STANDARDNE OPERATIVNE PROCEDURE ZDRAVSTVENE NJEGE U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

I. DIO

Sarajevo, 2017. g.

STANDARDNE OPERATIVNE PROCEDURE ZDRAVSTVENE NJEGE U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

I DIO

Sarajevo, 2017. godine

Autori

Mr. Dragana Galić, dipl. med. ses.
Spomenka Omanović, dipl. med. ses.
Pero Krtalić, dipl. med. teh.
Dr. sci. Halid Mahmutbegović, dipl. mng. u zdravstvu
Danijela Ovčina, dipl. med. ses.
Slađana Blaž, dipl. med. ses.
Prim. dr. Smiljana Viteškić
Ivanka Franjić, dipl. med. ses.

Recenzenti

Mr. Dragana Galić, dipl. med. ses.
Spomenka Omanović, dipl. med. ses.
Pero Krtalić, dipl. med. teh.
Dr. sci. Halid Mahmutbegović, dipl. mng. u zdravstvu
Danijela Ovčina, dipl. med. ses.
Slađana Blaž, dipl. med. ses.
Prim. dr. Smiljana Viteškić
Ivanka Franjić, dipl. med. ses.

Izdavač

FOR IMPROVING HEALTH CARE AND SOCIAL WELFARE
FONDACIJAfami
ZA UNAPREĐENJE ZDRAVSTVENE I SOCIJALNE ZAŠTITE

Fondacija fami, Sarajevo
Milana Preloga 12b
www.fondacijafami.org

Za izdavača

Dejan Sredić

Lektor

Zlatan Peršić

Štampa

Agencija Aligo, Ilidža

Tiraž

100

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i univerzitetska biblioteka Bosne i Hercegovine, Sarajevo

616-083

STANDARDNE operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Dio 1 / [autori Dragana Galić ... [et al.]. - Sarajevo : Fondacija Fami, 2017. - 144 str. : ilustr. ; 30 cm

Tekst na bos. jeziku. - Bibliografija: str. 143-144.

ISBN 978-9958-1925-2-4
1. Galić, Dragana
COBISS.BH-ID 24396806

SADRŽAJ

PREDGOVOR 5

UVOD 6

I EVIDENCIJA I DOKUMENTACIJA

1. UPUTSTVO ZA IZRADU STANDARDNIH OPERATIVNIH PROCEDURA (SOP) 10

2. PROCEDURA IDENTIFIKACIJE PACIJENTA 13

3. PROCEDURA O ZAKAZIVANJU I PROMJENI/POMJERANJU ZAKAZANOG TERMINA I POSTUPANJE U SLUČAJU PRODUŽENOG TRETMANA 13

4. DOKUMENTIRANJE SESTRINSKIH POSTUPAKA 15

II KONTROLA INFEKCIJE

5. PROCEDURA PRANJA I DEZINFEKCIJE RUKU 20

6. PROCEDURA SIGURNOG ODLAGANJA OŠTRIH PREDMETA 22

7. PROCEDURA PRIPREME I STERILIZACIJE INSTRUMENATA I SANITETSKOG MATERIJALA 23

III PROCEDURE MJERENJA

8. PROCEDURA MJERENJA TJELESNE MASE I VISINE SA ODREĐIVANJEM INDEKSA TJELESNE MASE 28

9. PROCEDURA MJERENJA GLUKOZE IZ PERIFERNE KRVI 30

10. PROCEDURA SNIMANJA ELEKTROKARDIOGRAMA (EKG) 31

11. PROCEDURA MJERENJA KRVNOG PRITISKA/TLAKA 35

12. PROCEDURA MJERENJA PULSA PALPACIJOM 36

13. PROCEDURA MJERENJA TJELESNE TEMPERATURE 37

14. PROCEDURA ANTROPOMETRIJSKOG MJERENJA DJECE (PERCENTILNE KRIVULJE) 39

IV PROCEDURE PRIMJENE LIJEKA

15. PROCEDURA ZA PRIMJENU PET PRAVILA (5P) PRIJE PRIMJENE LIJEKA 46

16. PROCEDURA NAVLAČENJA LIJEKA IZ BOČICE (FLAKONA) I AMPULE 47

17. PROCEDURA USPOSTAVLJANJA VENSKOG PUTA 48

18. PROCEDURA PRIMJENE LIJEKA U VENU – INTRAVENSKA INJEKCIJA (I.V) 50

19. PROCEDURA PRIMJENE LIJEKA PUTEM PERIFERNE INTRAVENSKE KANILE 52

20. PROCEDURA PRIMJENE INFUZIJSKE OTOPINE 55

21. PROCEDURA PRIMJENE LIJEKA POD KOŽU – SUPKUTANA INJEKCIJA (S.C.) 60

22. PROCEDURA INTRAMUSKULARNE PRIMJENE LIJEKA 63
23. PROCEDURA PRIMJENE LIJEKA U OKO 66
24. PROCEDURA PRIMJENE LIJEKA U UHO 68
25. PROCEDURA PRIMJENE LIJEKA U NOS 70
26. PROCEDURA PRIMJENE KISIKA U TERAPIJSKE SVRHE 72
27. PROCEDURA PRIMJENE LIJEKA INHALACIJOM 75

V DIJAGNOSTIČKO–TERAPIJSKI POSTUPCI
28. PROCEDURA ISPIRANJA UHA 80
29. PROCEDURA POSTAVLJANJA FIKSACIJSKOG ZAVOJA 82
30. PROCEDURA OBRADE I PREVIJANJA RANE 86
31. PROCEDURA TRETIRANJA LAKŠIH OPEKOTINA 89
32. PROCEDURA PROCJENA I TRETMAN DEKUBITALNE RANE 91
33. PROCEDURA IMOBILIZACIJE – INDIKACIJE, CILJEVI, VRSTE, SREDSTVA I PRINCIPI 93
34. PROCEDURA IMOBILIZACIJE – POSEBNE VRSTE 96
35. PROCEDURA ZDRAVSTVENE NJEGE KOLOSTOME 103
36. PROCEDURA UVOĐENJA I ODRŽAVANJA URINARNOG KATETERA 105
37. PROCEDURA OBRADE PUPKA KOD NOVOROĐENČETA 108
38. PROCEDURA OBRADE USNE DUPLJE DOJENČETA KOD STOMATITISA (SOOR–A) 110

VI PROCEDURE PROMOTIVNO–PREVENTIVNOG RADA
39. PROMOTIVNO–PREVENTIVNI RAD MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA (EDUKACIJA I SAVJETOVANJE) 114
40. PATRONAŽNA POSJETA TRUDNICI 120
41. PATRONAŽNA POSJETA NOVOROĐENČETU 121
42. PATRONAŽNA POSJETA PORODILJI 125
43. PREGLED DOJKI PORODILJE U KUĆI 129
44. PATRONAŽNA POSJETA HRONIČNOM PACIJENTU 131
45. PROCJENA RIZIKA ZA NASTANAK DEKUBITUSA I MJERE PREVENCIJE 136
46. PATRONAŽNA POSJETA PACIJENTU U TERMINALNOJ (PALIJATIVNOJ) FAZI BOLESTI 141

LITERATURA 143

PREDGOVOR

Poštovana/i

Pred Vama se nalazi publikacija koja je nastala kao rezultat niza aktivnosti koje su realizirane u okviru projekta "Jačanje sestrinstva Bosni i Hercegovini", a koji je financiran od strane Vlade Švicarske.

