Koristiti podnaslove, liste i sažetke
- Poravnati tekst u levo
- Koristiti podebljana slova, znakove za nabranje ili različite fontove za naglašavanje stavki

Koristan način strukture informacija je format "odgovori na pitanja". Treba da se uzme u obzir i stavljanje informacija na internet zbog lakšeg pristupa.

### Upitnik

Završni korak u pružanju informacija je dobijanje povratne informacije od samih pacijenata i staratelja. To može da se obavi pomoću upitnika sa prostorom za upisivanje komentara. On se može koristiti za procenu nivoa ukupnog zadovoljstva pacijenta, kao i za dobijanje informacija o svim aspektima dnevne hirurgije. Upitnici mogu da budu sastavljeni i tako da se koncentrišu na određena područja, na primer bol ili pružanje informacija pacijentu (Tabela 7).

### Tabela 7: Sastavljanje knjižice: Upitnik o zadovoljstvu pacijenta i staratelja

#### Uvod

Informisati pacijenta o upitniku

Objasniti čemu on služi

#### Format

Da-ne pitanja

Skala ocene 1-5

Slobodan komentar

Izbegavati previše pitanja i ona koja su predugačka

**Ključna pitanja koja treba da su uključena u pružanje informacija pacijentu**

Da li ste dobili usmene i pisane informacije i uputstva za dnevnu hirurgiju?

Koje informacije su vam najviše pomogle?  
Da li su leci bili jasni i da li su sadržavali odgovarajuće informacije?  
Šta se može dodati za poboljšanje informacija?  
Šta se može izbaciti?  
Kako još mogu da se poboljšaju informacije?

Pacijente odmah treba informisati da im se mogu postaviti pitanja o njihovom mišljenju o upitniku i da će njihovi odgovori pomoći u poboljšanju kvaliteta službe dnevne hirurgije. Popunjene upitnike treba povremeno pregledati a preporuke koje iz njih proizlaze sprovesti što pre.

#### Primeri informativnih letaka

Prikazani materijali zamišljeni su kao smernice za izradu informativnih letaka uz mnogo datih primera. Takođe, mnogi primeri letaka i uputstava za izradu pisanih materijala iz vodećih dnevnih hirurških jedinica mogu se pronaći na internetu (Dodatak 5). Pri sastavljanju informacionih protokola treba imati na umu da je svaka jedinica za dnevnu hirurgiju drugačija. Materijali prikazani u ovom poglavlju mogu da se prilagode potrebama svake pojedine jedinice za dnevnu hirurgiju. Pre konačne upotrebe u nekoj jedinici za dnevnu hirurgiju sve materijale treba testirati i isprobati na pacijentima. Materijale, takođe, povremeno treba revidirati i ažurirati u skladu sa predlozima i prigovorima pacijenata i promenama zdravstvene politike i postupaka dnevne jedinice za hirurgiju.

Dodatak 1 Dnevna hirurgija: Opšte informacije o dnevnoj hirurgiji.

Dodatak 2 Dnevna hirurgija: Vodič za staratelje.

Dodatak 3 Dnevna hirurgija: Informativni vodič za reparaciju ingvinalne hernije

Dodatak 4: Dnevna hirurgija: Upitnik

Dodatak 5: Kontaktne veze za primere ili informacije za pacijente dnevne hirurgije i sastavljanje pismenih materijala

#### Literatura

1. Penn S, Davenport HT, Carrington S et al. Principles of Day Surgery Nursing, Blackwell Science, Oxford, 1996.
2. Gilmartin J. Day surgery: patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. J Clin Nurs 2004; 13: 243-250.
3. Mitchell MJ. Patient's perceptions of day surgery: a literature review. Ambul Surg 1999; 7: 65-73.
4. Mitchell MJ. Psychological preparation for patients undergoing day surgery. Ambul Surg 2000; 8: 19-29.
5. Mitchell MJ. Constructing information booklets for daycase patients. Ambul Surg 2001; 9: 37-45.
6. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Ann Int Med 2011; 155:97-107.



## **Dodatak 1 Letak s opštim informacijama za pacijente dnevne hirurgije**

### **Dragi pacijente,**

Hvala što ste izabrali naš dnevni centar za svoje lečenje. Molimo da pažljivo pročitate sve informacije u ovom letku. Veoma je važno da sledite ove upute. Ako to ne uradite, vaša operacija ili lečenje mogu biti otkazani.

Naš dnevni centar namenjen je posebno pacijentima kojima je potrebno hirurško lečenje ali koji ne moraju da prenoće u bolnici. Međutim, u slučaju hirurških ili nehirurških komplikacija spremni smo da vodimo brigu o vama dok ne budete sposobni da idete kući. Ova knjižica sadrži informacije koje će omogućiti da se osećate što ugodnije i sigurnije i davas pripreme za dolazak. Molimo vas da pažljivo pročitate ovu knjižicu jer ona sadrži važne informacije o sledećem:

Kako da se pripremite za svoje lečenje/operaciju

Šta da očekujete za vreme svog boravka

Šta da uraditi kada vas otpuste kući

Saveti za staratelje

Mi, takođe, imamo kontakt osobu za savetovanje pacijenata u našim centru za dnevnu hirurgiju radi pružanje informacija i pomoći. Nalazi se .....pored jedinice.

Tel:.....

Faks:.....

E-mail:.....

### **Put do našeg centra**

Dnevni centar je dobro povezan javnim prevozom. Autobus, voz i taksi brži su od automobila, pogotovo ujutro.

Stanica koja je najbliža našem centru je.....Adresa stanice je .....

Ako putujete automobilom zapamtite da ćete možda kasniti zbog gužve u jutarnjem saobraćaju. Takođe, uvek vodite računa da je broj mesta za parkiranje uz bolnicu ograničen i ne možemo vam garantovati da ćete da pronađete mesto. Osim toga, parkiranje se naplaćuje. Parkiranje možete rezervisati telefonom ali ako nema slobodnih mesta ponesite novac za plaćanje. Označena mesta namenjena su za registrovana lica s invaliditetom uz uobičajenu naknadu za parkiranje.

### **Pre dolaska u centar za dnevnu hirurgiju**

Već ste videli hirurga i osoblje u ambulatnoj klinici i oni su utvrdili da vam je potrebna operacija ili zahvat kao dnevnom slučaju. Molimo da sa sobom u ambulantu ponesete uput od hirurga. Primiće vas na recepciji i dobićete termin za preliminarnu procenu.

U hirurškoj i anesteziološkoj ambulanti možda su vam dali da popunite formular sa detaljima o vašem opštem zdravstvenom stanju i svim zdravstvenim problemima koje možda imate kao i da potpišete svoj pristanak za operaciju. Ne zaboravite da taj dokument ponesete sa sobom.

Vaša preliminarna procena služi tome da se osigura da ste u dovoljno dobrom stanju za lečenje kao dnevni slučaj. Kad se obavi vaša preliminarna procena i ako se proceni da ste podobni za operaciju primiće vas telefonom ili e-mailom obaveštenje o vašim terminima. Dobićete naziv službenika za primanje koji će se s vama dogovoriti o terminu preliminarne procene i potencijalnom datumu vaše operacije/zahvata.

U ovoj fazi dobićete svu potrebnu administrativnu dokumentaciju. Jako je važno da postupate u skladu sa svim uputstvima koje ste dobili. Ako ne dođete ili nas unapred ne nazovete, postoji opasnost da budete skinuti sa liste čekanja.

Pobrinite se da vaša mala deca ostanu kod kuće s nekim. Ne biste smeli da budete sami s decom 24 časa posle opšte anestezije. Jedinica za dnevnu hirurgiju nema prostora za decu osim za onu koja idu na operaciju.

Ako dobijete opštu anesteziju morate imati odgovornu odraslu osobu da vas odveze kući i ostane uz vas najmanje 24 časa. Ako kući idete taksijem sa vama treba da putuje i odgovorna odrasla osoba.

Čak i ako primete lokalnu anesteziju preporučuje se da vas neko odveze kući. Ne smete da vozite ako je vaša pokretljivost ograničena zbog operacije.

Ako vam pre operacije nije dobro (na primer: prehladeni ste ili imate grip), nazovite nas za savet pre dolaska.

Preporučujemo da ne pušite 2 dana pre operacije.

Molimo da nam date broj telefona rodbine ili prijatelja.

Pre dolaska morate se istuširati ili okupati.

Skinite svu šminku i lak za nokte.

Ne donosite sa sobom vrednosti, nakit, velike svote novca, kreditne kartice ni mobilne telefone. Ako se to ne može sprečiti, zamolite rođaka/prijatelja da vam ih pričuva.

#### **Ponesite sa sobom:**

- Sve tablete, lekove ili inhalatore koje trenutno uzimate
- Nešto za razbibrigu (knjiga, časopisi itd.)
- Naočare/kontaktne sočiva i kutiju za njih
- Posude za protezu
- Zbog sopstvene udobnosti možete da ponesete kućnu haljinu i papuče. Slobodno ponesite ručnik i higijenskepotrepštine jer možete koristiti tuš.

#### **Režim ishrane pre termina:**

Ako je vaša operacija ujutro, nemojte ništa jesti ni piti, uključujući i žvakaće gume, od ponoći nadalje. Jedini izuzetak je voda. Možete da pijete vodu do 5:30 ujutro na dan operacije.

Ako je vaša operacija popodne uzмите lagan doručak (čaj i tost) pre 7:30. Možete piti vodu do 10:30.

Ako imate šećernu bolest ili ste zabrinuti zato što nećete moći da jedete, nazovite centar za savet.

#### **Po dolasku u dnevni centar:**

- Prijavite se na recepciji. Morate da pokažete lične dokumente (ličnu kartu, zdravstvenu knjižicu, uput i raniju medicinsku dokumentaciju) medicinskoj sestri koja će vas identifikovati i pomoći vam da popunite formulare za negu.
- Dobićete bolničku identifikacionu narukvicu sa svojim imenom i podacima.
- Zatim će vas odvesti na odeljenje gde ćete dobiti svoj krevet.
- Proces pripreme za operaciju počinje u tom trenutku.
- Nastavite s uzimanjem svih lekova koje inače uzimate, ako vam anesteziolog nije odredio drugačije, za vreme vaših preliminarnih procena.
- Imajte na umu da ste u centru za dnevnu hirurgiju a ne u ambulanti bolnice. Redosled liste za operacije ne potvrđujete do dana primanja pa ćete morati da pričekate pre zahvata. Na dan zahvata morate da imate dovoljno vremena i za operaciju i za oporavak. Očekujte da ćete veći deo dana provesti sa nama.
- Nakon što ste se prijavili na recepciji, vaši rođaci, prijatelji i pratnja neće smeti da ostanu sa vama za vreme vašeg boravka. Imamo veoma ograničen prostor za lečenje. Pratnja sme da bude sa vama samo ako su direktno uključeni u vašu dnevnu negu, na primer ako imate probleme sa razumevanjem i/ili invalidnost. Rođaci, prijatelji ili pratnja mogu da koriste čekaonice.
- Izuzetak će biti deca do 18. godine koja su na lečenju. Jedan roditelj ili staratelj može ostati sa detetom tokom celog boravka. Na jedinicu ne treba dovoditi detetovu braću i sestre.
- Posle lečenja i perioda oporavka bićete otpušteni kući. Zamolite svog pratioca da stupi u kontakt sa jedinicom za dnevnu hirurgiju i proveriti kad ćete biti spremni za izađete. Za jutarnje preglede treba da telefoniraju posle 11:30 ujutro ili posle 3:30 ako ste imali zakazano popodne. Ponekad će medicinsko osoblje nazvati vašeg pratioca ranije ako budete sposobni za odlazak kući pre planiranog vremena.

#### **Kada ću se lečiti?**

Možda ćete na lečenje čekati do 4 sata. Treba nam vremena da vas pripremimo za zahvat. Pokušavamo efikasno da koristimo operacionu salu. Medicinskoosoblje će da vas pripremi za operaciju i odgovori na sva vaša pitanja.

Anesteziolog i hirurg će razgovarati sa vama pre operacije i objasniti vam kakva anestezija vam je potrebna. Hirurg i anesteziolog će vas zatim pregledati i objasniti vam predloženu operaciju/zahvat. **Ako se operacija vrši na određenom delutela osoblje to mesto treba da obeleži strelicom.** Svaki pacijent nam je bitan i osoblje će uvek pronaći vreme zavas. Slobodno pitajte kad god nešto želite da saznate i recite nam sve šta vas muči. Medicinske sestre će ponovo da provere vašepodatke pre nego što vas otprate u operacionu salu. Ponesite sa sobom nešto za razbibrigu dok čekate.

### **Odmah posle operacije**

Posle operacije, ako ste imali opštu anesteziju, odvešće vas u sobu za oporavak gde će se tretirati bilo kakav bol ili mučnina koje ćete možda osećati.

Ovde će se redovno meriti vaš puls i krvni pritisak i bićete pod stalnim nadzorom. U početku ćete se osećati ošamućeno. Moždaće vam biti muka i, u zavisnosti od vrste zahvata, možda ćete imati bolove na mestu operacije. Grlo će vam biti pomalo suvo i možda će vas malo boleti (u vaše grlo će biti postavljena cev da možete da dišete dok ste pod anestezijom).

Kada se probudite i budete spremni, vratiće vas na odeljenje gde ćete moći da se odmorite i osvežite pre povratka kući. Taj period oporavka varira od čoveka do čoveka i može da traje od jednog do šest časova. Medicinsko osoblje će vas obavestiti kada je za vas bezbedno da odete. Ako ste primili lokalnu anesteziju, vratiće vas na odeljenje odmah nakon zahvata. Daće vam osveženje (piće i dvopek) pre odlaska kući. Zapamtite da vreme oporavka varira od čoveka do čoveka i od vrste operacije. Medicinsko osoblje će vas obavestiti kada je za vas bezbedno da odete.

