

Celostna obravnava otroka na oddelku intenzivne terapije

Holistic approach to the child in pediatric intensive care

Danijela Prelogar, Matjana Koren Golja

Izvleček

Oddelek pediatrične intenzivne terapije je kompleksno okolje, kjer so otroci, starši in zdravstveno osebje izpostavljeni najrazličnejšim izkušnjam. Kritično bolni otroci lahko med zdravljenjem v bolnišnici doživijo nelagodje ter so hkrati nadvse ranljivi in odvisni od zdravstvenega osebja, ki prepozna njihove potrebe. S celostno obravnavo omogočimo kakovostno zdravstveno nego, povečamo zadovoljstvo otrokove družine in poskrbimo za dobro počutje osebja.

Ključne besede: celostna obravnava, otrok, oddelek intenzivne terapije, kakovost, varnost, zdravstvena nega.

Abstract

The pediatric intensive care unit is a complex environment where children, their parents and healthcare professionals have personal experiences. Critically ill children may experience various discomforts during their stay; they are vulnerable and dependent on healthcare professionals to acknowledge their needs. Therefore, they should be approached from a holistic perspective, which improves the quality of care and increases the satisfaction of children's family and staff well-being.

Keywords: holistic approach, child, intensive care unit, quality, safety, nursing care.

Uvod

Zdravljenje otroka na oddelku intenzivne terapije vpliva na otroka in na njegove starše. Otroci se med zdravljenjem pogosto srečujejo z neprijetnimi učinki zaradi invazivnih postopkov. Neustrezno oziroma nezadostno zagotavljanje udobja lahko vodi v številne dolgotrajne škodljive učinke, vključno z nezaupanjem v zdravstveno osebje, bolj intenzivnim odgovorom na bolečino, negativnimi kognitivnimi in čustvenimi izkušnjami ter psihosocialnimi zdravstvenimi težavami (1).

Oddelek intenzivne terapije je prostor, kjer so tako starši otrok kot medicinske sestre (MS) pogosto izpostavljeni zahtevnim odločitvam, ki povečajo nelagodje in tesnobo ter hkrati vključujejo čustva kot so osamljenost, žalost, jeza in sram.

V družino usmerjena skrb in celostna obravnava zagotavljata najboljšo zdravstveno oskrbo hospitaliziranega otroka in njegove družine. Celostna obravnava temelji na kontinuirani kakovostni in varni zdravstveni oskrbi, lajšanju bolečine in drugih simptomov, primerni komunikaciji z otrokom in njegovo družino ter podpori družine pri etičnih odločitvah in pri žalovanju ob bolečih izgubah.

Kakovost in varnost zdravstvene oskrbe

Zagotavljanje in nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe je v državah Evropske unije prednostna dejavnost, zato tudi Slovenija skuša upoštevati mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti ter širše cilje, ki vplivajo na celotno družbo. Mednje uvrščamo uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na bolnika. Slednje zagotavlja spoštovanje bolnikovih vrednot, njegovih pravic in potreb, željo po izbiri in obveščenosti, primerno okolje in prisotnost tretjih oseb.

Pri obravnavi se vedno vprašamo, ali bolnike zdravimo tako, kot bi zdravili lastne starše ali otroke. Pri tem upoštevamo osem načel, ki so:

- dostojanstvo in spoštovanje;
- partnerstvo z bolnikom ob upoštevanju njegovih vrednot in izbire;
- čustvena podpora,
- telesno udobje;
- dvosmerna odprtost informacij med zdravstvenim osebjem in bolnikom ter izobraževanje bolnika;
- neprekinjena in koordinirana zdravstvena obravnava;
- sodelovanje bolnika in svojcev pri zdravstveni obravnavi;
- dostopnost zdravstvene obravnave (2).

Skupino pravil, postopkov in dogovorov imenujemo protokol. Protokoli nam pomagajo pri varni in kakovostni oskrbi otroka in narekujejo dogovorjeno zaporedje ukrepov, ki omogočajo enako obravnavo vseh otrok. Ker protokoli niso končna in edina doktrina, je pomembno, da obravnavo prilagodimo okoliščinam, v katerih se nahajamo. Za večjo varnost zaposlenih in bolnikov so bile oblikovane smernice, ki olajšajo neposredno klinično delo in pomagajo, ko se zdravstveno osebje znajde v strokovnih dilemah glede nekega postopka. Klinične smernice so priporočila, ki zdravstveno osebje usmerjajo k učinkoviti izvedbi določenega postopka oziroma intervencije. Poudariti moramo, da ne nadomestijo izkušenj zdravstvenega osebja, temveč pomagajo pri odločanju o najboljših ukrepih pri posameznem otroku (3).