Osnovni cilj ovog projekta je doprinos unapređenju zdravstvenih ishoda u BiH kroz poboljšanje kvaliteta i učinkovitosti usluga medicinskih sestara/tehničara, posebno na razini primarne zdravstvene zaštite, te povećanje pristupa uslugama medicinskih sestara/tehničara za ugrožene grupe stanovništva.

Sestrinstvo predstavlja važan segment u sustavu zdravstvene zaštite, budući da obuhvaća sve cikluse čovjekovog života, od brige za novorođenče do palijativne njege, promociju zdravlja i prevenciju bolesti, sudjelovanje u kreiranju politika u zdravstvu, te suradnju sa udrugama pacijenata, zdravstvenim komorama i obrazovnim institucijama.

Kao i ostale profesije, sestrinstvo se nalazi pred stalnim izazovima s obzirom na demografske promjene, odnosno potrebe stanovništva, nova saznanja, tehnologije i inovacije u zdravstvu, kao i javnozdravstvene izazove. Stoga je neophodan odgovarajući pristup edukaciji koja uključuje unapređenje kompetencija medicinskih sestara/tehničara, pri tome uvažavajući osnovne principe medicinske etike.

Razvoj sestrinstva je neodvojiv od kontinuirane edukacije, te je evidentan porast visoko obrazovanih medicinskih sestara/tehničara, kako u Europi, tako i u našoj zemlji.

Obavljanje poslova zdravstvene njege obuhvaća niz aktivnosti, od samostalnog obavljanja poslova i zadataka procjene i poduzimanja svih neophodnih aktivnosti koje su u najboljem interesu pacijenta, do aktivne uloge u timu koja zahtjeva stalnu suradnju medicinskih sestara/tehničara i liječnika u procesu dijagnosticiranja i utvrđivanja terapije, bazirajući se na standardima struke.

Uloga medicinske sestre u timu je ključna, budući da je od neizmjerne važnosti za ishod i kvalitetu liječenja, uspostavljanje dobrog kontakta sa pacijentom, te ostvarivanje suradnje koja će omogućiti da se dobije kvalitetna anamneza.

Imajući u vidu značaj kvalitetnog sestrinstva za donošenje zdravstvenih politika i njihove uspješne realizacije, Federalno ministarstvo zdravstva je dalo podršku aktivnostima na polju standardizacije sestrinske prakse na području Federacije BiH, budući da se već davno ukazala potreba za definiranjem sestrinskih standarda.

Nadamo se da će standardizacija u pružanju usluga zdravstvene njege dovesti do svog konačnog cilja, a to je prije svega poboljšanje sigurnosti, kvaliteta i učinkovitosti zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine.

Ministar
Doc.dr. Nekoslav Mandić

UVOD

Uslijed naglog i kontinuiranog porasta broja oboljelih od hroničnih oboljenja, demografskih promjena, ratnih zbivanja, utjecaja socioekonomskih faktora, zdravstveni sistem u Bosni i Hercegovini suočava se sa porastom potreba za zdravstvenim uslugama. S obzirom na ovakav promjenjiv kontekst, bilo je neophodno redefinirati ulogu medicinske sestre/tehničara u kojoj je sadržan snažan potencijal da utječe na zdravstvene ishode, a samim tim i na podizanje kvaliteta života stanovništva u Bosni i Hercegovini. Slijedom toga, sestrinstvo je prepoznato kao jedan od najvažnijih stubova zdravstvenog sistema.

Aktivnosti na polju standardizacije sestrinske prakse na području Federacije BiH su od velike važnosti s obzirom da se već odavno ukazala potreba za definiranjem sestrinskih standarda. Sestrinski standardi mjerljive su definicije dogovorene i prihvatljive kvalitete sestrinske njege na određenom radnom mjestu, kojima se prosuđuje i ocjenjuje sadašnja sestrinska praksa. Standardi djeluju kao smjernice ili ciljevi prema kojima određujemo ispunjavaju li sestrinske aktivnosti prethodno određenu razinu kvaliteta ili ne. Standard definira usklađenu razinu kvaliteta i kvantiteta rada.

Standardne operativne procedure (SOP) su samo jedan dio standarda sestrinske prakse, uz standarde i normative zdravstvene zaštite, sestrinsku dokumentaciju i evidenciju, kao i nomenklaturu usluga.

Donošenjem Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o sestrinstvu i akušerstvu, te Zakona o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, zdravstvene ustanove u obavezi su uspostaviti, razvijati, održavati sistem sigurnosti i kvaliteta zdravstvenih usluga, što između ostalog podrazumijeva izradu i primjenu procedura za usluge koje pruža.

Na osnovu potreba i općih ciljeva Projekta “Jačanje sestrinstva u Bosni i Hercegovini”, federalni ministar zdravstva doc. dr. Vjekoslav Mandić je imenovao radnu grupu koja je izradila 46 SOP–a, 12 algoritama i 6 priloga za medicinske sestre/tehničare na primarnom nivou zdravstvene zaštite.

Procedure su razvijane korištenjem različite stručne literature, znanja, iskustva i dobre prakse. Procedure uključuju relevantne principe i standarde za eliminaciju svih oblika diskriminacije u njihovoj

primjeni, uključujući i rodne standarde, u skladu sa važećim pravnim okvirom koji je na snazi u Bosni i Hercegovini.

Radna grupa koja je radila na pripremi standardnih operativnih procedura je u relevantne procedure uključila različitu primjenu za žene/djevojčice i muškarce/dječake, tamo gdje njihove biološke razlike to zahtijevaju. Razvijene su i posebne procedure čije su krajnje korisnice samo žene, vezane za pružanje njege u vezi sa trudnoćom i porodom. U ostale relevantne procedure je uključen rodno osjetljiv pristup, koji će se vremenom kontinuirano unapređivati na osnovu iskustva primjene SOP–ova, a odnosi se na rodne razlike i različite potrebe žena i muškaraca, u smislu društvenog konteksta roda osobe, uvjetovanog sociološkim i kulturološkim faktorima. Isto tako, napominjemo da upotreba samo jednog gramatičkog roda u pisanju teksta procedura podrazumijeva ravnopravnu upotrebu za oba spola.

Osnovna namjena ovog priručnika je da SOP–ove, razvijene u saradnji sa Projektom jačanja sestrinstva u Bosni i Hercegovini i Federalnim ministarstvom zdravstva učine dostupnim svim medicinskim sestrama/tehničarima zaposlenim u ustanovama primarne zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine, kako bi bile u mogućnosti na ujednačen i standardiziran način pružati usluge zdravstvene njege, a što za konačni cilj ima poboljšanje sigurnosti, kvaliteta i efikasnosti zdravstvene zaštite pacijenata.