**Anestetici se zadržavaju u vašem telu nekoliko časova a za to vreme ćete reagovati sporije i zato je mogućnost nesreće veća. Molimo vas da ne vozite jer ćete možda previše sporo da reagujete na iznenadno zaustavljanje. Možda će vam trebati nekoliko slobodnih dana i pomoć u kući.**

### **Odmah nakon otpusta**

Ako ste dobili opštu anesteziju hirurrg i anesteziolog će vas posetiti kasnije tokom dana da vam saopšte kako je sve prošlo i da vas posavetuju o tome kako da se ponašate u sledećih nekoliko dana. Možda ćete dobiti neke lekove protiv bolova da ih ponesete kući ili neki drugi lek zavisno od vrste operacije koju ste imali. Odgovorna odrasla osoba mora vas zatim otpratiti kući automobilom ili taksijem - javni prevoz nije prikladan. Molimo da pogledate informativni letak zapacijenta koji ste dobili kod preliminarnog pregleda, u vezi sa informacijama o posleoperativnoj nezi i šta možete da očekujete u sledećih nekoliko dana kod kuće. Ako više nemate taj letak zatražite još jedan primerak od medicinskog osoblja. Primerak operacionog izveštaja/otpusne liste biće poslat vašem porodičnom lekaru. Vi ćete, takođe, dobiti jedan primerak. Ako vi ili vaš rođak imate neka pitanja pre odlaska kući svakako razgovarajte s članom medicinskog osoblja. Mi ćemo vam prepisati sve lekove koje treba da uzimate za vreme oporavka kod kuće. Lekovi će vam biti prepisati uskladu sa zahvatom koji je obavljen (npr. lekovi protiv bolova, antibiotici, itd.).

### **Kod kuće**

Možda ćete se osećati umorno pa radite samo koliko možete.

- Nemojte rukovati mašinama ni voziti automobil 48 sati posle opšte anestezije.
- Ako ste dobili lokalnu anesteziju medicinski personal će vam reći kada možete da vozite ili rukujete mašinama.
- Pijte mnogo tekućine i jedite laganu hranu ali najmanje 24 časa nemojte piti alkohol.
- Ako ste dobili lokalnu anesteziju medicinski personal će vam savetovati kada opet smete da pijete alkohol.
- Poštujte posebna uputstva medicinskog osoblja kad uzimate prepisane lekove – uključujući i sredstva protiv bolova.
- Organizujte pomoć pri kupanju ili tuširanju jer ćete možda osećati vrtoglavicu kad izazite iz kade ili niste stabilni na nogama kada ste u tuš kabini.
- Ne donosite važne odluke i ne potpisujte nikakve ugovore najmanje 24 časa posle opšte anestezije.

### **Uputstva za negovatelje**

Obratite pažnju na to da vaš negovatelj razume svoje odgovornosti:

- Da vas otprati kući automobilom ili taksijem (a ne javnim prevozom).
- Da ostane sa vama 24 sata u vašem ili njihovom domu.
- Da vam pomogne oko kućnih poslova kao što su kuvanje i čišćenje.
- Da vam daje mnogo tekućine (ne alkohola).
- Da vam pomogne kod pranja/kupanja i oblačenja.
- Da bude siguran da redovno uzimate sredstva protiv bolova kao što je prepisano/preporučeno.
- Da umesto vas obavi potrebne poslove.
- Da je svestan uobičajenih komplikacija posle operacije kao što je krvarenje, curenje iz rane, znakovi infekcije i da zna kako treba da postupi.

Posle 24 - 48 časova trebalo bi da se osećate znatno bolje i biće vam potrebna manja podrška i pomoć. Vaš negovatelj možda neće morati da ostane preko noći ali bi bilo dobro da vam i dalje malo pomaže preko dana, na primer u kupovini, kuvanju, usisavanju i pranju kose.

### **Pitanja i problemi koji izazivaju zabrinutost**

Ako imate problema o kojima želite da razgovarate posle operacije/zahvata nazovite Centar za dnevnu hirurgiju:

Dežurna sestra:

Tel:.....

Vaš hirurg:

Tel:.....

### **Dodatak 2**

#### **Informativni letak za negovatelje**

Dragi negovatelju,

Neko vama drag će ići na hirurški zahvat u Multidisciplinarni centar za dnevnu hirurgiju. Dnevna hirurgija može da bude veoma korisna za ovog pacijenta. Nekoliko časova posle zahvata pacijent se vraća kući na oporavak u porodično okruženje. Nema noćenja u bolnici.

Kao njegov/njezin negovatelj možda ćete morati da uzmete nekoliko slobodnih dana da se pobrinete za našeg pacijenta. Vreme koje će vam možda biti potrebno zavisice od vrste zahvata. Sestrinsko i hirurško osoblje uvek je dostupno u slučaju potrebe.

Dr. U. Feelbetter

Upravitelj, Multidisciplinarni centar za dnevnu hirurgiju

#### **Opšte indikacije:**

Posete pacijentu: Svaki pacijent sme primiti 2 posetioca, članove porodice ili prijatelje. Posetioci moraju biti stariji od 14 godina. Molimo da se pobrinete oko mlađe dece u čekaonici. Međutim, njihovo prisustvo nije poželjno. Posetioci će moći da budu uz pacijenta za vreme preoperativnog pregleda i u sobi za oporavak kad se pacijent smesti. Većina pacijenata otpušta se kući u roku od 4 časa posle operacije.

- Uz čekaonicu su postavljeni automati za napitke i zakuske za vaše osveženje. Kafeterija je tačno ispred ulaza u bolnicu.
- U bolnici nije dozvoljeno pušenje.
- Mobilni telefoni su dozvoljeni samo u čekaonici i izvan bolnice.
- Lekar će kod otpusta dati posebne upute za postoperativnu negu.
- Uveče i dan posle operacije član hirurškog osoblja centra će obići pacijenta. Međutim ako bude potrebno bez ustručavanja nazovite dežurnu službu za postoperativnu negu i (vidi dole).

#### **Lista pripreme za dnevnu hirurgiju**

##### **Pacijent:**

Doći na vreme.

Ništa ne jesti ni piti posle ponoći pre zahvata.

Ujutro na dan zahvata uzeti lekove s malim gutljajima vode.

Nositi udobnu i komotnu odeću.

Ne konzumirati alkohol ni pušiti nekoliko dana pre operacije.

Doći na dnevnu hirurgiju s urađenim preoperativnim pregledima, zdravstvenom knjižicom i ličnom kartom.

Organizovati da vas neko doveze i odveze iz bolnice i nekoga ko će da ostane kod kuće sa vama prvih 24 časa posle operacije.

Informisati centar o svim bolestima (npr. prehlada) koje ste dobili u toku nedelje dana pre zakazane operacije.

##### **Pre dolaska u Centar na dan operacije:**

Okupajte se i istuširajte.

Skinite svu šminku, lak za nokte i nakit.

##### **Šta poneti sa sobom:**

Nešto za čitanje ili rad dok čekate.

Kutiju za kontaktno sočivo i/ili zubnu protezu.

##### **Šta NE nositi:**

Vrednosti kao što je nakit ili previše novca.

**Posle operacije:**

Proverite da li ste dobili sve potrebne informacije i lekove a ako niste obavestite lekara ili osoblje dnevne hirurgije.

Postupite prema njihovim uputstvima za uzimanje lekova i predlozima za ishranu i odmor.

Ne dopustiti da pacijent vozi.

Ne dati pacijentu da pije alkohol.

Ne dati pacijentu da rukuje mašinama.

Ne dati pacijentu da vodi poslove ni da potpisuje važne dokumente.

Obratiti pažnju da pacijent kući ponese sve rendgenske snimke i rezultate ispitivanja koje je doneo.

**Multidisciplinarni centar za dnevnu hirurgiju**

**Gde je centar?**

Centar za dnevnu hirurgiju je smešten u:

.....  
.....

Od glavnog ulaza u prizemlju na kraju centralnog hodnika s desne strane su:

- Sobe za pregled (soba 5,6,7,8,9)
- Sekretarijat (soba br. 2 )
- Lekarska ordinacija (soba br. 3)
- Sanitarni čvor (soba br. 11)

Parkiralište koje se naplaćuje se nalazi na prostoru pored Univerzitetske bolnice.

Na železničkoj stanici uzmite autobus br. 24 ili 19 prema bolnici (autobuska stanica je ispred glavnog ulaza), nastavite pešice do semafora, produžite levo. Bolnica je oko 100m napred sa leve strane.

**Kad stignete kući**

Postoperativni dežurni pozivni centar

Dežurni lekar

**0419 8311323**

“Imam problem...”

Ova služba je otvorena za vaše organizacione potrebe kako bi zdravstvena služba zadovoljila potrebe pacijenata.

Ako imate problema ili pitanja obratite se:

Gđa C.White (glavna medicinska sestra)

0419 8773455

Od ponedeljka do petka 9-12

Ako želite da razgovarate s našim medicinskim osobljem molimo da se obratite:

Gđa Smith (glavna sekretarica)

0419 8311324

Od ponedeljka do petka 9-12 i 14-18

Jedinica za dnevnu hirurgiju

Univerzitetska bolnica

(Adresa).....

Centar je otvoren:

Od ponedeljka do petka

7:30-13 i 14-19:30

Tel. 0419 8632399

## **Dodatak 3 Informativni letak o specifičnom zahvatu**

### **Odstranjivanje preponske kile Univerzitetska bolnica Jedinica za dnevnu hirurgiju**

#### **Dragi pacijente,**

Dobrodošli u jedinicu za dnevnu hirurgiju.

Kako bismo bili sigurni da će vaša operacija biti uspešna pozivamo vas da postupate prema uputstvima koje ste dobili od našeg medicinskog osoblja. Takođe vas molimo da pročitate materijale koji su vam dati i postavite sva pitanja koja imate. Kao što vam je objasnio lekar, odstranjivanje preponske kile može da se obavi u dnevnoj hirurgiji. Doći ćete u centar ujutro i vaša operacija trajaće oko 1 čas. Popodne ćete moći da idete kući posle obavljenog kompletnog postoperativnog pregleda.

Dott. U. Feelbetter

Upravitelj, Multidisciplinarni centar za dnevnu hirurgiju

#### **Šta je preponska kila?**

Kila se pojavljuje kada oslabe unutrašnji slojevi trbušnog mišića. Tada se unutrašnji zid trbuha izdigne u malu kesu i deocreva ili trbušnog tkiva može da prodre u nju.

Neki ljudi, koji imaju kilu, gotovo da nemaju simptoma a drugi imaju otok i, ponekad, jake bolove. Kila može da uzrokuje druge potencijalno velike probleme (npr. infekciju, začepljenje creva). Jedini način da se to popravi je operacijom jer se kila nepovlači sama od sebe.

#### **Šta se događa za vreme operacije?**

Operacija odstranjivanja kile traje oko jedan čas. Obično se obavlja pod lokalnom ili epiduralnom anestezijom koja se naziva i spinalnom anestezijom zbog koje veći deo tela u kome se nalazi kila postaje neosetljiv. Iznad kile se napravi rez. Ispupčeno tkivo se vraću trbušnu šupljinu a stvorena kesa se odstranjuje. Hirurg zatvara otvor ili istanjeno mesto trbušnog zida tako što preko tog istanjenog mesta zašiva snažan susjedni mišić. Ponekad je potrebno učvrstiti trbušni zid komadićem sintetskog materijala koji se zove "mesh" – to je hirurška mrežica koju ljudsko telo dobro podnosi.

#### **Ima li komplikacija?**

Komplikacije trbušne kile veoma su malobrojne. Možete da osetite:

- Oticanje i bol na mestu reza;
- Glavobolju i mučninu posle anestezije;
- Postoperativnu infekciju na mestu reza koja se može lečiti antibioticima;
- Gubitak osećaja oko reza;
- Alergijske reakcije na anesteziju.

Iako je mala mogućnost za to, kila može da se povrati u oko 5% slučajeva, čak i više godina nakon reparativne operacije.

#### **Šta se dešava posle operacije?**

Posle operacije odvešće vas nazad u vašu sobu na oporavak. Obično će vas otpustiti popodne kad vaš lekar utvrdi da možete da stojite i hodate. Hirurg će vam dati postoperativne upute kojih treba da se pridržavate kod kuće i daće vam savete o dizanju tereta, džogingu ili izvođenju napornih vežbi. U prvih nekoliko časova posle operacije teško ćete hodati a u prvih nekoliko dana teško ćete se penjati uz stepenice. Kod kupanja treba da pazite da ne pokvasite rez. Polni odnosi su obično neugodni u prvih nedelju-dve. Nakon nekoliko dana trebalo bi da budete sposobni da vozite automobil. U zavisnosti od zanimanja, možete da očekujete period oporavka u trajanju od jednog do šest nedelja.

#### **Na dan operacije**

- Dođite na vreme i nemojteništa jesti ni piti posle ponoći.
- Uzmite svoje redovne lekove i prepisani antibiotik s malim gutljajima vode.
- Obavestiti svog lekara o porodičnoj istoriji tromboflebitisa.
- Obrijati prepone prema uputstvima.
- Dođite u dnevnu hirurgiju sa svim nalazima preoperativnih pregleda, zdravstvenom knjižicom i ličnom kartom
- Organizovati da vas neko doveze i odveze iz bolnice i nekoga ko će da ostane kod kuće sa vama prvih 24

časa posle operacije

### **Kod kuće**

- Odmarati se što više. Piti mnogo tečnosti, jesti laganu hranu i izbegavati alkohol.
- Normalno je da osećate izvestan bol u preponama. Uzimati sredstvo protiv bola prema uputstvima lekara.
- Normalno je da imate mali otok i bol oko hirurške rane
- Šavovi će se izvaditi nakon 1 nedelje. Ako se bol pojača, pulsira ili primetite promene na rani, javite se u Centar.
- Normalno je da dobijete i lagano povišenu temperaturu. Ako vam temperatura skoči iznad 38°C, javite se u Centar.
- Postoperativna kontrola nakon 1 nedelje radi vađenja konaca. Povremene kontrole posle 3 nedelje, 6 meseci 1, 2 i 3 godine.
- Ako imate problema ili razloga za zabrinutost odmah se javite svojem lekaru ili dežurnom centru.