Kultura varnosti pomeni, da se vsak zaposleni zaveda, da gredo stvari lahko narobe. Zato deluje tako, da ugotavlja tveganja ter o odklonih poroča odprto in pošteno. Na ta način se zaposleni učijo iz napak. Za kulturo varnosti v zdravstveni ustanovi je odgovorno vodstvo, ki je zgled za vse zaposlene, hkrati pa podpira učenje, spodbuja dobro komunikacijo, timsko delo, inovativnost in se osredotoča na varnost bolnikov. Kulturo varnosti lahko opiše-

mo kot patološko (»Briga nas, dokler nas ne ujamejo.«), reaktivno (»Varnost je pomembna. Veliko naredimo, ko pride do napake.«), preračunljivo (»Imamo vzpostavljene sisteme za obvladovanje vseh tveganj.«), proaktivno (»Obravnavamo probleme, ki jih odkrijemo.«) in tvorno (»Varnost je vpeta v vsakdanje delo, v vsako našo aktivnost.«) (4).

Zagotavljanje varnosti pri ravnanju z zdravili je v procesu zdravstvene obravnave kritično bolnih otrok za medicinsko sestro (MS) velik izziv. Otroci so v bolnišničnem okolju zaradi starosti ranljivi in pogosto tudi ne morejo dejavno sodelovati v procesu identifikacije, uporaba zdravil in naprav je pri njih bolj kompleksna kot pri odraslih bolnikih, hospitalizacije pa so pogosto dolgotrajne. Po podatkih iz literature je pogostost odklonov pri ravnanju z zdravili v intenzivni terapiji otrok 22–59 odklonov na 1.000 odmerkov zdravil, odklon pri ravnanju z zdravili pa utrpi 2,5 % otrok, sprejetih v enoto intenzivne terapije (5).

Fiziologija absorpcije, distribucije, presnove in izločanja zdravil je pri novorojenčkih in otrocih ključnega pomena. Novorojenčki so na vsaki stopnji procesa zdravljenja zaradi večje potrebe po preračunavanju odmerkov zdravil in dodatnih razredčitvah bolj dovzetni za odklone pri ravnanju z zdravili (6).

Vidik otroka

Potrebe bolnih otrok se pomembno razlikujejo od potreb odraslih, saj otroci niso pomanjšani odrasli. Upoštevati moramo značilnosti posameznega razvojnega obdobja in poznati anatomske in fiziološke razlike pri različnih starostnih skupinah otrok, saj se zdravstveno osebje le tako lahko pravilno odzove in ustrezno ukrepa ob poslabšanju otrokovega zdravstvenega stanja.

Otroci so lahko med zdravljenjem v bolnišnici izpostavljeni najrazličnejšim vrstam nelagodja, ki se nanašajo bodisi na okolje (hrup, svetloba, tem-

peratura, itd.), posamezne vidike organizacije (osvetlitev prostorov, omejitev obiskov, pomanjkanje zasebnosti, itd.) in specifične diagnostično-terapevtske postopke (invazivna in neinvazivna mehanska podpora dihanju, dializa, boleči postopki itd.) (7).

Najtežje bolni otroci so nedvomno v ranljivem položaju, saj so odvisni od MS, da prepoznajo njihove potrebe, in potrebujejo celostno obravnavo. Zdravstvena nega je prilagojena otrokovim potrebam in poteka po procesni metodi dela. Poudarek je na celostni obravnavi, ki vključuje v družino usmerjeno zdravstveno nego in temelji na spodbujanju varnostne kulture. Posebnosti zdravstvene nege so velik strokovni izziv tako za MS kot za otrokove starše in temeljijo na otrokovem zdravstvenem stanju, otrokovi starosti, stopnji otrokovega razvoja ter vključevanju staršev v proces zdravstvene nege in celostno obravnavo otroka.

Vidik staršev

V družino usmerjena skrb pomeni odziven in spoštljiv pristop k individualnim potrebam in vrednotam posamezne družine, v kateri sta temelja partnerstvo in sodelovanje. Starši so med zdravljenjem otroka na oddelku intenzivne terapije izjemno ranljivi, saj so pogosto izpostavljeni čustvenim situacijam. Razumejo samo polovico informacij, ki jim jih posreduje zdravstveno osebje. Kar 70 % staršev po odpustu otroka z oddelka intenzivne terapije trpi za simptomi tesnobe (8).