I DIO

EVIDENCIJA I DOKUMENTACIJA

1 Uputstvo za izradu standardnih operativnih procedura (SOP)

2 Procedura identifikacije pacijenta

3 Procedura o zakazivanju i promjeni/pomjeranju zakazanog termina i postupanje u slučaju produženog tretmana

4 Dokumentiranje sestrinskih postupaka

I UPUTSTVO ZA IZRADU STANDARDNIH OPERATIVNIH PROCEDURA

U izradi standardnih operativnih procedura trebaju učestvovati: zaposlenici službe na koju se procedure odnose, zaposlenici pravne službe koji usaglašavaju procedure sa važećim zakonskim propisima i imenovano osoblje za uspostavljanje, održavanje i poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga u ustanovi (koordinator, služba, sektor, odjel).

Definicija i svrha standardne operativne procedure

- Procedura podrazumijeva skup aktivnosti, koraka, i procesa koji trebaju biti poduzeti u određenom redoslijedu kako bi se postigao određeni cilj.
- Svrha operativnih procedura jeste da se osigura da svi uposlenici izvršavaju iste postupke na potpuno isti način.
- Standardna operativna procedura je pisani set instrukcija koje neko treba da slijedi da bi posao uradio sigurno, bez negativnih efekata na zdravlje pacijenta, zdravlje osoblja ili okruženje.
- Za dobru, sigurnu, kvalitetnu, kontinuiranu i transparentnu zdravstvenu zaštitu neophodno je postojanje procedura, čime se ujedno i smanjuje mogućnost pravljenja grešaka tokom radnog procesa.

Razlozi zbog kojih treba imati procedure

- Osiguravaju onima koji pružaju usluge sve informacije koje se tiču sigurnosti, zdravlja pacijenata, okruženja i odgovarajuće pripreme, a koje su im neophodne da rad obave na odgovarajući način.
- Osiguravaju da se koraci u izvođenju usluga obavljaju konzistentno, na način da se osigurava kontrola kvaliteta usluga.
- Osiguravaju da se proces odvija bez prekida i da se završi u predviđenom vremenu.
- Osiguravaju da se ne pojavljuju greške.
- Osiguravaju primjenu regulative i dobre prakse.
- Služe kao dokument za obuku u područjima za koja su napisane i pomažu u osposobljavanju i edukaciji novozaposlenih.
- Služe kao verifikacijske liste („checklist“) za osoblje koje vrši nadzor i kontrolira da li se rad odvija na propisan način.
- Služe kao dokazi o tome kako su se pojedini procesi odvijali, koja oprema i materijal je korišten i sl.
- Služe kao objašnjenje koraka u procesu, tako da mogu biti razmatrane u slučaju neželjenih ishoda i zaštite zdravstvenih radnika.

Kada treba pisati procedure?

Procedure treba pisati za:

- svaki postojeći proces,
- kada se uvodi novi proces,
- kada se mijenja postojeći proces,
- kada se uvodi nova oprema – tehnologija,
- kada nova saznanja sugeriraju da će nastati koristi od unapređenja radne prakse,
- kada se mijenjaju standardi i zakonska regulativa po kojoj su procedure napisane,
- ispitivanje incidentnih situacija također može ukazati na potrebu promjene ili pisanja procedura.

O čemu sve treba voditi računa kod pisanja procedura

Procedura treba da bude kratka, jasna i pisana razumljivim jezikom. Ukoliko procedura ima više od 10 koraka, treba razmotriti slijedeće mogućnosti:

- Razdvojiti je na nekoliko logičnih subprocedura.
- Napisati uz proceduru skraćenu formu kao prilog, a koji će sadržavati samo korake bez detaljnog obrazloženja (algoritam).
- Ukoliko radni proces zahtijeva opširniju strukturu, moguće je izraditi dokument u formi priručnika ili vodiča.

Sastavni dijelovi standardne operativne procedure

1. Zaglavlje

Svaka standardna operativna procedura mora imati zaglavlje koje je najčešće u vidu tabele, koja sadrži:

1.1. Naziv zdravstvene ustanove

Obavezno napisati puni naziv zdravstvene ustanove u kojoj se procedura primjenjuje.

1.2. Naziv procedure

Naziv procedure treba da odgovara sadržaju. U nazivu procedure ne koristiti skraćenice.

1.3. Vrsta procedure

- Procedura prema akreditacijskim standardima (navesti standard i kriterij).
- Procedura prema certifikacijskim standardima (navesti standard i kriterij).
- Procedure radnih procesa, operativne procedure ili radne procedure (procedure koje opisuju procese).

1.4. Jedinstveni broj procedure

Broj procedure podrazumijeva:

Broj iz centralne evidencije procedura u ustanovi koji se sastoji od najmanje tri broja, gdje je prvi broj, broj iz evidencije; drugi broj se odnosi na godinu kad je usvojena procedura napisana ili revidirana, a treći broj se odnosi na broj verzije procedure. Moguće je dodati četvrti broj koji se odnosi na organizacijsku jedinicu.

1.5. Broj stranica procedure – navesti broj stranica.

1.6. Krajnji rok važenja procedure – najduže 3 godine od usvajanja ili izvršene revizije.

<table>
<tr><td colspan="2">NAZIV USTANOVE: JUDZ _____</td></tr>
<tr><td>NASLOV PROCEDURE:
Uspostavljanje venskog puta</td><td>Strana ½</td></tr>
<tr><td rowspan="2">VRSTA PROCEDURE:
Procedura radnih procesa</td><td>Jedinstveni broj procedure:
14/17–1</td></tr>
<tr><td>Važi do
maj 2020.g</td></tr>
</table>

Tabela 1. Primjer zaglavlja

2. Obavezni elementi sadržaja procedure

2.1. Opća izjava o politici

Određuje stav ustanove prema određenoj proceduri ili postupku. Definira cilj/svrhu i razlog primjene procedure.

2.2. Područje primjene

Navesti organizacijske jedinice/službe gdje će se procedura primjenjivati.

2.3. Distribucija i nadzor

Osigurati da se sa procedurom upozna sve osoblje na koje se ona odnosi. Procedura treba da bude dostavljena rukovodiocima višeg nivoa, koji će je distribuirati rukovodiocima nižeg nivoa, a za upoznavanje osoblja koje će postupati po proceduri zaduženi su rukovodioci organizacijskih jedinica najnižeg nivoa. U ovom dijelu važno je naznačiti kome procedura treba da bude dostupna, zatim ko vrši stalni i povremeni nadzor nad provođenjem iste. Nadzor se rješava na isti način kao i distribucija, po nivoima odgovornosti.

2.4. Procedura/postupak /proces/koraci

Treba da sadrži opis procesa koji se sastoji od čitavog niza povezanih međuzavisnih koraka, načina pravilnog i sigurnog provođenja, evidenciju o provedenim postupcima, ako procedura to iziskuje, itd. Procedura sadrži opis koraka u odvijanju procesa rada koji je predmet procedure (vrsta aktivnosti, osobe zadužene za provođenje aktivnosti, vrijeme i način provođenja aktivnosti).