Postoperativni dežurni pozivni centar

Dežurni lekar

049 8313361

### **Važni datumi**

Pregled anesteziologa

Datum: \_\_\_\_\_ vreme: \_\_\_\_\_

Operacija:

Datum: \_\_\_\_\_ vreme \_\_\_\_\_

### **Lekovi:**

### **Ostala uputstva:**

---

Ako vam je potrebna pomoć nazovite:

Gđa C. White, glavna sestra

049 8773455

Od ponedeljka do petka 9-12

Ako želite da razgovarate s našim medicinskim osobljem molimo da se obratite:

Gđa P. Wilson

049 8311324

Od ponedeljka do petka 9-12 i 14-18

Dnevna hirurška jedinica, Univerzitetska bolnica

(Adresa).....

Centar je otvoren:

Od ponedeljka do petka

7:30-13 i 14-19:30

Tel. 049 8632399

#### Dodatak 4

### Upitnik za DNEVNU HIRURGIJU

Dragi gospodine/gospođo,

Molimo vas da odvojite malo vremena i odgovorite na pitanja u ovoj knjižici. Važno nam je da znamo šta mislite o našojdnevnoj bolnici kao pacijent ili negovatelj.

Vaši komentari će nam pomoći da poboljšamo svoje usluge, da boravak u dnevnoj bolnici postane pozitivno iskustvo i, pre svega, potpuno prilagođeno potrebama pacijenta. Vaša razmišljanja i komentari biće strogo poverljivi.

Unapred vam zahvaljujemo na ljubaznoj saradnji,  
Dott.U. Feelbetter  
Upravnik, Jedinica za dnevnu hirurgiju

#### 1. Starost:

18 godina ili manje	51-60 godina
19-30 godina	61-70 godina
31-50 godina	Iznad 71godine

#### 2. Pol:

muško	žensko
-------	--------

#### 3. Obrazovanje

Bez škole  
Osnovna škola  
Srednja škola  
Viša škola  
Završen fakultet ili više

#### 4. Zanimanje

Zaposlen	nezaposlen	student
Domaćica	penzioner	ostalo

---

#### 5. Ko vas je uputio u centar za dnevnuhirurgiju?

Prijatelj	Vaš lekar opšte prakse
Specijalista	Ostalo

Navedite precizno \_\_\_\_\_

#### 6. Da li vam je ovo prvi dolazak u centar zadnevnu hirurgiju?

Da  
Ne, ovo mi je drugi put  
Ne, ovo mi je treći put, ili više

#### 7. Kako ste zakazali prvi pregled?

Telefonom  
Lično u centru

#### 8. Jeste li imali probema s telefonskomuslugom?

Ne  
Da, morao sam ih zvati više puta  
Ostalo

---

#### 9. Ako ste došli lično kako biste ocenili naše oznake puta do centra? (zaokružite jedan)

Veoma zbunjujuće					Veoma jasno
1	2	3	4	5	



**10. Kako dugo ste morali čekati prvi pregled?**

Manje od 2 nedelje	1 do 2 meseca
2 nedelje do 1 mesec	više od 2 meseca

**11. Kako biste ocenili vreme čekanja? (zaokružite jedan)**

predugo		baš kako treba		prekratko
1	2	3	4	5

**12. Da li ste dobili odgovarajuće informacije o mogućem vremenu čekanja na prvi pregled?**

Da                      Ne

**13. Da li su informacije o dnevnoj hirurgiji, pripreme za dnevnu girurgiju, uputstva i postupci bili jasni i adekvatni? (zaokružite jedan)**

Nejasne				Veoma jasne
1	2	3	4	5
Neodgovarajuće				Odgovarajuće
1	2	3	4	5
Neodgovarajuće				Odgovarajuće
1	2	3	4	5

**14. Kako biste ocenili pisane informacije koje ste dobili? (zaokružite jedan)**

Beskorisne				Veomakorisne
1	2	3	4	5

**14a. Ako informacije nisu bile adekvatne, šta treba dodati ili promeniti da postanu korisnije?**

.....

**14b. Ako ste dobili previše informacija, šta treba izbaciti?**

.....

**15. Koje informacije su vam najviše pomogle?**

Usmene              pismene              oboje

**16. Na koje još druge načine se mogu poboljšati naše brošure da bi se bolje prilagodile potrebama naših pacijenata?**

.....  
.....

**17. Kako biste ocenili način na koji vas je pozdravilo osoblje centra za dnevnu hirurgiju na dan vaše operacije?**

hladno				Veoma srdačno
1	2	3	4	5

**18. Kako biste ocenili ugodnost naše čekaonice?**

Neugodno				Ugodno
1	2	3	4	5

**18a. Na koje načine je čekaonica bila neugodna/ugodna?**

.....  
.....

**19. Ako ste išli na operaciju, ko vas je pre operacije najviše smirio?**

- Hirurg
- Sestrinsko osoblje
- Anestezilog
- Niko

- Ostalo \_\_\_\_\_

**20. Kako biste ocenili primljene informacije kad je reč o postoperativnim uputstvima i kontrolama?**

Nerazumljive					Veoma razumljive
1	2	3	4		5

**21. Da li je osoblje bilo od pomoći pri vašem otpuštanju sa dnevne hirurgije?**

Uopšte ne					Od velike pomoći
1	2	3	4		5

**22. Koje aspekte centra za dnevnu hirurgiju smatrate pozitivnim? (označiti sve želite)**

- Organizaciju	Medicinsku pomoć
- Pomoć sestričkog osoblja	Opremu
- Administrativne aspekte	Ugodnost i čistoću okoline

**23. Koji aspekt centra za dnevnu hirurgiju smatrate nepovoljnima? (označiti sve što želite)**

- Organizaciju	Medicinsku pomoć
- Pomoć sestričkog osoblja	Opremu
- Administrativne aspekte	Ugodnost i čistoću okoline

**24. Kako biste uopšteno ocenili naš centar za dnevnu hirurgiju?**

Negativno	Pozitivno
1 2 3 4 5 6 7 8 9	10

**25. Šta nam možete predložiti u cilju poboljšanja kvaliteta naših usluga?**

.....

.....

## **Dodatak 5 Kontakt veze s primerima informacija pacijentima za dnevnu hirurgiju i smernice za sastavljanje pisanih materijala**

### **Primeri informacija pacijentima za dnevnu hirurgiju**

Bolnica King's College, London UK

<http://www.kch.nhs.uk/patientsvisitors/patients/day-surgery-patients>

TriHealth, Cincinnati OH, USA

<http://www.trihealth.com/institutes-and-services/trihealth-surgical-institute/patient-information/outpatient-surgery/>

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ŽENA I NOVOROĐENČADI, King Edward Memorial Hospital, Zapadna Australija

<http://www.kemh.health.wa.gov.au/brochures/consumers/wnhs0474.pdf>

North Bristol NHS Trust UK

<http://www.nbt.nhs.uk/our-services/a-z-services/day-surgery-unit/day-surgery-unit-patient-information-leaflets>

Bolnica Brigham i bolnica za žene, Boston MA, USA

[http://www.brighamandwomens.org/patients\\_visitors/yourvisit/daysurg.aspx](http://www.brighamandwomens.org/patients_visitors/yourvisit/daysurg.aspx)

### **Uputstva za sastavljanje pisanih materijala**

Centri zapružanje usluga medicinske nege i medicinske pomoći, Američki Odsek za zdravstvo i humane usluge 2012. Priručnik za jasno i efikasno sastavljanje pisanih materijala CMS.gov.

<http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/index.html?redirect=/WrittenMaterialsToolkit/>.

## Dodatak C: INFORMISANI PRISTANAK

Dr Ian Jackson, predsednik IAAS-a, kontakt [ian.jackson@york.nhs.uk](mailto:ian.jackson@york.nhs.uk)

Možda bi vredelo istražiti pitanje pristanka pogotovo jer u dnevnoj hirurgiji može da prođe dosta vremena između dobijanja pristanka i stvarnog obavljanja operacije. Smatra se da je znanje i razumevanje pristanka i njegovog sadržaja od strane stručnjaka u najmanju ruku nepotpuno i da takva situacija ukazuje ne samo na to da se samo rečima daje podrška centralnim pojmovima autonomije i partnerstva nego i da se medicinske sestre i kliničari možda izlažu tome da se protiv njih pokrenu građanski i kriminalni sudski postupci.

S moralnog gledišta informisani pristanak ima dve osnovne komponente-

- Davanje informacija, i
- Pristanak na zahvat;

Za prvo su potrebne komunikacione veštine a za drugo razumevanje.

Tri osnovna kriterija za pristanak

- **Sposobnost** - sposobnost pojedinca da razume predloženo lečenje
- **Otkrivanje informacija** -
  - Pojedinaac mora da shvati prirodu predloženog lečenja uopšteno i zašto je ono prepisano
  - otkrivanje ili neotkrivanje potencijalnih nuspojava - pojedinac mora da razume osnovne prednosti i rizike kao i posledice nelečenja
- **Dobrovoljnost** - pristanak mora da bude dobrovoljan; to se ne može garantovati ako je pojedinac pod uticajem sedativa

Treba zapamtiti da se pristanak može dati usmeno, pismeno ili implicitno i da je svaki taj slučaj zakonski važeći ali samo ako su prisutne i ove 3 komponente.

Dobro bi bilo da se shvati da pristanak nije samo ' pridobiti pacijenta da potpiše formular' već on naglašava i odnos između sestre/lekara i pacijenta - Opšte lekarsko veće (the General Medical Council GMC) u Velikoj Britaniji opisuje ga kao 'partnerstvo'.

Informisani pristanak se zato odnosi ne samo na učestvovanje u istraživanju ili pristanak na lečenje nego na svaki odnos između medicinskog osoblja i pacijenta. Ovakvo shvatanje pristanka pokreće pitanje određenih odgovornosti medicinskih sestara i lekara i zato u ovom procesu treba:

1. poštovati nezavisnost pojedinca;
2. zaštititi pacijenta;
3. izbegavati neistine, tvrdoglavost ili zabrinutost;
4. podsticati razumno donošenje odluka.

Informisani pristanak za zahvat tiče se samo tog dotičnog zahvata i tog dotičnog pacijenta. Formular pismenog pristanka samo je znak da je pojedinac u vreme potpisivanja dao svoj pristanak a nije garancija da se pojedinac i dalje tako oseća. Isto tako, kad se pacijenti pojave u jedinici za dnevnu hirurgiju ne možemo sa sigurnošću pretpostaviti da to odmah podrazumeva da su dali pristanak. Hirurg bi, u idealnim uslovima, kada poseti pacijenta pre operacije trebalo da proveri i opet objasni prirodu operacije s njenim prednostima i ograničenjima. Pružene informacije moraju dabudu dovoljne za donošenje informisanog pristanka; u prošlosti, neki kliničari sumatrali da znaju šta je najbolje zanjihove pacijente i da pružanje previše informacija možda nije u njihovom najboljem interesu. Sada je jasno da jetakva pretpostavka pogrešna. U mnogim zemljama nema zakonskog zahteva da sve moguće nuspojave trebaraspraviti s pacijentom – međutim, na osnovu slučajeva u mnogim zemljama, postaje sve jasnije da propusti u informisanju pacijentao mogućim nuspojavama ili riziku mogu da dovedu do uspešnih tužbi protiv lekara.

U Velikoj Britaniji uputstva Opšteg medicinskog veća zahtevaju od zdravstvenog osoblja da

1. Pruže jasne i tačne informacije o rizicima bilo kakvog predloženog ispitivanja ili lečenja na način koji pacijentimogu da razumeju i koji im može pomoći da donesu informisane odluke. Količina informacija o riziku kojitreba da podelite s pacijentima zavisice odkonkretnog pacijenta i onoga što on želi ili mora da zna. Vaši razgovoris pacijentima moraju se fokusirati na njihovu situaciju i mogući rizik.
2. Da bi se sa pacijentima uspešno razgovaralo o riziku morate da identifikujete štetne ishode koji mogu daproizađu iz predloženih opcija. To podrazumeva i potencijalni ishod da se ne preduzme nikakvo lečenje. Rizici mogu dabudu razni ali obično su to:
  - a. nuspojave

b. komplikacije

c. neuspešnost zahvata u postizanju željenog cilja.

3. Morate da kažete pacijentima ako ispitivanje ili lečenje mogu da završe nekim ozbiljnim štetnim ishodom čak i ako sušanse za to veoma male. Takođe, trebalo bi da obavestite pacijente i o manje teškim nuspojavama ilikomplikacijama ako do njih dolazi češće i objasniti šta pacijent treba da uradi ako se one pojave.

Leci s informacijama o zahvatu nad pacijentom mogu da pomognu u procesu dobijanja pristanka od pacijenata koji su motivisani da koriste materijale. Međutim, lekar ne treba da pretpostavi da su ih pacijenti pročitali već može da ih koristi za vreme razgovora o pristanku s pacijentom. Prethodno pripremljeni formulari pristanka koji sadrže informacije orizicima koje su saopštene takođe mogu da budu korisniu procesu dobijanja pristanka.

#### **Pacijent odbija da sazna nešto o rizicima i nuspojavama**

Kada pacijent odbija da sazna nešto o rizicima i komplikacijama bitno je pokušati

- Otkriti zbog čega je to tako
- Objasniti im posledice nepoznavanja potencijalnih nuspojava

Ako i dalje odbijaju,važno je da im objasnite da se mogu predomisli i u svakom trenutku zatražiti informaciju, a zatim je potrebno da vi detaljno dokumentujete razgovor sa pacijentom i, po mogućstvu, ga i vi i pacijent potpišete.

#### **Dodatna literatura**

Mnogo korisnih informacija o pristanku dostupno je na internetskoj stranici UK GMC

[http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical\\_guidance/consent\\_guidance\\_index.asp](http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/consent_guidance_index.asp)

Slično tome, korisne informacije mogu da se nađu i na stranici Američkog koledža za hirurgiju

[http://www.facs.org/public\\_info/operation/consent.html](http://www.facs.org/public_info/operation/consent.html).