Komunikacija, zlasti neverbalna, je osrčje njihovih izkušenj, zato je pomembno, da se zdravstveno osebje osredotoči na izboljšanje komunikacijskih veščin. Osebje lahko staršem pomaga pri razumevanju medicinskega žargona (reformuliranje besed – način »povej-vprašaj-povej«), upošteva primeren trenutek za podajanje informacij in staršem zagotovi več časa za dojetje novih informacij (7).

Vidik medicinske sestre

MS je na oddelku intenzivne terapije odgovorna za izvedbo številnih neobhodnih invazivnih postopkov, ki otroku povzročajo bolečino, strah, žalost, neudobje in tesnobo. Otrok ima lahko pri tem zaradi razvojne stopnje in omejenih možnosti komuniciranja bolj travmatske izkušnje. MS naj bi zelo dobro poznala specifičnosti posameznih zdravstvenih stanj, najrazličnejše naprave in njihovo delovanje ter se hitro in ustrezno odzivala na nenadne spremembe.

Celostna obravnavo otroka na oddelku intenzivne terapije vključuje usmerjenost MS k otroku in njegovim potrebam. Hkrati mora znati pridobivati relevantne informacije in opazovati okolje. Tudi sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike, managementa in izobraževanja na oddelku ji ne sme biti tuje. Razvoj stroke in hiter tehnološki napredek narekujeta potrebo po kontinuiranem izobraževanju in nadgrajevanju znanja, saj le tako MS svoje delo opravlja strokovno, odgovorno in celovito.

Najpomembnejša veščina MS je empatija – že nekajdnevna izobraževanja in simulacijski treningi lahko pripomorejo k povečanju učinkovitosti njenega ravnanja (9).

Invazivni postopki in celostna oskrba

Invazivni postopki, ki jih redno izvajamo pri otrocih na oddelku intenzivne terapije, so venepunkcija, vstavitve periferne venske kanile, vbrizgavanje zdravil v mišico, vstavitve želodčne ceve, aspiracija dihalnih poti in fiksiranje endotrahealnega tubusa.

MS ob upoštevanju celostne obravnave otroka med izvedbo posameznega postopka pozorno opazuje otroka in ocenjuje njegov izgled ter ga poskuša razumeti, potolažiti in opogumiti ("Te boli? Lahko nadaljujem?"), če to dopušča otrokovo zdravstveno stanje.

Primer celostne oskrbe otroka med aspiracijo dihalnih poti in fiksiranjem endotrahealnega tubusa

Otrok ima v primerjavi z odraslim bistveno drugačno anatomijo dihalnih poti in fiziologijo dihanja. Zamašen nos ima lahko pri dojenčkih in majhnih otrocih resne zdravstvene posledice, saj izloček zoži dihalno pot, poveča dihalni napor in vodi v odpoved dihanja. Zato je akutna dihalna stiska med najpogostejšimi razlogi za sprejem najmlajših otrok v bolnišnico (10).

Aspiracija je način odstranjevanja izločka iz zgornjih in spodnjih dihalnih poti s pomočjo negativnega tlaka preko aspiracijskih cevk. MS ocenjuje prehodnost otrokovih dihalnih poti tako, da opazuje in meri dihanje, oksigenacijo, hidracijo, krvni obtok, počitek in splošno zdravstveno stanje. S svojim znanjem oceni potrebo po izvedbi aspiracije, ki ne sme biti rutinski postopek. Če ima otrok vzpostavljeno umetno dihalno pot, so intervencije MS usmerjene v čiščenje in vzdrževanje proste dihalne poti. V celostno oskrbo dihalnih poti uvrščamo tudi varno pritrditev endotrahealnega tubusa, pri čemer upoštevamo otrokovo starost ter velikost in globino vstavljenega tubusa. MS s pravilnim fiksiranjem in pregledom ustreznosti fiksiranja v vsaki izmeni poskrbi, da ne pride do njegovega nenačrtovanega izpada, ki lahko ogrozi otrokovo življenje.

Celostna obravnavna na Kliničnem oddelku za intenzivno terapijo otrok

Klinični oddelek intenzivne terapije otrok (KOITO) je del Pediatrične klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, kjer se zdravijo najtežje bolni otroci od rojstva do 14. leta starosti iz celotne Slovenije. Tu obravnavajo življenjsko ogrožene otroke bodisi po težjem kirurškem posegu ali

če bolezen zahteva podporo ene ali več življenjskih funkcij (umetno pre-dihavanje,, hemodializa, dolgotrajni zunajtelesni krvni obtok, zdravila za podporo delovanja srca) ter uporabo najsodobnejših naprav za merjenje vitalnih znakov. Delo poteka po procesu zdravstvene nege (ZN), kar pomeni sprotno ugotavljanje bolnikovih potreb, načrtovanje intervencij ter izvajanje, vrednotenje in dokumentiranje. V proces zdravljenja otroka na KOITO je vključen multidisciplinarni tim, kar pomeni, da moramo intervencije in proces ZN prilagoditi vsem sodelujočim v tem procesu.