2.5. Revizija procedure

Redovna revizija procedura vrši se svake tri godine, što se obično evidentira na kraju procedure. Vanredna revizija se može raditi i ranije u slučaju izmjene zakonskih akata, propisa po kojima je procedura pisana, ako se uvodi nova oprema ili metoda rada, itd. Kada se radi o revidiranoj proceduri, na proceduri navesti mjesec i godinu revidiranja.

3. Usvajanje procedure (potpisivanje i pečatiranje)

Na kraju procedure ili iza zaglavlja procedure navedena su:

- imena i potpisi osobe/a koje su učestvovale u izradi ili reviziji procedure,
- ime i potpis osobe/a koja je saglasna da se procedura primjenjuje (ukoliko se radi o sestrinskoj proceduri, saglasnost za primjenu iste daje glavna medicinska sestra/tehničar ustanove),
- ime i potpis direktora ustanove koji odobrava primjenu procedure,
- datum usvajanja,
- pečat ustanove.

Usvajanjem procedure ona postaje nalog za određeno ponašanje, a nepoštivanje iste predstavlja povredu radne discipline.

	Ime i prezime	Verifikacija (potpis)
Uradio/la		
Saglasan/na		
Odobrio/la		
Datum usvajanja		

M.P.

Tabela 2. Primjer usvajanja procedure

2 PROCEDURA IDENTIFIKACIJE PACIJENTA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Primjenom ove procedure definira se pravilna identifikacija pacijenta u cilju sprječavanja zamjene identiteta, zloupotrebe korištenja usluga zdravstvenog sistema i eventualnih posljedica.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Ispravna identifikacija pacijenta je neophodna i ne smije se dogoditi da se bilo koji medicinski postupak provede na pogrešnom pacijentu.

4.2. Primarna odgovornost za ispravnu identifikaciju pacijenta je na medicinskoj sestri/tehničaru koja/koji radi na recepciji/prijemu, ali je i sastavni dio procesa administracije lijeka, procedura tretmana i dijagnostičkih procedura.

4.3. Identifikacija pacijenta se radi preko imena, prezimena i JMBG.

4.4. Upoređuje se dokument koji sadrži sliku (lična karta, vozačka dozvola, pasoš) sa likom pacijenta i potom sa podacima u zdravstvenoj knjižici.

4.5. Identifikacija punoljetnog pacijenta se vrši na gore opisani način.

4.6. Maloljetnim licima potrebna je zdravstvena knjižica kao i identifikacija osobe u pratnji maloljetnika (roditelja, nastavnika, staratelja) sa ličnim dokumentom koji sadrži fotografiju (lična karta, pasoš i vozačka dozvola).

4.7. Ukoliko se ustanovi zloupotreba identiteta, tim koji je radio u tom momentu uzima podatke iz dokumenata i o tome pravi zabilješku koju u najkraćem roku dostavlja pravnoj službi ustanove.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

3 PROCEDURA O ZAKAZIVANJU, PROMJENI / POMJERANJU ZAKAZANOG TERMINA I POSTUPANJE U SLUČAJU PRODUŽENOG TRETMANA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Uvođenjem sistema zakazivanja pregleda i usluga se unapređuje kvalitet zdravstvene zaštite, te povećava zadovoljstvo pacijenata i zdravstvenih radnika. Sistem zakazivanja treba da bude fleksibilan, a nikako strog i krut.

Svrha procedure je definirati osnovne principe zakazivanja i način evidentiranja.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Zakazivanjem pregleda smatra se unaprijed utvrđen dan i sat dolaska pacijenta sa predviđenom dužinom pregleda ili intervencije. Pacijent, član porodice ili zakonski zastupnik pacijenta može pregled ili uslugu zakazati ličnim dolaskom, telefonom ili e–mailom.

4.1. Osnovni principi zakazivanja pregleda ili usluga:

- sistem zakazivanja prilagoditi potrebama pacijenata, a u skladu sa mogućnostima tima,
- prilikom zakazivanja medicinska sestra/tehničar kroz komunikaciju sa pacijentom ili članom porodice dobija podatak o vrsti usluge koju pacijent treba i shodno tome nudi izbor od dva termina,
- planirati u toku dana 2–3 slobodna termina za potrebe produžene konsultacije ili hitna stanja,
- u slučaju produžene konsultacije i korištenja zakazanog termina drugog pacijenta, osoblje tima mora odmah informirati pacijente u čekaonici o iznenadnoj nužnoj promjeni zakazanih termina,
- pacijente educirati o principima zakazivanja, pomjeranja i otkazivanja termina,
- u slučaju pomjeranja zakazanog termina od strane tima, medicinska sestra/tehničar blagovremeno obavještava pacijenta.

Služba/poliklinika/odjeljenje _____

Zakazivanje pregleda kod: _____

Datum: _____ **Dan:** _____

Sat	Ime i prezime pacijenta	Broj telefona	Datum zakazivanja	Razlog dolaska		Napomena	Potpis sestre
				P-prvi	K-kontrolni		
7:30							
7:45							
8:00							
8:15							
8:30							
8:45							
9:00							
9:15							
9:30							
9:45							
10:00							
10:15							
10:30							
10:45							
11:00							
11:15							
11:30							
11:45							
12:00							
12:15							
12:30							
12:45							
13:00							
13:15							
13:30							
13:45							
14:00							

Broj pregledanih: _____ Broj zakazanih: _____ Broj pacijenata koji nisu došli na zakazani pregled: _____ Broj otkazanih pacijenata: _____

Slika 1.1 Primjer obrasca za zakazivanje pacijenata

4.2. Evidencija zakazanih pregleda

Neophodni podaci o pacijentu upisuju se u standardizirani protokol za zakazivanje.

- ime i prezime ljekara kojem se pacijent zakazuje,
- datum kada je pacijent zakazao termin,
- datum, sat i minut kada je pacijent zakazan,
- ime i prezime pacijenta,
- pacijent zakazan lično ili od strane člana porodice,
- razlog dolaska,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja/koji je zakazao termin.

U slučaju eventualnih ispravki u knjizi zakazivanja, nije dozvoljeno korištenje korektora – samo precrtati i evidentirati razlog.

PREPORUKA: Informacija o obavezi zakazivanja mora biti istaknuta na oglasnoj ploči (informacije za pacijente o pravima i dužnostima) i usmeno saopštena pacijentu pri prvom dolasku u ambulantu.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

4 DOKUMENTIRANJE SESTRINSKIH POSTUPAKA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Dokumentiranje sestrinskih postupaka (sestrinska dokumentacija) je integralni dio sigurne i efikasne sestrinske prakse i predstavlja skup podataka koji služe procjeni, planiranju, implementaciji, evaluaciji, kontroli i stručnom nadzoru planirane i provedene zdravstvene njege. Dokumentaciju vodi medicinska sestra/tehničar zapisujući podatke o svojim saznanjima, postupcima i pruženim zdravstvenim uslugama korisnicima zdravstvene zaštite.