## **Dodatak D: Zahvati koji se izvode u dnevnoj hirurškoj ambulanti**

Mr Gamal Eldin Mohammed, President Elect IAAS. E-mail: gamal13@gmail.com

Popis ovih hirurških zahvata neće biti sveobuhvatan ali će čitatelju dati uvid ono što je moguće uraditi u dnevnoj hirurgiji. Koristan vodič za zahvate u dnevnoj hirurgiji izdalo je Britansko udruženje za dnevnu hirurgiju - BADS Spisak mogućih zahvata <http://www.daysurgeryuk.net/en/shop/publications/>). Na listi je više od 190 zahvata iz 10 specijalnosti a navodese orijentacione stope koje dnevni hirurški zahvati i kratak boravak u idealnim okolnostima mogu dostići.

### **E.N.T. (eng. ear, nose, throat – uho, grlo, nos)**

#### **Grlo:**

Hirurgija adenoida i tonzilektomija, pogotovo kod dece, jedan je od najčešćih postupaka pogodnih za dnevnu hirurgiju. U nekim zemljama bolnička tonzilektomija za odrasle preporučuje se zbog mogućnosti unutrašnjeg krvarenja, ali treba napomenuti da se i u takvim slučajevima ovaj zahvat već niz godina obavlja bezproblema u mnogim zemljama kao dnevna operacija. Međutim, velika je razlika u proceni pacijenata za dnevnu hirurgiju i društvenim okolnostima koje moguda utiču na lokalno odlučivanje o pružanju ove usluge.

#### **Operacija uha:**

Transmeatalnih zahvata kao što je usađivanje cevčice ili miringoplastika obično se obavljaju danju. Čak i postupci za koje je prethodno navedeno da su povezani s postoperativnim ležanjem u krevetu, poput transmastoidnog zahvata, obavljaju se kao dnevni slučajevi ali i to opet zavisi od lokalnih uslova.

#### **Nos:**

Skoro svi zahvati na nosu (endoskopska operacija sinusa i rekonstrukcija nosa) mogu da se obavljaju ambulantno.

### **OPŠTA HIRURGIJA**

Opšte važne preporuke za operativne tehnike su:

- Nema nepotrebne trakcije tkiva;
- Nema nepotrebne napetosti tkiva;
- Minimalno invazivni postupci;
- Minimalna ishemija;
- Potpuna hemostaza;
- Nema nepotrebne manipulacije.

#### **Operacija kile:**

Lečenje preponskih kila kod odraslih razvijalo se od klasičnog pristupa (Bassinijeva operacija i njene varijante) sa obaveznom noćenjem, šavovima i opštom ili spinalnom anestezijom do savremenog pristupa kod koga je uobičajena dnevna operacija uz lokalnu anesteziju sa sedacijom i korišćenjem hirurške mrežice (Lichtensteinova operacija).

#### **Proktološka hirurgija:**

Oko 90% svih analnih zahvata može se obaviti u dnevnoj hirurgiji: lateralna unutrašnja sfinkterotomija analnih čvorića, fistulektomija.

Izrezivanje jednog ili dva hemoroida, primena HAL zahvata, podvezivanja hemoroidne arterije zbog hemoroida, hemoroidektomija tehnikom Longo za lečenje 3. i 4. stepena hemoroida, rezovi periproktalnih apcesa.

#### **Proktološki zahvati koji zahtevaju boravak preko noći (ublažavanje boli i kontrola rane):**

Visoke fistule, hirurško izrezivanje hemoroida 4. stepena (Eisenhammerova operacija).

Obratiti pažnju: treba izbegavati tamponadu analnog kanala jer to može dovesti do retencije urina.

#### **Laparoskopska holecistektomija (LC)**

Indikacije: simptomatski žučni kamenci

Kontraindikacije: akutni holecistitis

holeliholitijaza (potvrđena ili suspektna)

potreba za opsežnim operacijama (suspektna konverzija)

ASA III (osim određenih slučajeva)

ASA IV

Pacijent može da se otpusti kući istog dana ako su zadovoljeni svi standardni kriterijumi za otpust. Preporučuje se da se zahvati obavljaju u centrima gdje je moguća 23-časovna hospitalizacija kako bi se izbeglo ponovno primanje u bolnicu.

#### **Operacija štitnjače:**

Hemiteroidektomija čvorovozbog opasnosti od karcinoma može se obaviti kao dnevni hirurški zahvat. Stvaranje hematoma jedina je komplikacija opasna po život i zato je potrebno najmanje 6 časova postoperativnog oporavka.

#### **OPERACIJA DOJKI:**

Dobročudne lezije: odstranjivanje cisti, fibroadenoma, biopsije opipljivih/neopipljivih lezija, vađenje kanala, korekcija ginekomastije.

Zloćudnelezije: broj operacija raka dojke u dnevnoj hirurškoj jedinici je sve veći zahvaljujući napretku biopsije sentinelnog (prvog) limfnog čvora koja je zamenila disekciju aksilarnog limfnog čvora kod primarnog raka dojke.

#### **GINEKOLOGIJA**

Uobičajeni ginekološki postupci odgovarajući za dnevno lečenje su:

Dijagnostička histeroskopija, operativna histeroskopija lezija koje prodiru u materičnu šupljinu (fibroidi), ablacija endometrijuma histeroskopijom i resektoskopom;

Embolizacija uterine fibroide angiografijom, sterilizacija žene, dijagnostička laparoskopija;

Hidrolaparoskopija;

Operativna laparoskopija:

Kontraindikacije:

Izuzetno velika materica

Patologija pomoćnih delova (ciste jajnika) i suspektne malignitet.

Indikacije:

Vanmaterična trudnoća, odstranjivanje malih i benignih cista jajnika, histerektomija, miomektomija i operacija prolapsa.

#### **OFTALMOLOŠKA HIRURGIJA**

Operacija katarakte: najčešći zahvat u dnevnoj hirurgiji. Obično se obavlja pod topikalnom ili lokalnom anestezijom.

Operacija okuloplasta, operacija razrokosti, glaukoma, dakrio-cisto-rinostomija, refraktivna hirurgija.

#### **ORALNA I MAKSILOFACIJALNA HIRURGIJA**

Skoro 90% svih oralnih i maksilofacijalnih operacija obavlja se pod lokalnom anestezijom i kao dnevni zahvat:

Vađenje zuba zahvaćenih karijesom kod dece, vađenje uraslih zuba, hirurško izvlačenje uraslih očnjaka

Opšta anestezija može da se koristi u sledećim dnevnim zahvatima: enukleacija velikih zubnih cista, folikularnih cista ili keratoza, marsupijalizacija retentnih cista sluznice donjeg dela usta, izrezivanje sublingvalne pljuvačne žlezde; autotransplantacija pretkutnjaka i kutnjaka, dentalni implantati.

#### **ORTOPEDSKA HIRURGIJA**

##### **Koleno**

Artroskopija kolena (dijagnostička)

Artroskopsko lečenje manjih lezija (lezijemeniskusa, ekstrakcija slobodnih tela iz hrskavice, odstranjivanje krhotina malih lezija hrskavice)

Artroskopsko odstranjivanje osteosintetskog materijala

Artroskopska rekonstrukcija prednjeg ukrštenog ligamenta

##### **Rame**

Artroskopijai pregled pod opštom anestezijom

Artroskopska i mini otvorena akromioplastija

Resekcija lateralnog dela klavikule

Artroskopska stabilizacija zgloba (npr. Bankartovoplastika)

##### **Lakat**

Artroskopijai pregled pod opštom anestezijom

Artroskopsko lečenje manjih lezija

Lečenje teniskog lakta opuštanjem tetive ekstenzora  
Transpozicija ulnarnog živca  
Odstranjivanje šrafova i pločica i/ili serklaža

**Ručni zglob/šaka (95% slučajeva za dnevnuhirurgiju pod lokalnom anestezijom)**

Artroskopsko lečenje manjih lezija (npr. slobodna hrskavičava tela, sionovijalna biopsija)  
Opuštanje karpalnog tunela  
Artroplastika karpometakarpalnog zgloba (CMC I) zbog osteoartritis  
Operacija zglobova prstiju zbog reumatoidnog artritisa  
Operacija Dupuytrenova kontraktura

**Stopalo:**

Operacija halluxa valgusa  
Resekcijska artroplastika ili artrodeza deformacije "čukljeva"

**Skočni zglob/Gležanj**

Artroskopsko lečenje manjih lezija (npr. slobodna hrskavičava tela, sionovijalna biopsija)  
Rekonstrukcija ligamenata (lateralna ili sindezmoza)  
Odstranjivanje osteosintetskog materijala

**Kičmeni stub**

Ostranjivanje osteosintetskog materijala  
Mikrodisektomija za lečenje hernije intervertebralnog diska

**Kuk**

Ostranjivanje osteosintetskog materijala

**PEDIJATRIJSKA HIRURGIJA**

Deca će se primati u bolnicu samo ako kod kuće ne mogu da dobiju isto tako dobru svakodnevnu negu koja im je potrebna. U dnevnoj hirurgiji standardi medicinske, sestrinske i psihološke nege moraju biti kao i oni za bolničke pacijente.

**Uobičajeni pedijatrijski hirurški postupci:**

Preponska kila i vodena kila, pupčana kila, orhidopeksija, obrezivanje, lezije na koži, dermoidne ciste.

**PLASTIČNA HIRURGIJA**

Operacija ručnog zgloba/šake:  
Iste zahvate u ortopediji vrše plastični hirurzi  
Kozmetička hirurgija:  
Blefaroplastika, povećanje dojki, fejslifing, plastična operacija trbuha sa i bez liposukcije (s odstranjivanjem drenova sledećeg jutra), rekonstrukcione operacije (Z-plastika, V-Y-plastika)

**UROLOGIJA**

Opšti urološki zahvati:  
Vazektomija, hidrocelektomija, varikocelktomija, reverzna vazektomija, obrezivanje  
Minimalno invazivni zahvati  
Transuretralna resekcija tumora mokraćne bešike, uretroskopske intervencije kamenaca u mokraćovodu  
ESWL (ekstrakorporalna talasna litotripsija) zalečenje kamenaca.

**VASKULARNA HIRURGIJA**

Najčešći zahvat su operacije varikoznih vena (hirurška, endovenska obliteracija radio frekvencijom ili laserom)  
Minimalno invazivni zahvati  
Endoskopska hirurgija perforativnih vena (SEPS) za resekciju nefunkcionalnih perforativnih vena  
Torakalna simpatektomija (lečenje hiperhidroze ili Raynaudova bolest)  
Endovaskularni zahvati poput stentova karotidne arterije.



## **Dodatak E: Prevencija bola i strategije PONV (postoperativna mučnina i povraćanje) za optimizaciju kvaliteta nege za pacijente na dnevnom lečenju.**

Dr Jan Jakobsson. Pridruženi profesor, Anestezija i intenzivna nega, Institut za fiziologiju i farmakologiju, Karolinska Institutet, Štokholm, Švedska Email: [Jan.Jakobsson@ki.se](mailto:Jan.Jakobsson@ki.se)

### **Kontrola bola**

Preventivna uravnotežena multimodalna analgezija postoperativnog bola opijatima postala je 'zlatni standard' u poboljšanju perioperativne kontrole postoperativnog bola. Cilj strategije je smanjenje potrebe za analgezijom opijatima i, samim tim, smanjenje nuspojava sedacije povezane s opijatima, mučnine/povraćanja i respiratorne depresije. Sve navedeno su faktori koji mogu da odgode brz i siguran otpust iz bolnice.

Koncept kombinovanja lekova s drugačijim delovanjem koji ima za cilj da nuspojave dodatne analgezije svede na minimum, koristi se sadaveć dva decenije. Kombinovanje lokalne anestezije, paracetamola, NSAID-a i najniže efektivne doze opijata već je uhodana praksa.

Tehnike ultrazvučno vođenog bloka postaju sve popularnije kod mladih anesteziologa i danas se koriste razni centralni i periferni blokovi zajedno s operacijom kako bi se i intraoperativno i postoperativno kontrolisao bol. Infiltracija na mestu operacije je jednostavna i sigurna alternativa.

Postoje dobri dokazi za davanje lokalne anestezije pacijentima pre reza, čak i pacijentima koji primaju opštu anesteziju, kako bi se smanjila potreba za intraoperativnu analgeziju kao i za lakše kontrolisanje postoperativnog bola. Standardna doza lokalnog anestetika produženog delovanja npr. bupivakaina ili kirokaina, preporučuje se radi produžavanjadelovanja.

Ako se koristi infiltracija na mestu operacije, kombinovanje infiltracije pre reza, a zatim i dodatne infiltracije pri zatvaranju rane, pružiće i intra i postoperativnu analgeziju.

Paracetamol je siguran analgetik koji treba dati kao osnovni. Početna doza kod pacijenta koji prethodno nije primao paracetamol može da se poveća na 30 mg/kg. Kod zdrave odrasle osobe doza od 2 grama oralno oko 60-90 minuta pre početka davanja anestezije omogućuje terapijsku koncentraciju plazme u vreme operacije.

Paracetamol u dozi od 1 grama, četiri puta dnevno je siguran osnovni lek za postoperativnu kontrolu bola.

Nesteroidni analgetici, NSAID-i, imaju dobro poznate analgetske efekte i njihova uloga ka multimodalne/uravnotežene analgezije dobro je dokumentovana. Uzimanje oralnim putem je jeftin, siguran i efikasan način. Standardna doza uzeta u kombinaciji s oralnim paracetamolom oko 60-90 minuta pre operacije pruža preventivnu analgeziju.

Ibuprofen u dozi od 800 mg tri puta dnevno je efikasan dodatak paracetamolu.