Na KOITO sledimo zastavljenim ciljem in spremljamo kazalnike kakovosti (nenačrtovane ekstubacije, zaplete pri perifernih venskih kanilah, zaplete pri arterijskih in osrednjih venskih katetrih, dehiscence ran ipd.), na podlagi katerih poskušamo delo MS nenehno izboljševati in nadgrajevati.

MS vsak mesec pripravimo inter-na predavanja, na katerih predstavimo aktualno problematiko. Posebno pozornost namenjamo tudi staršem hospitaliziranih otrok, ki zaradi prostorske ureditve nimajo možnosti, da bi sobivali s svojim otrokom. Starše skušamo vključevati v čim več aktivnosti procesa zdravstvene nege, jim omogočati čim več stika z otrokom (npr. pestovanje, kengurujčkanje, neprekinjeni obiski med 10. in 19. uro ipd.) in jim hkrati s pogovori pomagati v stiski (MS, psihologinja).

Zaključek

Kritično bolni otroci so med bolnišničnim zdravljenjem izpostavljeni različnim neugodnim dejavnikom bodisi iz okolja ali zaradi diagnostično-terapevtskih postopkov. Med hospitalizacijo je lahko njihovo zdravstveno stanje nestabilno, številni postopki pa so invazivni in boleči. Vsakodnevno ocenjevanje in prepoznavanje potencialnih dejavnikov, ki so nelagodni,

boleči ali stresni, pripomore h kakovostni celostni oskrbi otroka. V družino usmerjena skrb, motiviranje zdravstvenega osebja ter izobraževanje o komunikacijskih veščinah in empatiji oblikuje pozitivno okolje na oddelku intenzivne terapije in je temelj celostne oskrbe otroka.

Literatura

1. Czarnecki ML, Turner HL, Collins PM, Doellman D, Wrona S, Reynolds J. Procedural pain management: A Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing* 2011; 12 (2): 95–111.
2. Kramar Z. Kakovost in varnost v zdravstvu. Priročnik. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2022.
3. Golubović M. Zagotavljanje varne in učinkovite aspiracije dihalnih poti pri otroku (diplomsko delo). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice; 2020.
4. Parker D, Lawrie M, Hudson P. A framework for understanding the development of organisational safety culture. *Saf Sci* 2006; 44 (6): 551–62.
5. Milanović D. Oblikovanje varnostne kulture pri ravnanju z zdravili. Z znanjem, pravilnim pristopom in komunikacijo do varne zdravstvene nege otrok: zbornik predavanj. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji 2019: 43–6.
6. Nguyen MR, Mosel C, Grzeskowiak LE. Interventions to reduce medication errors in neonatal care: a systematic review. *Ther Adv Drug Saf* 2018; 9 (2): 123–55.
7. Latour JM, Kentish-Barnes N, Jacques T, Wysocki M, Azoulay E, Metaxa V. Improving the intensive care experience from the perspectives of different stakeholders. *J Crit Care* 2022; 26(1): 218.
8. Herridge MS, Moss M, Hough CL, Hopkins RO, Rice TW, Bienvenu OJ et al. Recovery and outcomes after the acute respiratory distress syndrome (ARDS) in patients and their family caregivers. *Intensive Care Med* 2016; 42 (5): 725–38.
9. Ding X, Wang L, Sun J, Li DY, Zheng BY, He SW et al. Effectiveness of empathy clinical education for children's nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today* 2020; 85: 104260.
10. Potočnik A. Aspiracija dihalnih poti – ali lahko s pravočasno aspiracijo preprečimo kritično stanje? Kritično bolan in poškodovan novorojenček in otrok: razpoznavanje, zdravljenje in prevoz: učbenik. Ljubljana: Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana 2019: 177–81.

Danijela Prelogar, dipl. m. s.

Klinični oddelek za intenzivno terapijo otrok, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija

Matjana Koren Golja, dipl. m. s., univ. dipl. org.

(kontaktna oseba / *contact person*)

Klinični oddelek za intenzivno terapijo otrok, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija
e-naslov: matjana.koren@kclj.si

prispelo / *received*: 3. 4. 2023

sprejeto / *accepted*: 3. 4. 2023

Prelogar D, Koren Golja M. Celostna obravnava otroka na oddelku intenzivne terapije. *Slov Pediatr* 2023; 30(3): 87–90. <https://doi.org/10.38031/slovpediatr-2023-2-06>.