Ovom procedurom se definira način dokumentiranja kvalitativnog sadržaja sestrinskih postupaka, pomoću elemenata sestrinskog procesa.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

- Medicinska sestra/tehničar vodi dokumentaciju za pacijente kojima je neophodna zdravstvena njega u rješavanju njegovih aktuelnih ili potencijalnih zdravstvenih problema, a na osnovu potreba pacijenta ili lične procjene.
- Dokumentacija se vodi pojedinačno za svakog pacijenta i sastavni je dio zdravstvenog kartona pacijenta ili kartona zdravstvene njege.
- Forma i sadržaj dokumentacije, sa osnovnim elementima sestrinskog procesa, je prilagodljiva i može biti usklađena sa specifičnostima pojedinih oblasti zdravstvene njege.

4.1. Osnovni elementi

4.1.1. Zaglavlje:

- naziv ustanove, službe/poliklinike/odjeljenja/dispanzera,

4.1.2. Opći podaci pacijenta: ime i prezime, spol, ime jednog roditelja, JMB, adresa stanovanja, broj telefona,

4.1.3. Procjena,
4.1.4. Plan, Sestrinski proces
4.1.5. Implementacija,
4.1.6. Evaluacija.

} sestrinski proces

Procjena – podrazumijeva sistematično, kontinuirano prikupljanje podataka o pacijentu, analiziranje podataka i identificiranje pacijentovog problema ili potreba za zdravstvenom njegom.

- *Metode prikupljanja podataka su*: promatranje, intervju, mjerenja (tjelesna težina, visina BMI, skala bola, temperatura, puls, krvni pritisak, GUK, PEF...), analiza postojeće medicinske dokumentacije.
- *Izvori podataka su*: pacijent, pratnja, podaci iz zdravstvenog kartona, medicinski nalazi i neposredna zapažanja medicinske sestre/tehničara.
- *Alati za procjenu su*: Skale i obrasci za procjenu (Obrazac procjene pokretljivosti, Skala bola, Skala procjene rizika od dekubitusa, Obrazac procjene mentalnog statusa MMS–mini mental status, Skala za procjenu flebitisa, Obrazac procjene rizika od pada, Tabela za procjenu kardiovaskularnog rizika, i dr.).
- *Sestrinska dijagnoza* je krajnji rezultat, zaključak, dobijen procjenom ili identifikacijom problema. Sestrinska dijagnoza je opisnog karaktera i piše se na jezicima naroda BiH. Tekst dijagnoze sastoji se od problema/simptoma i uzroka (npr. nesanica uslijed učestalog mokrenja tokom noći, nemogućnost samostalnog davanja inzulina uslijed slabovidnosti, gojaznost uslijed nedovoljne fizičke aktivnosti).

PROCJENA											
STIL ŽIVOTA	Ishrana		Fizička aktivnost		Loše navike	FIZIČKA PROCJENA	TT	FAKTORI RIZIKA	pušenje	
	raznovrsna		dobra				TV		alkohol	
	jednolična		umjerena				BMI		gojaznost	
	umjerena		loša				obim struka		menopauza	
	izražen apetit		nepokretan				TA			
	slab apetit						PEF			
							ŠUK			
Dodatna procjena										
Sestrinska dijagnoza										

Slika 1.2 – Primjer tabele za evidentiranje procjene

4.2.1. **Plan** – sadrži ciljeve (željeni ishodi sestrinske njege) i sestrinske intervencije potrebne kako bi se ostvario cilj.

- Ciljevi se utvrđuju na osnovu očekivanja pacijenta (najbolje zapisati riječi pacijenta), raspoloživih resursa i stručnog znanja i iskustva medicinske sestre/tehničara.
- Ciljevi trebaju biti realno ostvarljivi, jasni, konkretni i obično uključuju vremenski raspon u kojem ih treba postići i evaluirati (npr. „Postići tjelesnu težinu od 70 kg za 1 mjesec“ ili „Prestati pušiti do 1. juna“).
- Plan treba da ima evidentirane planirane intervencije za koje se procjenjuje da će pomoći u postizanju ciljeva.
- Planovi mogu biti kratkoročni i dugoročni sa naznačenim rokovima izvršenja prema prioritetu (veći učinak se postiže sa više kratkoročnih ciljeva).

CILJ	1.	3.	
	2.	4.	
PLAN	Planirane aktivnosti	DATUM	POTPIS SESTRE

Potpis pacijenta _____

Slika 1.3 Primjer tabele za evidentiranje plana i cilja

- U izradu plana uključuje se pacijent ili članovi porodice.
- Plan za pacijenta mora biti potpisan od strane medicinske sestre/tehničara koja je izradila plan i pacijenta koji svojim potpisom potvrđuje saglasnost na izrađen plan.

4.2.2. **Implementacija** predstavlja aktivnosti koje medicinska sestra/tehničar provodi, a odnose se na provođenje planiranih dijagnostičkih i terapeutskih postupaka, edukaciju, savjetovanje, demonstriranje i monitoring (praćenje) pacijenta.

- Ukoliko se provodi savjetovanje ili edukacija obavezno pored vrste navesti i kraći sadržaj koji detaljnije opisuje savjete ili sadržaj edukacije.
- Evidentirati ako je pacijentu uručen pisani informativni ili promotivno–preventivni materijal.
- Uz svaku obavljenu intervenciju upisati datum i potpis medicinske sestre/tehničara koja je provela postupak.

IMPLEMENTACIJA	Provedene aktivnosti	DATUM	POTPIS SESTRE

PLANIRANA EDUKACIJA		datum _____	trajanje edukacije _____	minuta
SADRŽAJ				
Pisani materijal		Komentar:		
da	ne			
DEMONSTRACIJA			Cilj ispunjen da ne	Datum sljedeće posjete

Potpis pacijenta _____

EDUKACIJA		**Zainteresovanost za učenje**		**Barijere za učenje**	
Shvatljiva		Postavlja podesna pitanja		Nema barijera	
Dobra		Aktivno sluša		Nepismenost	
Ograničena		Ne poštuje edukatora		Vidne, slušne	
Loša		Nezainteresovan		Moć rasuđivanja	
Drugo (navesti)		Zbunjen		Motivacija	

Slika 3. Primjer tabele za evidentiranje provedenih postupaka (Implementacija)

Odstupanja od plana		
EVALUACIJA	Komentar/zapažanja	CILJ - postignut da ne

Slika 4. Primjer tabele za evidentiranje evaluacije

4.2.3. **Evaluacija** je ocjena ispunjenosti zadatih ciljeva. U slučaju da cilj nije ispunjen, da je evaluacija negativna, potrebno je uraditi dodatnu procjenu i izraditi novi plan. U evaluaciji napisati eventualna odstupanja od dogovorenog plana uz navođenje razloga za odstupanje.

4.2.4. Ukoliko nije dostupan standardizirani obrazac sa evidentiranim osnovnim elementima sestrinskog procesa, zabilješke u dokumentaciji mogu imati specifičnu formu zapisa u vidu akronima SOAPIER.

S – subjektivni simptomi – ono što pacijent kaže,

O – objektivni znaci – mjerenja, dijagnostički nalazi,

A – analiza dobijenih podataka i procjena pacijenta,

P – plan postupaka,

I – intervencije,

E – evaluacija,

R – revizija (izmjena ili dopuna plana).