Dobra alternativa su koksibi. Koksibi su razvijeni za smanjenje rizika od krvarenja iz GI trakta i njihov efekt na funkcije trombocita je minimalan. Koksibi smanjuju rizik od krvarenja uzrokovanog lekovima na minimum. Oralni celekoksib od 400 mg postoperativno i 200 mg dvaput dnevno ili etorikoksib u dozi od 120 mg a zatim 90 mg jednom dnevno, su dve različite alternative ibuprofenu.

Faktori rizika, kao što je poznata osetljivost na NSAID/acetilsalicililacid, istorija GI krvarenja ili kardiovaskularne bolesti, svakako se moraju uzeti u obzir. Koksib u kombinaciji s inhibitorom protonske pumpe je, po svemu sudeći, pogodan za smanjenje rizika od GI krvarenja. Pokazalo se da je naproksen povezan s najmanjim rizikom od kardiovaskularnog/tromboembolijskog događaja. Kao opšte pravilo, preporučuje se prepisivanje ovih lekova u kratkom postoperativnom toku i takav režim ne bi trebalo da izazove neke veće probleme.

Jedna intravenska doza od 4 mg deksametazona sve više se koristi kao deo preventive PONV-a i sve se više ističu i njegova dodatna analgezijska svojstva ako se doza povisi na 0,1 mg/kg. Ovaj steroid treba davati rano ali najbolje je datiganakon anesteziranja pacijenta - ako se koristi za buđenje pacijenta može uzrokovati znatnu perinealnu nelagodnost.

Rizik povezan s jednom IV preoperativnom dozom deksametazona je nizak, a nova uputstva sugerišu da ne treba prestati s davanjem steroida pacijentima s kontrolisanim dijabetesom, a kratkotrajno povišenje glukoze u krvi treba na odgovarajući način rešiti.

Interventni lekovi sa opijatima trebalo bi da budu dostupni. Oksikodon je postao popularan u nekim zemljama ali izbor interventnih opijata treba da se obavi u skladu s lokalnim običajima. Najniža efikasna doza bi trebalo da bude predložena.

### **Prevenција postoperativne mučnine i povraćanja**

Sve navedene tehnike mogu doprineti sprečavanju postoperativne mučnine i povraćanja (PONV). Ako koristite opisane tehnike stopa PONV-a biće niska. Međutim, pacijentima koji iskuse PONV on ozbiljno smanjuje kvalitet nege i može da odloži otpust. Sada je već standardna praksa da se da profilaksa/preventiva uskladu s rizikom od PONV-a. Na internetu je objavljen besplatan kalkulator za izračunavanje rizika od PONV-a za dnevne slučajeve. Objavilo ga je Britansko udruženje za dnevnu hirurgiju i može da se vidi na adresi:  
<http://www.daysurgeryuk.net/en/resources/ponv-calculator/>

Postoji i besplatna prezentacija o razvitku ovog modela:  
<http://videos.bads.101test1.co.uk/SWF/PONV/PONV.html>

Rutinsko davanje profilaktičkih antiemetika treba da razmotri svaka jedinica – mnoge, kao i dnevna jedinica gore opisana, koriste profilaksu samo kodpacijenata s visokim rizikom od PONV-a.

### **Tabela 1. Predloženi režim postoperativne analgezije**

#### **Danoperacije**

**Post op/t1. dan**

**Post op/t2 dan**

**Post op/t3 dan**

**Post op/t4 dan**

**Post op/t5 dan**

**Post op/t6 dan**

**Paracetamol1gr.**

Udarnadoza 2 g 1 g x 4 1 g x 4 1 g x 4 1 g x 4 1 g x 4

1 g x 3

**Etorikoksib** 120 mg x 190 mg x 190 mg x 1 90 mg x 1 interventnadozainterventnadoza

**OksikodonSR**10 mg x 2 10 mg x 2 10 mg x 2

#### **Literatura:**

1. Apfel CC, Korttila K, Abdalla M et al (2004) A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *N Engl J Med* 350:2441–2451.
2. Apfel CC, Philip BK, Cakmakaya OS, Shilling A, Shi YY, Leslie JB, Allard M, Turan A, Windle P, Odom-Forren J, Hooper VD, Radke OC, Ruiz J, Kovac A. Who is at risk for postdischarge nausea and vomiting after ambulatory surgery? *Anesthesiology*. 2012 Sep;117(3):475-86.
3. Warren-Stomberg M, Brattwall M, Jakobsson JG. Non-opioid analgesics for pain management following ambulatory surgery, a review. *Minerva Anesthesiol*. 2013 Mar 19. [Epub ahead of print]
4. Jakobsson J. Preoperative single-dose intravenous dexamethasone during ambulatory surgery: update around the benefit versus risk. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2010 Dec;23(6):682-6.
5. De Oliveira GS Jr, Castro-Alves LJ, Ahmad S, Kendall MC, McCarthy RJ. Dexamethasone to prevent postoperative nausea and vomiting: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg*. 2013 Jan;116(1):58-74.
6. Franck M, Radtke FM, Baumeyer A, Kranke P, Wernecke KD, Spies CD. Adherence to treatment guidelines for postoperative nausea and vomiting. How well does knowledge transfer result in improved clinical care?. *Anaesthesist*. 2010 Jun;59(6):524-8.
7. Voigt M, Fröhlich CW, Waschke KF, Lenz C, Göbel U, Kerger H. Prophylaxis of postoperative nausea and vomiting in elective breast surgery. *J Clin Anesth*. 2011 Sep;23(6):461-8.

## Dodatak F: Kvalitet / Klinički pokazatelji

Paulo Lemos, MD, u suradnji s partnerima DSDP-a

### Uvod

Sve je veća svest o tome da je sposobnost procene i izveštavanja o kvalitetu od presudnog značenja za poboljšanje zdravstvenenege i ishoda za pacijente. Od zdravstvenih organizacija često se traži da daju podatke o mnogim aspektima njihove aktivnosti. Rezultati kliničkih indikatora omogućavaju vredne informacije za procenu učinka zdravstvenih usluga. Taj fokus na učinak javio se zbog sve veće konkurencije, najnovijeg fokusa na poboljšanje kvaliteta i sigurnosti, i sve većih zahteva za dokazima o učinku.

Osim rada koji je razvilo Australijsko veće za zdravstvene standarde (eng. ACHS Australian Council on Healthcare Standards) od 1989. godine, klinički pokazatelji još uvek nisu svetski prihvaćena sredstva za procenu kvaliteta. Popularnost dnevne hirurgije sve je veća zbog povezanih kliničkih, ekonomskih i društvenih prednosti. Niske stope štetnih događaja ili komplikacija uperioperativnom ili postoperativnom periodu dodatno opravdavaju brz razvitak dnevne hirurgije.

Ipak, ti hirurški programi moraju se stalno nadgledati kako bi se stanovništvo garantovale kvalitetne usluge. Kliničke pokazatelje, a pogotovo mere ishoda, zato treba uvesti kako bi se ostvarilo sigurno, efikasno i delotvorno okruženje dnevne hirurgije.

Utvrđivanje univerzalno prihvatljivih kliničkih pokazatelja kvaliteta u dnevnoj hirurgiji jedan je od najvažnijih ciljeva Međunarodnog udruženja ambulantne hirurgije (IAAS) a njegovo ostvarenje jedno je od glavnih postignuća u obezbeđivanju visokih standarda nege koje podstičemo u dnevnoj hirurgiji. IAAS je nedavno razvio evropski projekat pod nazivom Projekat o podacima iz dnevne hirurgije (eng. DSDP Day Surgery Data Project) koji finansira Evropska komisija a ima zaciľ da utvrdi i vrednuje pokazatelja i da razvije sistem informisanja o dnevnoj hirurgiji u Evropi. Ovaj projekat, takođe, predlaže analizu podataka o učinku dnevne hirurgije kao i zdravstvenih pokazatelja i na nivou međunarodne organizacije i na nivou zemalja članica.

### Klinički pokazatelji

Klinički pokazatelji su norme, kriterijumi, standardi i ostale direktne kvalitativne i kvantitativne mere koje se koriste u određivanju kvaliteta zdravstvene nege. Oni nastoje da opišu efekte nege na zdravstveno stanje pacijenata i stanovništva. Njih bi trebalo lako definisati i analizirati, moraju da budu kvalitetni i pouzdani, a izmereni pokazatelji bi trebalo da se pojavljuju sa izvesnom učestalošću i da odražava važan aspekt kvaliteta.

Za sveobuhvatan pregled pitanja kvaliteta, DSPD je utvrdio različite dimenzije učinka dnevne hirurgije, na primer, ulaz, karakteristike pacijenata, pristup, proces, izlazni rezultat, ishod, sigurnost, zadovoljstvo / reakcije pacijenata i troškovi / produktivnost. Odgovarajući pokazatelji koji pokušavaju da procene usluge dnevne hirurgije na nivou neke jedinice su podeljeni na listu bitnih (Tabela 1) i idealnih pokazatelja (Tabela 2).

Ovi pokazatelji zasnivaju se na definicijama koje je predložio IAAS za Ambulantnu hirurgiju / Dnevnu hirurgiju, obavljanje zahvata u ambulanti i Hirurgiju s kratkom hospitalizacijom kao i na listi niza postupaka koje bi trebalo uzeti u obzir kod izveštavanja na međunarodnom nivou (Tabela 3)

#### Tabela 1: Osnovni skup pokazatelja dnevne hirurgije na nivou jedinice dnevne hirurgije

**Pristup** - Srednje vreme čekanja za ukupnu listu svih postupaka i za svaki postupak pojedinačno

**Proces** - % pacijenata koje su prošli predanesteziološku procenu pre dnevnog hirurškog zahvata

**Izlazni rezultat** - Broj (i % nesamostalnih jedinica) elektivnih operacija obavljenih u dnevnoj hirurgiji za ukupnu listu elektivnih postupaka i za svaki elektivni postupak pojedinačno

**Ishod** - Stopa smrtnosti za određeno stanje u roku od 30 dana za pacijente koji su podvrgnuti bilo kom individualnom elektivnom postupku

% neplaniranih noćnih primanja

% neplaniranih primanja u bolnicu ili ustanovu za akutno lečenje u roku od 7 dana

**Sigurnost** - % primanja pacijenata u dnevnu hirurgiju kod kojih je operisano pogrešno mesto, kojima je operisana pogrešna strana, ili je pogrešan pacijent, pogrešan postupak ili implant

% infekcija hirurških rana

**Zadovoljstvo pacijenta / reakcije** - % zadovoljnih pacijenata

**Trošak i produktivnost** - % otkazivanja hirurških zahvata od strane pacijenta i to bez obaveštenja ("nije došao" ili "nije prisustvovao")

% otkazivanja zakazanog zahvata posle dolaska u jedinicu za dnevnu hirurgiju

#### Tabela 2. Idealan niz pokazatelja dnevne hirurgije na nivou jedinice dnevne hirurgije

**Ulaz** - Broj i % kreveta u dnevnoj hirurgiji / ukupan broj kreveta u dnevnoj hirurgiji (za nesamostalne jedinice)

**Pristup**- Srednje vreme čekanja za svaki od postupaka u jedinici za dnevnu hirurgiju

**Proces**- % pacijenata sa standardnom preoperativnom evaluacijom i ispitivanjima  
% pacijenata koji su prošli predanesteziološku procenu pre dnevnog hirurškog zahvata

**Izlazni rezultat**- Broj intervencija za svaki od postupaka i ukupan broj postupaka godišnje  
% elektivnih operacija obavljenih kao dnevna operacija po svakom od postupaka i ukupan procenat postupaka (za nesamostalne jedinice)

**Ishod**- Stopa smrtnosti za određeno stanje u roku od 30 dana za pacijente koji su podvrgnuti bilo kom postupku  
% neplaniranih noćnih primanja prema uzroku:  
hirurški  
anesteziološki/medicinski  
socijalni / administrativni  
% neplaniranih povrataka u operacionu salu u roku od 24 časa  
% neplaniranih ponovnih primanja u bolnicu ili ustanovu za akutno lečenje:  
u roku 24 časa  
u roku 7 dana

**Sigurnost**- Hirurški i anesteziološki štetni događaji u procentima:  
postoperativno krvarenje koje treba lečiti u roku od 2 časa i 24 časa  
neplanirana transfuzija  
kardiopulmonarni zastoj  
mučnina koja ne prestaje u roku 2 časa i 24 časa  
bol koja ne prestaje u roku od 2 časa i 24 časa  
% primanja u dnevnu hirurgiju kod kojih je operisano pogrešno mesto, kojima je operisana pogrešna strana,  
pogrešan pacijent, pogrešan postupak ili pogrešan implantat  
% primanja na jedinicu za dnevnu hirurgiju koji su pali u prostoru jedinice za dnevnu hirurgiju  
% infekcija hirurških rana  
% postoperativne sepse  
% pogrešnih lekova

**Zadovoljstvo pacijenta/reakcije** - % otpuštanja s pismenim prigovorima prema uzroku:  
klinički  
ponašanje lekara/osoblja  
organizacija

**Trošak i produktivnost**- % otkazivanja hirurških zahvata od strane pacijenta i to bez obaveštenja ("nije došao" ili "nije prisustvovao")  
% otkazivanja zakazanog zahvata posle dolaska u jedinicu za dnevnu hirurgiju  
prethodne bolesti  
organizacioni razlozi  
% iskorištenosti termina sale prema planiranim terminima saleza jednu nedelju  
% postupaka koji su započeti s kašnjenjem, tj. sa odgađanjem od > 30 minuta od termina hirurškog zahvata do stvarnog početka  
Srednje vreme operacije po svakom od postupaka za hirurški postupak

### Tabela 3: DSDP lista svih postupaka koji se zasnivaju na OECD hirurškim procedurama

13.1 – 13.7 Operacija očne mreže  
28.2 – 28.3 Tonzilektomija sa ili bez adenoidektomije  
38.5 Podvezivanje / izrezivanje varikoznih vena  
51,23 Laparoskopiska holecistektomija  
53.0 – 53.1 Preponska i bedrena kila  
60.2 Prostataktomija (transuretralna)  
68,51 Histerektomija (samo vaginalna)  
85,21 Operacija dojki  
85.4 Mastektomija  
80,26 Artroskopija kolena

Napokon, DSDP je razvio Osnovne (Tabela 4) i Idealne (Tabela 5) grupe pokazatelja za Nacionalni / Regionalni nivo sa posebnim ciljem da se omogućipoređenje učinka po zemljama.