4.3. Preporuke za vođenje sestrinske dokumentacije

- sestrinska dokumentacija se može voditi u papirnoj ili elektronskoj formi,
- citiranje pacijenta je dozvoljeno,
- za tačnost, potpunost i pravovremenost evidentiranih podataka u dokumentaciju, odgovorna je medicinska sestra/tehničar, koja unosi podatke i to potvrđuje svojim potpisom,
- svaka izmjena i dopuna podataka treba da je datirana i ovjerena potpisom,
- nije dozvoljena upotreba korektora,
- pisati hemijskom olovkom, uredno, čitko, jasno, sažeto, nedvosmisleno,
- izbjegavati skraćenice, osim općeprihvaćenih,
- poštovati povjerljivost podataka.

Evidentirani podaci treba da:

- oslikavaju stanje pacijenta i njegove potrebe za zdravstvenom njegom,
- imaju hronološki niz koji čini logičnu cjelinu,
- u svakom trenutku pokazuje šta je, kako i kada urađeno.

Nije dozvoljeno:

- upisivati i potpisivati intervencije koje je proveo neko drugi,
- uništiti, "zagubiti" dokumentaciju,
- unositi nepotpune i neprovjerene podatke,
- pisati neprimjerene komentare (negativne podrugljive karakteristike, proste riječi i sl.).

4. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

II DIO

KONTROLA INFEKCIJE

5 Procedura pranja i dezinfekcije ruku

6 Procedura sigurnog odlaganja oštrih predmeta

7 Procedura pripreme i sterilizacije instrumenata i sanitetskog materijala

5 PROCEDURA PRANJA I DEZINFEKCIJE RUKU

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Pranje ruku je najvažnija pojedinačna mjera u prevenciji infekcija. Pod pojmom pranja ruku se definira više radnji u svrhu odstranjenja nečistoća i smanjenja prolazne kolonizacije bakterijske flore uz upotrebu tekuće vode i tekućeg sapuna. Ustanova osigurava mjesta za pranje ruku koja su na rapolaganju pacijentima i osoblju. Na mjestima za pranje ruku trebaju biti postavljena uputstva za pravilan postupak pranja.

Svrha ove procedure je definirati postupak pravilnog pranja ruku, u cilju sprječavanja nastanka i širenja infekcija.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Higijensko pranje ruku

Pranje ruku je neophodno prije i poslije svakog direktnog kontakta sa pacijentom i izvodi se tekućom vodom i tekućim sapunom da bi se uklonila prljavština i prolazna flora, kao i poslije svakog direktnog kontakta sa kožom pacijenta, tjelesnim tekućinama ili ekskretima, kontaminiranim vešom i opremom, nakon skidanja rukavica i nakon korištenja toaleta.

Prije pranja ruku potrebno je skinuti nakit (prstenje, narukvice i sat).

4.2. Upute za pranje ruku

- koristiti tečni sapun,
- koristiti toplu tekuću vodu,
- slavine trebaju biti podešene da se lako otvaraju i zatvaraju,
- izbjegavati prskanje po odjeći i na pod,
- dobro trljati ruke jednu sa drugom najmanje 30 sekundi,
- intenzivno trljati prste i predio između prstiju,
- temeljno isprati ruke,
- posušiti ruke papirnim ubrusom i ubrusom zatvoriti slavinu.

4.3. Procedura antiseptičkog pranja ruku – dezinfekcija kože

Vrši se prije bilo koje antiseptičke radnje zbog uništavanja mikroorganizama sa ruku zdravstvenih radnika i odnosi se na bilo koju radnju pri kojoj se koristi antiseptički rastvor radi čišćenja i dezinfekcije ruku. Higijensko trljanje ruku sa dezinficijensom sastoji se od trljanja ruku s malom količinom od oko 4 ml visoko učinkovitog i brzodjelujućeg antiseptičkog sredstva, u trajanju od 30 sekundi.

Postupak:

Na dlanove opranih suhih ruku nanijeti oko 4 ml dezinficijensa i utrljavati dok se koža ne osuši da bi se postigao baktericidan i fungicidan učinak.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

HIGIJENSKO PRANJE RUKU
(minimalno 30 sekundi)



Namočiti ruke pod tekućom vodom



Dozirati tekući sapun za pranje ruku



Trljati dlan o dlan



Dlan desne ruke o nadlanicu lijeve ruke i obrnuto



Dlan o dlan s isprepletenim prstima



Obuhvatiti prste suprotne ruke i trljati



Kružnim pokretima trljati palcem obje ruke



Vrhovima prstiju desne ruke o dlan lijeve ruke i obrnuto



Temeljito isprati ruke tekućom vodom



Osušiti ruke jednokratnim papirnatim ručnikom



Korištenim ručnikom zatvoriti slavinu



Suhe i čiste ruke

6 PROCEDURA SIGURNOG ODLAGANJA OŠTRIH PREDMETA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Svaki radnik koji rukuje oštrim predmetima kao što su igle, skalpeli, lancete, je u riziku od povrede i moguće infekcije.

Svrha ove procedure je smanjiti/spriječiti povrede i moguće infekcije sigurnim i pravilnim odlaganjem oštrih predmeta.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Oštri otpad kao što su igle, skalpeli, lancete i drugi medicinski instrumenti za jednokratnu upotrebu, odlažu se na mjestu nastanka u namjenski prilagođen kontejner.

4.1. Kontejner za odlaganje oštrih predmeta za jednokratnu upotrebu

4.1.1. Kontejner mora biti od tvrde plastike, neprobojan za sadržaj i napravljen tako da ga oštri otpad ne može probiti i da je onemogućeno ispadanje sadržaja ili ozljeđivanje i prijenos infekcije na osobe koje odlažu otpad ili rukuju sa otpadom.

4.1.2. Medicinska sestra/tehničar priprema kontejner za oštri otpad i vrši obilježavanje. Na etiketu upisuje sljedeće podatke: izvor otpada (naziv službe), kategoriju i šifru otpada (oštri predmeti 18 01 01), a po zatvaranju kontejnera upisuje vrijeme i datum zatvaranja.

4.1.3. Kontejner treba da stoji blizu mjesta gdje se koriste oštri predmeti, koliko to dozvoljava praktičnost (na terapijskim kolicima).

4.2. Odlaganje oštrih predmeta

4.2.1. Odlaganje oštrih predmeta se vrši na siguran način, koji neće ugroziti osobu koja odlaže kontaminirane oštre predmete ili će rizik biti veoma mali.

4.2.2. Ne preporučuje se vraćanje plastičnog štitnika na iglu. Kada situacija nalaže vraćanje štitnika na iglu (npr. pen za inzulin) koristiti »metodu jedne ruke».

4.2.3. Ukoliko kontejner nije na mjestu izvođenja intervencije, tada se kontaminirana igla ne nosi u rukama, već u bubrežnjaku, a onda pincetom odlaže u namjenski kontejner.

4.2.4. Igle se odlažu tako što se igla od šprice odvaja potezanjem šprice unazad kada je igla već u otvoru kontejnera za oštri otpad.

4.2.5. U kućnoj posjeti pacijentu obaveza svakog zdravstvenog radnika je da na bezbijedan način vrati u službu upotrijebljene oštre predmete, a zatim dalje postupi po proceduri.

4.3. Postupak sa kontejnerom za odlaganje oštrih predmeta

4.3.1. Kontejner smije biti napunjen do 2/3 njegove zapremine i nakon toga se zatvara bez mogućnosti ponovnog otvaranja (ne sipati dezinfekcijsko sredstvo).

4.3.2. Medicinska sestra/tehničar po zatvaranju kontejnera, isti predaje spremačici, koja kontejner odnosi u prostor za privremeno odlaganje otpada u službi, a potom prema dnevnom rasporedu odlaganja otpada, isti odnosi u centralnu prostoriju za odlaganje infektivnog otpada u ustanovi.

4.3.3. Svaka primopredaja medicinskog otpada se evidentira:

- mjesto nastanka otpada (intervencija, služba, ambulanta),
- vrsta otpada sa šifrom otpada,
- količina otpada,
- datum i vrijeme primopredaje,
- potpis osobe koja je predala otpad, i osobe koja ga je preuzela.

Svaka povreda radnika oštrim predmetom podliježe pismenoj prijavi.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

7 PROCEDURA PRIPREME I STERILIZACIJE INSTRUMENATA I SANITETSKOG MATERIJALA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Sterilizacija je postupak kojim se u potpunosti uništavaju svi oblici mikroorganizama i njihovih spora sa instrumenata i sanitetskog materijala. Priprema za sterilizaciju i sterilizacija medicinskih instrumenata i sanitetskog materijala provodi se u cilju sprječavanja pojave i prenošenja infekcije na pacijente, samog sebe i okruženje.

Cilj procedure je provođnje postupka sterilizacije na jedinstven i siguran način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Priprema instrumenata za sterilizaciju

4.1.1. Korištene instrumente podvrgnuti postupku pranja i mehaničkog čišćenja sasušene krvi, gnoja i drugih izlučevina.

4.1.2. Mekanom četkicom pere se svaki instrument posebno i svaki njegov dio, naročito zglobne dijelove i neravne površine (ne upotrebljavati metalnu četku za pranje instrumenata).

4.1.3. Instrumente prati hladnom vodom, pa toplom vodom, a nakon toga potopiti u dezinfekcijsko sredstvo odgovarajuće koncentracije po uputstvu proizvođača.

4.1.4. Dezinficirane instrumente dobro oprati pod mlazom vode, uz obaveznu zaštitu materijala i instrumenata od fizičkog i termičkog oštećenja, jer grubo odbacivanje i rukovanje istim može uzrokovati njihovo oštećenje.

4.1.5. Dezinficirane i oprane instrumente slagati na višeslojne gaze – kompresе i na za to predviđene površine, radi cijeđenja i brisanja.

4.1.6. Dobro posušene instrumente složiti na posebne rešetke ili u specijalne kasete, a broj i vrsta instrumenata zavise od intervencije za koju su kompleti namijenjeni.

4.1.7. Na kasetu staviti test traku (indikator) za kontrolu sterilizacije, sa upisanim vremenom i datumom sterilizacije.

4.1.8. Poluotvorene kasete sa instrumentima staviti u sterilizator.

4.2. Priprema sanitetskog materijala za sterilizaciju

4.2.1. Složiti gazu različitog oblika i veličina u doboš.

4.2.2. Doboše puniti gazom koja će se upotrijebiti unutar 24 sata.

4.2.3. Gaze slagati „na preklop“ radi lakše cirkulacije vodene pare u cilju efikasne sterilizacije.

4.2.4. Perforacije na dobošu otvoriti.

4.3. Sterilizacija vodenom parom pod pritiskom (autoklav)

4.3.1. Sterilizacija vrućom vodenom parom pod pritiskom je postupak uništavanja svih vrsta mikroorganizama i njihovih spora sa instrumenata i sanitetskog materijala.

4.3.2. Pripremljene kasete sa instrumentima i doboše sa sanitetskim materijalom složiti u autoklav, a vrijeme, pritisak i temperaturu obavezno uskladiti prema uputstvu proizvođača.

4.3.3. Ovisno o vrsti materijala koji se sterilizira u autoklavu, preporučena temperatura kreće se između 126 i 138°C, a pritisak između 1,5 i 2,5 bara, vrijeme sterilizacije je od 3 do 30 minuta.

4.4. Sterilizacija suhom toplotom (suhi sterilizator)

4.4.1. Suhim zrakom sterilizirati predmete koji podnose visoku temperaturu – stakleni i metalni predmeti (instrumenti).

4.4.2. Preporučena temperatura za sterilizaciju instrumenta u suhom sterilizatoru je 160°C u trajanju od dva sata ili 170°C u trajanju od jedan sat od vremena postizanja ciljane temperature.

4.4.3. Ako se koristi viša temperatura može doći do oštećenja oštrih instrumenata.

Nakon završene sterilizacije i vremena hlađenja (optimalno vrijeme je 60 minuta) kasete i perforacije na dobošu zatvoriti, i odložiti doboš na predviđeno, sigurno mjesto.

4.5. Evidencija postupka sterilizacije

- datum i vrijeme uključenja sterilizatora,
- vrsta materijala koji se sterilizira,
- visina temperature na kojoj se sterilizira,
- vrijeme postignute potrebne temperature,
- vrijeme trajanja sterilizacije,
- vrijeme isključenja sterilizatora,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je vršila pripremu i sterilizaciju.

4.6. Kontrola sterilizacije

Kontrola sterilizacije je postupak kojim se provjerava ispravnost i uspješnost provedene sterilizacije. Kontrola se provodi kontinuirano.

4.6.1. Metode kontrole sterilizacije su:

- Fizička metoda je indirektna metoda kojom se konstatira da su temperatura i pritisak u autoklavu ili samo temperatura u suhom sterilizatoru postignuti, a provodi se praćenjem termometra i manometra.
- Hemijska metoda je indirektna metoda i zasniva se na promjeni hemijske materije uslijed djelovanja temperature. Provodi se pomoću namjenskih test traka koje nakon postignute temperature od 160°C mijenjaju boju.
- Biološka metoda je direktna metoda i ujedno i najpouzdanija, jer direktno kontrolira efikasnost eliminacije mikroorganizama. Izvodi se pomoću bakterijskih spora u obliku bioloških indikatora.