### Tabela 4: Osnovni skup pokazatelja dnevne hirurgije na nacionalnom / regionalnom nivou

**Ulaz**- Broj i % jedinica za dnevnu hirurgiju prema državnom i privatnom vlasništvu:

- Integrisanih
- Delimično integrisanih
- Samostalnih

**Pristup**- Srednje vreme čekanja za ukupnu listu svih postupaka i za svaki od postupaka

**Izlazni rezultat** - % elektivnih operacija obavljenih u dnevnoj hirurgiji za ukupnu listu elektivnih postupaka i za svaki od elektivnih postupaka

**Ishod-** Stopa smrtnosti za određeno stanje u roku od 30 dana za pacijente koji su podvrgnuti bilo kom postupku  
% neplaniranih noćnih primanja  
% primanja na dnevnu hirurgiju vraćenih u operacionu salu u roku od 7 dana

**Sigurnost-** % primanja pacijenata u dnevnu hirurgiju kojima je operisano pogrešno mesto, kojima je operisana pogrešna strana, pogrešan pacijent, pogrešan postupak ili pogrešan implant

**Trošak i produktivnost-** Troškovi nege u dnevnoj hirurgiji kao apsolutna vrednost i % ukupnih zdravstvenih troškova

#### **Tabela 5: idealan skup pokazatelja dnevne hirurgije na nacionalnom / regionalnom nivou**

**Ulaz-** Broj i odnos sala namenjenih isključivo dnevnoj hirurgiji prema ukupnom broju sala

**Pristup-** Srednje vreme čekanja za ukupnu listu svih postupaka i za svaki od postupaka

**Proces-** % pacijenata koje su prošli predanesteziološku procenu pre dnevnog hirurškog zahvata

**Izlazni rezultat** % elektivnih operacija obavljenih u dnevnoj hirurgiji za ukupnu listu svih elektivnih postupaka i za svaki od elektivnih postupaka

Stopa smrtnosti za određeno stanje u roku od 30 dana za pacijente koji su podvrgnuti bilo kom postupku

% neplaniranih noćnih primanja prema uzroku:

hirurški

anesteziološki/medicinski

socijalni / administrativni

% neplaniranih povrataka u operacionu salu u roku od 24 časa

% neplaniranih primanja u bolnicu u roku od 7 dana

**Sigurnost-** % primanja pacijenata u dnevnu hirurgiju kojima je operisano pogrešno mesto, pogrešna strana, pogrešan pacijent, pogrešan postupak ili pogrešan implant

% prijema u dnevnu jedinicu zbog hirurške infekcije rane

% prijema u dnevnu jedinicu zbog postoperativne sepse

**Zadovoljstvo pacijenta/reakcija** - % pacijenata zadovoljnih dnevnim hirurgijom

**Trošak i produktivnost-** Troškovi nege u dnevnoj hirurgiji kao apsolutna vrednost i % ukupnih zdravstvenih troškova

### **Objašnjenje korišćenja različitih dimenzija pokazatelja učinka u dnevnoj hirurgiji**

#### **Pokazatelj ulaza**

Raspoloživost resursa je preduslov za pružanje usluga. Na nacionalnom nivou, jednostavne mere dodele resursa dnevnoj hirurgiji su brojke koje se odnose na broj i udeo jedinica za dnevnu hirurgiju i pritom se pravi razlika između integrisanih i samostalnih jedinica i broja sala potpuno namenjenih dnevnoj hirurgiji. Takve mere jasno ukazuju na to da li je efikasna politika promocije dnevne hirurgije uspešno strukturisana i sprovedena ili, u suprotnom, da li se hirurgijasmatra samo poslovanjem koje, kao i obično, ignoriše bitne prednosti dnevne hirurgije koje se odnose na sigurnost, zadovoljstvopacijenata i efikasnost.

#### **Pokazatelj pristupa**

Pristup se tiče dostupnosti jedinica za dnevnu hirurgiju u određenom geografskom području i populaciji a, šta je još važnije, pristup uključuje vreme čekanja između dijagnoze i odgovarajućeg zahvata. Pokazatelj pristupa "Prosečno vreme čekanja za sve zahvate i za svaki pojedini zahvat" meri koliko u proseku traje od zahteva za zahvat njegovog obavljanja. U kontekstu sve većih potreba za hirurškim uslugama zbog sve većeg broja stanovnika starije životne dobi i sve manjih javnih finansija, vreme čekanja je nezaobilazno pitanje. Njegova relevantnost proističe i izpolitičke osetljivosti; neke nacionalne zdravstvene službe omogućuju pravo pristupa njihovim uslugama uz maksimalno vreme čekanja. Step en poštovanja tog pravomora se budno pratiti.

#### **Pokazatelj procesa**

Procesi su zdravstvene aktivnosti koje obavljaju pružaoci zdravstvene nege pacijentima i za pacijente, npr. dijagnostička ispitivanja ili hirurški zahvat. Mere kliničkih procesa se beleže i analiziraju tamo gde se usluge pružaju a informacije o njima imaju značenje samo za najviše nivoe menadžmenta. "Procenat pacijenata koji su prošli predanesteziološku procenu pre operacije" je pokazatelj dobre organizacije usluga i svesti o uvek prisutnoj mogućnosti da se naštetipacijentima. Predanesteziološka procena sprečava i otkazivanja i komplikacije kod pacijenata čije su medicinskekontraindikacije otkrivene neposredno pre ili čak za vreme ili posle zahvata. Procenat pacijenata sa standardizovanim preoperativnim procenama i testovima ima sličan značaj.

#### **Pokazatelj izlaznog rezultata**

Pokazatelj izlaznog rezultata otkrivaju apsolutan obim aktivnosti koje se obavljaju u sistemu ili jedinici. Oni takođe mere i broj zahvata koji se vrše u dnevnoj hirurgiji u odnosu na broj zahvata koje bi trebalo obaviti po ovom pristupu. Zato je "procenat elektivnih operacija obavljenih kao dnevne operacije za ukupnu listu elektivnih postupaka i svaki pojedini postupak iz skupa" takođe pokazatelj koliko je lečenje odgovarajuće. To znači da on određuje stepen do koga učinak dnevne hirurgije postiže cilj da pruži zdravstvene usluge za oko 80% pacijenata kojima je potreban hirurški zahvat.

### **Pokazatelji ishoda**

Ishodi su povezani sa stepenom poboljšanja ili, u obrnutom slučaju, pogoršanja zdravstvenog stanja pacijenata kao posledice kontakta sa zdravstvom. Drugim rečima, ishod je posledica u smislu pozitivnih ili negativnih, kratkoročnih ili dugoročnih promena zdravstvenog stanja pacijenata, npr. smrti u roku od jedne nedelje nakon zahvata ili zdravstvenog problema, npr. preponske kile koja se i pet godina nakon zahvatai dalje leče.

I nacionalne i samostalne jedinice treba da uporede pokazatelj "Stopa smrtnosti u roku od 30 dana za pacijente koji su podvrgnuti zahvatu elektivne hirurgije". Taj pokazatelj treba razvrstati prema specijalnostima i po zahvatu jer je potpuno različit rizik od smrti kod operacije očne mrežne nego kod zahvata zamene kolena.

Ostale mere ishoda na listama su pokazatelji približnog stanja. To znači da koriste indirektno mere, koje se lakše prikupljaju i tumače, na primer, procenat neplaniranih primanja ili procenat pacijenata vraćenih u operacionu salu u roku od jedne nedelje, ali i dalje odražavaju dimenziju ishoda (i sigurnosti). Neplanirane hospitalizacije, primanja u bolnicu ili povratak u operacionu salu u roku od 24 časa ili nedelju dana posle zahvata dnevnehirurgije jasni su znakovi da su klinički ili administrativni procesi problematični. Korisnost približnih pokazatelja proizilazi i iz činjenice da su događaji koji se mere po njima mnogo uobičajeniji od smrti pacijenata. Neplaniranaprimanja ili vraćanja u bolnicu treba razmotriti i rešavati predstavljaju znake upozorenja za disfunkcionalne procese koje ne treba ignorisati. Slične epizode treba da podstaknu menadžere i medicinsko osoblje da dobro prouče pružanje usluga dnevne hirurgije i razmotre potrebu reorganizovanja struktura, procesa i procedura, kao i da po mogućnosti ponovo edukuju zaposlene.

### **Pokazatelji sigurnosti pacijenata**

Sigurnost podrazumeva pružanje usluga u odsustvu štetnih događaja koji mogu da se spreče i smatra se ključnim elementom lečenja još od vremena Hipokratove zakletve. Počevši od publikacije iz 1999. godine Instituta za medicinska istraživanja "Grešiti je ljudski", sigurnost pacijenata postala je tema koju savremeni sistemi lečenja ne mogu ignorisati. Brojne studije rasvetlile su činjenicu da su medicinske pogreške i štetni događaji u pružanju zdravstvenih usluga mnogo češći nego što se to mislilo i da se skoro polovina njih može izbeći. Osim štete za pacijenteovi ishodi, koji potencijalno mogu da se izbegnu, često produžavaju boravak i povećavaju troškove i tako značajno doprinose ekonomskim problemima zdravstvenih organizacija i čitavih sistema uključujući i dnevnu hirurgiju. Grešketakođe ugrožavaju kredibilitet pojedinih profesionalaca kao i timova, jedinica i celih institucija. Začarani krug grešaka, ponavljanja postupaka i finansijski pritisci praćeni daljim finansijskim problemima izazvanih troškovima ispravljanja grešaka i njihovih posledica, kao što su ponavljanje zahvata i duže hospitalizacije, postaje norma u bolnicama i ambulancama koje nisu u stanju ili ne žele da sistematično rešavaju pitanje sigurnosti pacijenata. To, međutim, nije slučaj sa organizacijama koje mogu da uspostave pouzdane službe u kojima je briga zbog mogućih neuspeha stalno prisutna. Sve u svemu, medicinske greške i štetne događaje bi trebalo pratiti.

Padovi, pogrešna mesta/strane/pacijenti dobro su dokumentovani, a opasni sigurnosni problemi bolničkog lečenja, zgusnut raspored s velikim brojem zahvata karakterističan za dnevnu hirurgiju izazivaju potrebu za nadzorom tih štetnih događaja i potencijalnih pretnji. Zato "Procenat primanja na dnevnu hirurgiju zbog pogrešnog mesta, pogrešne strane ili pogrešnog pacijenta, pogrešnog zahvata ili pogrešnog implanta" treba uključiti u svaku od četiri liste, a "Procenat primanja na dnevnu hirurgiju zbog pada unutar prostora jedinice za dnevnu hirurgiju" u idealniskup za jedinice za dnevnu hirurgiju. Sa izuzetkom osnovne liste za nacionalni nivo, pokazatelje za merenje učestalosti infekcija rana trebalo bi prikazati brojčano.

### **Troškovi / Pokazatelji produktivnosti**

Pokazatelji troškova odnose se na stvarne troškove dnevne hirurgije kao ukupan iznos ili relativan u odnosu na ukupne izdatke zdravstvene zaštite. Produktivna i efikasna usluga ne trpi hronične i značajne gubitke. Primeri mera za gubitke su "Procenat otkazivanja hirurških zahvata bez obaveštenja od strane pacijenta ("nije došao" ili "nije prisustvovao") i "Procenat otkazivanja zakazanog zahvata nakon dolaska u jedinicu za dnevnu hirurgiju". "Ponovljena odlaganjahirurških zahvata" i "Procenat otkazivanja zakazanih termina za operacione sale nakon dolaska u jedinicu za dnevnu hirurgiju".

„Ponovljene odgađanja hirurških zahvata" i "Procenat iskorišćenih termina operacione sale u odnosu na nedeljno planirane termine" su još neki slučajevi koje treba razmotriti. Ključni cilj za menadžere predstavlja korišćenje resursa na način koji čedoneti najveće rezultate. To je perspektiva ekonomista, tj. stalni pokušaji postizanja boljih rezultata imajući u vidu raspoloživeresurse.

### **Pokazatelji zadovoljstva pacijenata**

Sistemi zdravstvene zaštite i pojedine organizacije koje pružaju zdravstvene usluge postoje zato da rešavaju zdravstveneprobleme stanovništva. Suština stalnog poboljšanja kvaliteta je usmeravanje organizacije ka zadovoljenju potreba i očekivanja njezinih klijenata. Neki građani i stručnjaci ne vole da koriste reč "klijenti" ali korišćenje tog naziva je manje značajno od toga da korisnik bude u centru pružanja usluge.

Za stvaranje i održavanje kvalitetne zdravstvene zaštite bitno je detaljno razumevanje klijenata i njihovih potreba. Uspostavljanje organizacije usredsređene na klijenta podrazumeva istinsku i konstantnu privrženost odmeravanju, razumevanju zadovoljavanju očekivanja klijenata. Kao i kod svake preorijentacije organizacije, prilagođavanje na sistem orjentisan na klijenta podrazumeva promenu njene kulture, zajedničkog razumevanja razloga za njeno postojanje i procesa koji se koriste za obavljanje posla. Paternalistička i birokratska organizacija ostaje neosetljiva na klijente i još uvek ima šanse da usvoji instrumente za procenu zadovoljstva klijenta da bi mogla, bar na rečima, da bude politički korektna.

DSDP-ov skup osnovnih pokazatelja na nacionalnom nivou ne sadrži nijedan pokazatelj za zadovoljstvo pacijenta a to imasmisla jer varijabilnost jedinica i područja je široka, a prosečna mera bi prekrila tu nepodudarnost. Lista bitnih stavki za neku jedinicu ambulantne hirurgije sadrži generičku meru ukupnog zadovoljstva uslugom. Isti pokazatelji preporučaju se za idealan skup na nacionalnom nivou dok se relativna učestalost otpuštanja uz pismeni prigovor na kliniku, ponašanje medicinskog osoblja i organizaciju smatra korisnom za tu jedinicu.

Očito je da se zadovoljstvo pacijenata treba standardizovati u svim sistemima i jedinicama i da ono podrazumeva i specifičnije mere koje treba analizirati u određenoj situaciji. Na primer, još jedan koristan pokazatelj može da bude procenat pacijenata koji bi prijateljima preporučili iste usluge.

### **Zaključak**

Uz stalan rast dnevne hirurgije, procena raznih dimenzija programa dnevne hirurgije u celini postaje sve važnija za postizanje sigurnih, efikasnih i delotvornih, veoma kvalitetnih hirurških programa usredsređenih na pacijenta, koji su usmereni na veoma zadovoljnu populaciju. Uvođenje kliničkih pokazatelja u praksu dnevne hirurgije može da odigra presudnu ulogu u postizanju tih ciljeva. Istraživanje ishoda novih razvoja dnevne hirurgije mora da se nastavi u budućnosti sciljcem stalnog poboljšanja kvaliteta lečenja pacijenata.

### **Dodatna literatura**

#### **Day Surgery Data Project. Final Report, 2012. (<http://www.dsdp.eu>)**

Lemos P, Barros F (2011). Outcome measures. In: Day Case Surgery, Smith I, McWhinnie D, Jackson I (eds), Oxford University Press (OUP), United Kingdom. Chap 16.

Lemos P, Regalado AM (2006). Patient Outcomes and clinical indicators for ambulatory surgery. In: Lemos P, Jarrett P, Philip B, eds. Day Surgery, Development and Practice, International Association for Ambulatory Surgery, Porto. Chap 12.

Australian Council on Healthcare Standards (2008). Australasian Clinical Indicator Report 2001-2007: determining the potential to improve quality of care, 9<sup>th</sup> edn.

([http://www.achs.org.au/pdf/AustralasianClinicalIndicatorReport\\_9thEdition\\_FullReport.pdf](http://www.achs.org.au/pdf/AustralasianClinicalIndicatorReport_9thEdition_FullReport.pdf))

British Association of Day Surgery (2009). BADS Directory of Procedures, 3<sup>rd</sup> edn.

Healthcare Commission (2005). Acute hospital portfolio review, Day Surgery.

(<http://www.healthcarecommission.org.uk>)

Ministerio de Sanidad Y Consumo. España (2008). Manual de Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación.

Shnaider I, Chung F. Outcomes in day surgery. Curr Opin Anaesthesiol 2006 ; 19 : 622-9.

Wu CL, Berenholtz SM. Systematic review and analysis of postdischarge symptoms after outpatient surgery.

Anesthesiology 2002; 96: 994-1003.

Deutsch N, Wu CL. Patient outcomes following ambulatory anesthesia. Anesthesiology Clin N Am 2003; 21: 403-15.

Smith I, Cooke T, Jackson I, Fitzpatrick R. Rising to the challenges of achieving day surgery targets. Anaesthesia 2006; 61: 1191-9.

## **Dodatak G: Osnivanje formalnog udruženja**

T. Naresh Row, MS, PhD (Opšta hirurgija) Konsultant hirurg i specijalista dnevne hirurgije, Centar za jednostavnu hirurgiju Mumbai, India. Predsednik Indijskog udruženja za dnevnu hirurgiju.  
E-mail: [nareshrow@hotmail.com](mailto:nareshrow@hotmail.com)

Bitno je razmotriti lokalne zdravstvene politike i pružanje zdravstvenih usluga kad se razmišlja o osnivanju formalnog udruženja a zatim to povezati s IAAS-om. Ja ću se, zbog toga, osvrnuti na sledeće aspekte našeg puta.

1. Zdravstveni sistem u Indiji.
2. Potreba za udruženjem.
3. Kako to pokrenuti.
4. Predstojeći izazovi.
5. Međunarodna izloženost.
6. Budući planovi.

### **Zdravstveni sistem u Indiji:**

Za početak treba da se jasno utvrdi kakav je zdravstveni sistem koji se sprovodi u Indiji. Šire gledano, postoji javno zdravstvo, odnosno ono koje finansira država; to finansiranje može da bude lokalno/državno/centralno finansiranje. Trenutno ono iznosi oko 1,9% BDP-a. Te institucije koristi oko 40% našeg stanovništva.

Privatna zdravstvena nega opslužuje oko 60% pacijenata, što iznosi gotovo 4% BDP-a. Zdravstveno osiguranje još je u početnim fazama i pokriva samo 5% stanovništva zemlje. Oko 10% ima drugenačine povraćaja troškova. To znači da 85% pacijenata svoje zdravstvene usluge plaća iz vlastitog džepa što Indiju čini jednom od najjače privatizovanih zdravstvenih sistema u svetu.

Sve veći troškovi života nisu nikoga mimoišli. Stopa inflacije je rekordno visoka, a to nije zaobišlo ni zdravstvo. Zato je većina pacijenata u potrazi za lečenjem koje može da priušti. Situacija u Indiji je takva da se vidi konstantan porast brojanstanovnika koji žive ispod granice siromaštva, i koji bivaju odbijeni zbog troškova zdravstvene nege. Pokrenute su vladine mere zasiromašne s određenim uspehom ali ni one nisu bez mana. Međutim, to je bar početak. Zato je logično prilagoditi se dnevnoj hirurgiji kao načinu pružanja visoko kvalitetnih, povoljnih i planiranih hirurških zahvata.

### **Potreba za udruženjem:**

Dnevna hirurgija kao takva nije nam novost. Sve specijalizovane vrste hirurgije odvajkada su koristile dnevnu hirurgiju u nekomobliku. Međutim, sveukupno gledano, mi i dalje koristimo taj koncept sve do raspona od oko 10% za sve elektivne operacije.

Glavni uzrok ovih loših brojki je nedostatak saznanja o dnevnoj hirurgiji. Pacijenti ne znaju da postoji entitet kao što je dnevna hirurgija. I hirurzi vide dnevnu hirurgiju kao hirurgiju koja je ograničena na manje zahvate. Ipak, mnogi hirurzi su, zbog svog iskustva i izloženosti, obavljali operacije iz oblasti ambulatne hirurgije ali oni nemaju načina da pacijentima približe njezin koncept. Većina hirurga pokušava i odustane, misleći da ako je pacijentu udobnije u bolničkom krevetu, neka tako i bude, zašto forsirati nešto drugo? Međutim, sve veći broj pacijenata traži raniji otpust kući iz raznih razloga. To predstavlja veliku podršku za hirurge, međutim oni traže i potvrdu, da je to što rade u redu. Oni traže platformu putem koje bi mogli da razmenjuju i delesvoja iskustva. Nešto bolje od bezličnog bloga ili stranice na Facebooku. Tu dolazi do izražaja važnost Udruženja.

Svrha Udruženja je okupljanje istomišljenika pod isti barjak. Ono postaje naučni klub za razmenu ideja.

Zadovoljni ste saznanjem da više vama sličnih ljudi praktikuje dnevnu hirurgiju i da niste usamljeni; tako zasnivate sistem podrške. Vaša ideja poprimila je oblik. Zakonska potvrda u obliku službenog tela hirurga koji praktikuju dnevnu hirurgiju poput vas. Postajete član i imate osećaj pripadnosti, drugačiji ste, možete da pokrenete svoje ideje i da koristite udruženje za širenje dobrih vesti. Nešto što vam je oduzelo neverovatan individualni napor, sada se pretvara u zajednički poduhvat. Sada može da se stvori svest. Svest kod hirurga i pacijenata.

### **Kako to pokrenuti:**

Kada ideja o stvaranju organizacije poprimi obličje, nameće nam se nekoliko pitanja o tome kako je pokrenuti? Koji bi bili naši ciljevi? Hoćemo li da budemo uspešni u postizanju naših ciljeva? Najvažnija odluka bila je osnivanje Udruženja a kad se to obavi očekuju se odgovori na ta pitanja.

Zato smo krenuli korak po korak.

Prvi korak bila je odluka o osnivanju Udruženja. Nakon nekoliko telefonskih poziva i sastanaka oko 30 hirurga raznih



specijalnosti se složilo da je to dobra ideja i bili su spremni za osnivanje Udruženja, pa je kreiran logotip i dat je naziv; takosmo dobili izvršno veće od 30 lekara! Drugi korak bio je prikupljanje sredstava. Sastavili smo formular za članstvo iprikupljali članarine. U Indiji se članarina plaća jednokratno a ne na godišnjem nivou. Svi su krenuli u potragu za donatorima /sponzorima. Bilo je to teže nego što smo zamišljali.

Treći korak bio je sastavljanje statuta s osnovnim ciljevima, i odlučili smo da pregledamo statute drugih organizacija i da usvojimo jedan s izmenama. Statut je potom prosleđen svim izvršnim članovima i unesene su odgovarajuće izmene.

Četvrti korak bila je registracija Udruženja. Prijavu organizacije kod nadležnih vlasti bilo je lakše reći nego obaviti. Teško, ali ne nemoguće. Potrošeno je puno vremena, obavljeno nekoliko sastanaka sa službenim licima i službeno smo osnovani. Od tog momenta, svaki član je bio poverenik. Akcionar u neprofitnoj kompaniji.

Peti korak ogledao se u privlačenju većeg broja članova. Prikupljene su liste i adrese članova iz postojećih specijalističkih udruženja i poslata su im pismena obaveštenja. Usmeno učlanjivanje pokazalo se bržim, svaki član izvršnog veća imao je zadatak da učlani najmanje 5 članova.

Šesti korak bio je pokretanje akademske aktivnosti. Organizovana je prva nacionalna konferencija. Određeno je vreme i mesto, imenovan organizacioni odbor i bili smo spremni. U vreme prve konferencije imali smo 100 doživotnih članova. Na predstavljanju je zvanično osnovano naše ogromno izvršno veće, i pokrenuto je izdavanje časopisa zadnevnu hirurgiju 'The Day Surgery Journal of India' i Protokola Centra za dnevnu hirurgiju ('Protocols of a Day CareSurgery Center' (Priručnik o protokolima centra za dnevnu hirurgiju). Za vreme zajedničkog sastanka usvojili smo statut i saopštili odlukekojima je izvršno veće imenovano na period od 5 godina. To se tada smatralo potrebnim jer je trebalo obaviti mnogoposla i pre nego što se Odbor promeni trebalo je realizovati mnoge ideje i ciljeve što bi se uz sadašnji tim ostvarilo brže.

Za vreme konferencije, uz razmenu naučnih podataka, razmatrani su načini širenja svesti o dnevnoj hirurgiji među lekarima i pacijentima.

#### **Izazovisa kojima smo se suočili:**

Tvrdomorne ideje o veličini 'hirurgije' toliko su usađene u pacijente i njihovu rodbinu da je svako spominjanje promene od3 do 5 dana hospitalizacije ili čak do vremena vađenja šavova, naišao na negodovanje. Kako promeniti ustaljeno mišljenje, pitali smose.

Izazov je bio uspostaviti sigurnost i ostvarivost dnevne hirurgije.

Bilo je teško zainteresovati više članova za ideju dnevne hirurgije jer se uvek iznova postavljalo pitanje još jedne organizacije. Oni skeptični su se pitali u čemu je stvar. Kakve veze ima da li idete kući istog ili sledećeg dana? Bilo je teško odgovoriti na to. Podizanje svesti o konceptu, i onjegovom korišćenju u punom obimu predstavljalo je izazov. Tada je odlučeno da ćese organizovati sve više konferencija, radionica i programa za podizanje svesti u cilju suočavanja sa tim izazovima.

Članovi izvršnog veće podstaknuti su na učestvovanje u što većem broju konferencija i predstavljanju koncepta dnevnehirurgije kolegama. Članovi su podstaknuti da organizuju predavanja i učlanjujušto veći broj članova.

Indijski časopis za dnevnu hirurgiju objavljivan je svake godine i izdavao se za vreme konferencije. U početku je bilo teško pronaći članke za objavljivanje jer se malo toga obavljalo u dnevnoj hirurgiji. Pozvani su međunarodni autori da šalju svoje članke. Čitali smo o dnevnoj hirurgiji u raznim delovima sveta. Bilo je to ohrabrujuće. Polako ali sigurno počelo je slanje članaka s dovoljno podataka o dnevnoj hirurgiji. Uspeli smo!

#### **Međunarodna izloženost:**

Zapravo nas je članak objavljen u časopisu BADS predstavio svetu dnevne hrirgije. Poziv na učestvovanje na međunarodnoj konferenciji IAAS-a i na održavanje predavanja članova IAAS-a bili su od velike pomoći. IAAS je preko vodećih članova pružao veliku podršku inicijativi za održavanje naših nacionalnih sastanaka.

Priključivanje IAAS-u, u početku kao dopisni član a zatim i kao punopravi, bilo je izazov sam po sebi. Pitanja prikupljanja sredstava za plaćanje godišnjih članarina (što je za nas predstavljalo novost), kao i izbor dvoje predstavnika koji ćeučestvovati i donositi materijale koji će se deliti našim članovima bio je nov zadatak.

Sve u svemu, legitimitet statusa organizacije koja je na pravom putu bio je veoma važan, a to smo postigli članstvom u IAAS-u.

**Budući planovi:**

Interakcija s lokalnim i nacionalnim vlastima u uvođenju raznih šema uspostavljanja dnevne hirurgije kao norme za nekoliko odabranih operacija je trajan proces i izazov.

Regionalna saradnja sa susednim zemljama u području dnevne hirurgije stvorila bi pozitivan uticaj na metodologiju vođenja hirurgije kod odabranih pacijenata u raznim zemljama.

Medicinski turizam, kao veoma perspektivna i izazovna grana privrede, imao bi koristi od ujednačenog obavljanja hirurških usluga po međunarodnim standardima. Ustanovljeno je da, umnogim zemljama, nekoliko rutinskih operacija mora da čeka na red jer se prioritet daje hitnim slučajevima.

U ovoj fazi je bitno da postoji akreditaciono telo za uvođenje ujednačenosti i postavljanje standarda lečenja kao i optimizaciju centara za dnevnu hirurgiju u celoj zemlji. Ulažu se naponi da se osnuje odbor koji bi se sastojao od članova Udruženja i Organizacije za kontrolu kvaliteta radi postavljanja normi za sve zainteresovane za osnivanje centara za dnevnu hirurgiju.

## **Dodatak H: Uloga nege u ambulantnoj hirurgiji**

Wendy Adams, sekretar, Savet za dnevnu hirurgiju Australije

Medicinske sestre mogu da imaju veoma bitnu ulogu u pružanju pomoći i podrške hirurgu i/ili anesteziologu u proceni i edukaciji u fazi pre prijema pacijenta. Sestrinsko osoblje omogućava pouzdano prikupljanje i beleženje medicinske istorije pacijenta štopomaže medicinskoj ekipi. Jednako je važno što time pomažu i pacijentu i njegovom negovatelju (kad je prisutan) pružajućimu obaveštenja o postupku i onome šta će se događati za vreme i posle operacije – to pomaže u neometanom iuspešnom otpuštanju posle operacije/zahvata. Osim toga, skraćuje se vreme koje je potrebno medicinskom timu.

U idealnim uslovima, to se obavlja mnogo pre dana prijema kao pomoć pri planiranju. Neke jedinice to organizuju tako da se to obavi odmah nakon konsultacija sa hirurgom ali se može organizovati i kasnije, bilo licem u lice u klinici, prijemnoj ambulanti ili telefonom. Medicinska sestra može da vodi preliminarnu procenu pre ili posle procene anesteziologa.

Kao što je već ranije navedeno u ovom priručniku, u obzir treba uzeti niz aspekata.

### **Socijalna procena**

Ko će biti kod kuće kao pomoć za pacijenta? Mnoge žene koje su imale ginekološke hirurške zahvate otpuštaju se kući gde borave mala deca. Uvođenjem minimalno invazivnih zahvata nema vidljivih rana i zavoja, a članovi porodice možda neće razumeti težinu stanjamajke jer nema vidljivog znaka operacije ili su oni ograničeno vidljivi.

U slučaju starijih pacijenata (npr. operacija očne katarakte), postavlja se pitanje, da li je negovatelj još stariji i vidi još slabije? Medicinska sestra često može da dobije informacije i da ih podstakne da zatraže alternativne načine pomoći za pacijenta nakon otpuštanja kući. Vreme prijema takođe se može potvrditi i nije neuobičajeno da se menja redosled zahvata u operacionoj sali (kada je raspored primanja pretrpan) kako bi se prilagodio potrebama transporta pacijenta. Ostale posebne informacije koje medicinske sestre mogu dobiti za vreme preliminarne procene uključuju i bilo koje posebne potrebe – na primer, strah od igle.

### **Medicinska procena**

Medicinska sestra može da potvrdi da je pacijent dao sve potrebne informacije. npr. pacijenti možda neće navesti da imaju povišen krvni pritisak iako trenutno uzimaju lekove za visok pritisak. Takođe, one mogu dobiti više informacija o prošlim operacijama i anestezijama, alergijama, infekcijama kod pacijenta i članova njegove porodice kao i daim ukažu zašto je neophodno da kažu koje sve lekove uzimaju (uključujući tu i dopunske lekove, rekreativne ili lekove koji se uzimaju bez recepta).

### **Edukacija**

Pacijentima su potrebne informacije u različitim formamakoje bi podržavale ceo tok lečenja uključujući i fazu pre prijema.

Najvažnije informacije u ovoj fazi o instituciji uključuju mesto i parkiranje. U idealnom slučaju pacijenti su već dobili brošuru s kartom pa bi ovo moglo da bude samo potvrda da su razumeli informacije. Takođe je važno objasniti da li je moguće da negovatelj/ili porodica čekaju s pacijentom pre ulaska u salu i koliko je članova porodice prikladno da uđu spacijentom.

U ovoj fazi najlakše je organizovati planiranje otpuštanja. Informacije koje su potrebne pre početka planiranja uključuju razdaljinuputa do kuće, transport, procenjeno vreme otpuštanja (npr. mrak, promene godišnjih doba). Mnogo se raspravlja otome šta je to što predstvalja predalek put do kuće. Kao što je već ranije navedeno u priručniku, u nekim ustanovama postoje protokolilpo kojima se pacijent sme otpustiti kući samo ako je udaljen najviše sat vremena.

Ostale informacije koje treba dati u ovoj fazi uključuju utvrđivanje da postoji negovatelj, kakokontrolisati bolove, nivo aktivnosti posleotpuštanja (uključujući tu i vožnju), kao i odeću za otpuštanje. Potvrda da će negovatelj biti dostupan u ovoj ranoj fazi je veoma važna jer je potrebna određena reorganizacija (ili promena rasporeda) da bi se osigurala njegova dostupnost. Kontrola bola i korištenje alternativnih metoda kao što su jastučići s ledom, sling i odmor mogu se razmotriti u ovoj fazi, a pacijenti ih često navode kao korisne ali ih kolege hirurzi i anesteziolozi često previde. Važno je da pacijent (i porodica) budu svesni da iako ih otpuštaju kući i dalje im je potreban odmor i oporavak. Medicinske sestre često mogu da razmotre (i procene) očekivanja i vremenske okvire vraćanja u normalnu aktivnost. Starijim pacijentima se savetuje da ostavesvoje odelo, kopče, kravate, remenei kućne haljine i da nose ležernuodeću ili trenerku. Pacijenti koji imaju blokiranu ruku ili operaciju na jednoj šaci mnogo će se udobnije osećati u

pantalonama ili suknji na navlačenje. Pacijenti koji operišu lice i glavu lakše će nositi košulje na kopčanje nego majice na navlačenje preko glave. Cipele na nazuvanje umesto na šniranje takođe su jednostavnije iako to baš i nije najpametniji izbor ukoliko su potrebne štake. Ostale informacije kojese tiču zahvata kao što su previjanje, drenaža i kontrolni pregledi posle otpuštanja takođe se mogu navesti u ovoj fazi.

Vreme kada počinje dijeta i ostali preoperativni postupci mogu se sada sprovesti ili naglasiti. Ako pacijent razume važnost izražavanja dijete, lakše će se pridržavati uputstava.

Veoma je važno sve ovo dokumentovati. Datum, vreme i uključeno osoblje moraju biti dokumentovani radi buduće evidencije. Kontrolna lista pre prijema predstavlja efikasan način da budemo sigurni da su sva područja pokrivena a potrebno je ostaviti i prostor za dodatne komentare. Takođe treba da postoji indikator da li je potrebna buduća kontrola i ko će je vršiti. Ova dokumentacija je bitan deo zdravstvenog kartona i treba da se koristi za vreme prijema i lečenja pacijenta i od strane medicinskog i negovateljskog osoblja.

## **PRIJEM**

Ovo bi trebalo da bude veoma jednostavan proces gde sestra na prijemu potvrđuje niz stavki uključujući moguće promene od konsultacija pre prijema, perioda dijete, uzimanja lekova i planiranja otpuštanja. Takođe se uzima i zabeležava i skup osnovnih zapažanja. Pacijenti se tada presvlače u odgovarajuću odeću za operacionu salu i obavljaju sepreoperativne pripreme. U ovoj fazi je potrebno ohrabriti pacijenta i opet naglasiti neke već date informacije. Ponavljamo, dokumentacija je veoma važna a jednostavne kontrolne liste korisne su za pomoć u pridržavanju datih uputstava.

## **OPERACIONA SALA**

Postoji samo nekoliko razlika za sestrinsko osoblje koje radi u operacionoj sali u kojoj se vrši dnevna hirurgija. To podrazumeva ohrabrivanje pacijenata kome se daje lokalna anestezija ili blaga sedacija, kao i izbor zavoja. Medicinske sestre često vode računa o zavojima i drenažnim cevčicama tako da moraju biti svesne da će ti pacijenti uskoro biti otpušteni i da će morati da znaju kako darukuju njima kod kuće. Nepromočivi zavoji omogućiće pacijentima da se istuširaju/okupaju kad se vrate kući.

## **OPORAVAK**

Prva faza oporavka slična je kao iza pacijente koji će prenoćiti u bolnici. Kao što smo već naveli u priručniku, kontrola bola zahteva multimodalni ili uravnotežen pristup, a korišćenje lokalnih anestetika, NSAID sredstava i opijata kratkotrajnog delovanja predstavlja idealan izbor. Međutim, ako je potrebna analgezija, bitno je da medicinske sestre uzmu u obzir da će pacijenti uskoro biti otpušteni pa je veoma važno da rade zajedno s anesteziologom. U ovoj fazi takođe je bitno rešavanje eventualne postoperativne mučnine i povraćanja (PONV).

Formalni kriterijumi otpusta iz 1. faze oporavka u 2. fazu oporavka (bolnički kreveti ili odeljenje za dnevno lečenje) pomoćće sestrama u donošenju odluka tako da anesteziolozi neće morati da ih revidiraju. Procena zasnovana na rezultatu a ne navremenu osigurava da pacijenti kojima je potrebno više pažnje mogu i da je prime dok oni koji se dobro oporavljaju mogu da pređu u sledeću fazu. I opet, dokumentacija je veoma važna.

Druga faza oporavka može se obaviti na istoj lokaciji kao i prva, ili na nekoj drugoj, bilo u okviru jedinice ili u drugom prostoru bolnice, što zavisi od ustanove. Mogu biti na bolničkim kolicima ili u krevetu; obe varijante imaju svojih prednosti i nedostataka.

Uloga medicinske sestre veoma je važna za nastavak rešavanja postoperativnog bola i PONV-a. Tokom tog vremena, negovatelj pacijenta može biti uz njega u jedinici i u toj fazi se dodatno edukuju i pacijent i negovatelj. I opet, kriterijumi koji se zasnivaju na rezultatu a ne na vremenu osiguravaju da pacijente kojima je potrebno više pažnje mogu da je i prime dok oni koji se dobro oporavljaju mogu da pređu u sledeću fazu. Takođe pomažu kod otpusta koji 'vodi medicinska sestra' umesto da se čeka da medicinski tim pregleda pacijenta na kraju njegove/njene operacione liste. To pruža pomoć i u vezi sa raspoloživošću kreveta/bolničkih kolica i doprinosi većem zadovoljstvu pacijenata i omogućava njihovo što brže vraćanje kući u vlastito okruženje.

Kao što je već pomenuto, u ovoj fazi mogu da se posluže osveženja, a sestrinsko osoblje može da proceni da li su pacijenti adekvatno hidratizovani i da li su dovoljno svesni da se mogu otpustiti i bez provere da li mogu da uzimaju hranu i tečnost.

Treba napomenuti da mada pacijent može biti spreman za otpuštanje posle anestezije, sama vrsta operacije može zahtevati da ostanu u bolnici duže, a sestrinskom timu će biti potrebna jasna uputstva o tome.

I opet, dokumentacija je veoma važna.

### **OTPUŠTANJE**

Kad se pacijent smatra spremnim za otpuštanje medicinska sestra će proveriti da li pacijent i/ili negovatelj ima sve potrebne informacije kako bi mogao nastaviti s oporavkom kod kuće. Zahtevi za otpuštanje i podrška pacijentu već su ranije navedeni u priručniku. Važno je imati u vidu činjenicu da pacijent možda neće uspeti da zapamti razgovor, a da će negovatelj biti podutiskom okruženja. Vrsta preliminarnе procene i edukacija će određivati da li su potrebne samo pomoćne informacije u ovoj fazi (što je idealan scenario) ili je potreban opsežan edukativni sastanak.

U svakoj fazi medicinska sestra treba da bude u mogućnosti da kontaktira medicinski tim ukoliko je bilo šta brine u vezi oporavka pacijenta ili spremnosti za otpuštanje; ponavljamo, dokumentacija je veoma važna.

### **KONTROLA POSLE OTPUSTA**

Medicinske sestre mogu da igraju veoma važnu ulogu u kontroli posle otpuštanja ili telefonom ili u postoperativnim ambulancama. To pomaže ne samo u praćenju kvaliteta, kao što je pre navedeno u priručniku, nego omogućava medicinskoj sestri da proceni da li je potrebna i dodatna edukacija ili podrška. Mogu da provere da li pacijent podnosi hranu i tečnost, da li se bol adekvatno kontroliše, da razmotri sva pitanja koja se tiču zavoja i da se uvere da se pacijent dobro snalazi u svom okruženju.

### **KOMPETENCIJE**

Napokon, šta je to što izdvaja dobru medicinsku sestru u dnevnoj hirurgiji? Medicinske sestre u operacionoj sali i 1. Fazi oporavka mogu lako da pređu u negu pacijenata iz dnevne hirurgije uz određenu edukaciju o razlikama i ponovnu potvrdu medicinske ekipe da je ta vrsta zahvata i anestezije odgovarajuća za dnevnu hirurgiju.

Medicinske sestre s iskustvom u hirurškoj nezi preći će na primanje pacijenata u dnevnoj hirurgiji uz potvrdu da neće morati da obavljaju niz zadataka koje se tradicionalno zahtevaju za pacijente na noćenju i da su njihove kolege (i sestre i lekari) adekvatno procenili prikladnost pacijenta.

Medicinske sestre uključene u predprijem, otpuštanje i kontrolu posle otpuštanja obično su najiskusnije hirurške sestre koje imaju izvrsne komunikacione veštine i vole da uče. Od njih se traži da za kratko vreme procene niz područja, često preko telefona kada ne mogu da koriste govor tela kao pomoć u proceni.

Verujem da je dobra medicinska sestra za dnevnu hirurgiju jedna od najboljih uopšte, odlična medicinska sestra u dnevnoj hirurgiji vredi zlata.