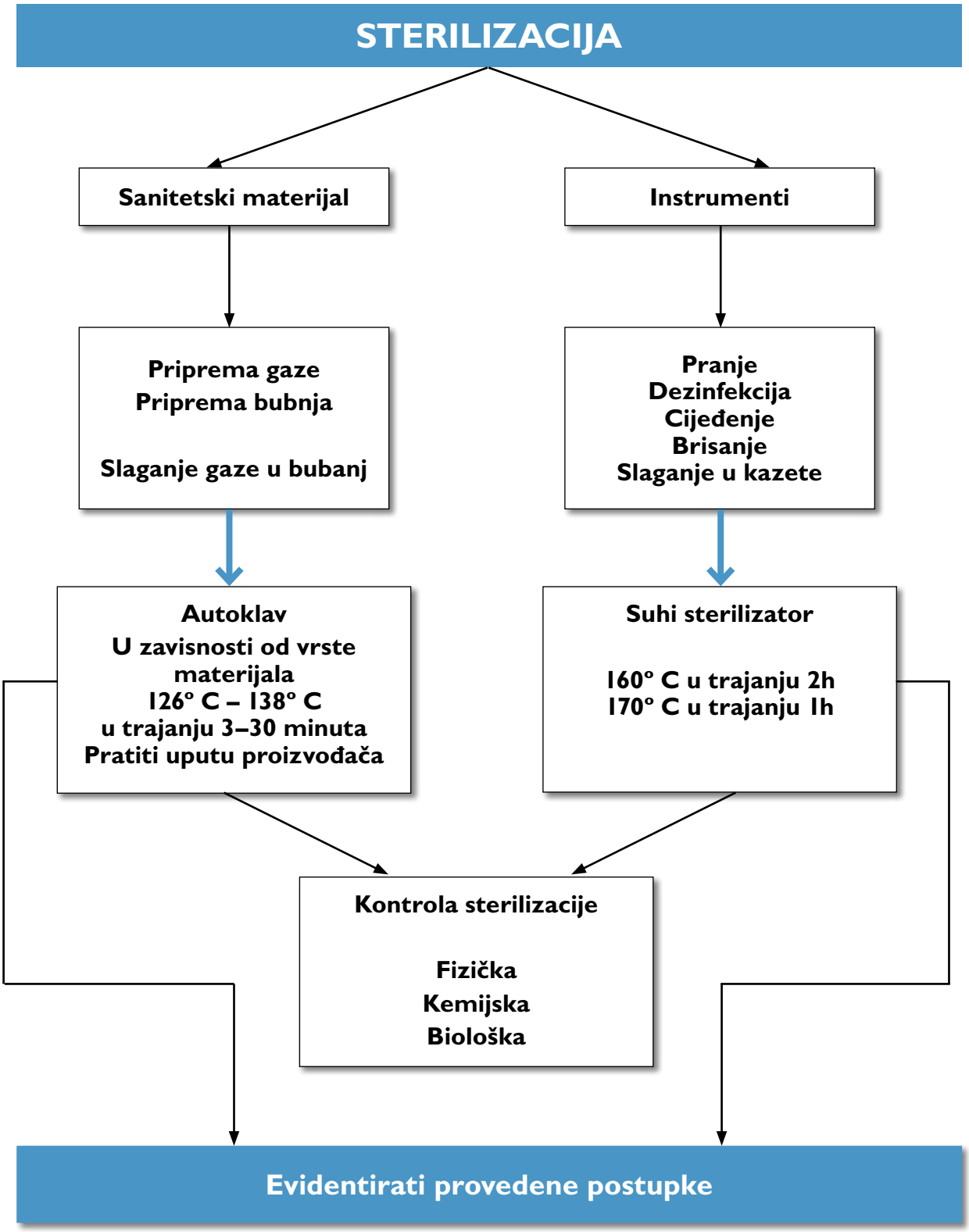
4.6.2. Za svaki sterilizator u knjigu sterilizacije evidentirati nalaze provedenih kontrola sterilizacije kao dokaz ispitivanja i valjanosti sterilizacije.

4.7. Mjere opreza:

- Poslije pranja instrumenata provjeriti postignutu čistoću i funkciju instrumenata.
- Prije sterilizacije instrumente zatvoriti na prvi zub.
- Instrumente sa zglobnim površinama održavati prema uputstvu proizvođača.
- Medicinske sestre/tehničari dužni su pratiti parametre rada uređaja (postignutu temperaturu, pritisak, pad napona ili nestanak električne energije). U slučaju nestanka električne energije postupak sterilizacije ponoviti, osim ako je prekid bio kratkotrajan, te nije utjecao na smanjenje temperature.
- Ukoliko sterilizaciju ne dovršava ista osoba koja je počela proces, u knjigu evidencije upisati ime i prezime medicinske sestre/tehničara koja je završila postupak.
- Kasete sa instrumentima koje nisu otvarane smatraju se sterilnim 72 sata.
- Sterilan materijal čija je upotreba započela nakon 24 sata, više nije sterilan.
- Potrebno je obezbijediti sigurnost sterilnog materijala.
- Kad postoji sumnja u sterilnost materijala, ponoviti proces sterilizacije.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.


STERILIZACIJA
Sanitetski materijal
Instrumenti
Priprema gaze
Priprema bubnja
Slaganje gaze u bubanj
Pranje
Dezinfekcija
Cijeđenje
Brisanje
Slaganje u kazete
Autoklav
U zavisnosti od vrste materijala
126° C – 138° C
u trajanju 3–30 minuta
Pratiti uputu proizvođača
Suhi sterilizator
160° C u trajanju 2h
170° C u trajanju 1h
Kontrola sterilizacije
Fizička
Kemijska
Biološka
Evidentirati provedene postupke

III DIO

PROCEDURE MJERENJA

8 Procedura mjerenja tjelesne mase i visine sa određivanjem indeksa tjelesne mase (BMI)

9 Procedura mjerenja glukoze iz periferne krvi

10 Procedura snimanja elektrokardiograma (EKG)

11 Procedura mjerenja krvnog pritiska

12 Procedura mjerenja pulsa palpacijom

13 Procedura mjerenja tjelesne temperature

14 Procedura antropometrijskog mjerenja djece (percentilne krivulje)

8 PROCEDURA MJERENJA TJELESNE MASE I VISINE SA ODREĐIVANJEM INDEKSA TJELESNE MASE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Indeks tjelesne mase (engleski Body Mass Index, BMI) je okvirni pokazatelj uhranjenosti, koji dovodi u odnos težinu i visinu, a primjenjiv je za osobe starije od 18 godina, osim trudnica i sportaša sa povećanom mišićnom masom. Izračunava se tako da se vrijednost tjelesne mase osobe, dobivene mjerenjem, a izražene u kilogramima, podijeli s kvadratom visine izražene u metrima.

Svrha procedure je pravilno mjerenje tjelesne mase i visine i tačno određivanje indeksa tjelesne mase.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Potrebna oprema

- vaga sa visinomjerom, postavljena na tvrdu podlogu,
- tablica za izračunavanje BMI ili kalkulator.

4.2. Priprema pacijenta

- pacijentu objasniti svrhu, značaj i način izvođenja procedure,
- zamoliti pacijenta da skine cipele i veći dio odjeće, kao i naočale, velike ukosnice ili masivan nakit ukoliko ga ima, ukoliko pacijent koristi ortopedska pomagala (proteza, mider) pacijenta prvo mjeriti sa pomagalima, a zatim posebno izmjeriti pomagala i oduzeti od ukupne težine pacijenta.

4.3. Mjerenje tjelesne težine

4.3.1. Provjeriti ispravnost vage (uteg na 0, „pera“ vage izjednačena).

4.3.2. Pomoći pacijentu da stane na vagu ukoliko je to potrebno.

4.3.3. Pacijent treba stati na vagu leđima okrenut prema visinomjeru, sa rukama spuštenim niz tijelo.

4.3.4. Objasniti pacijentu da je važno da miruje tokom mjerenja.

4.3.5. Veliki uteg klizeći pomaći do udubljenja na skali koje predstavlja vjerovatnu težinu pacijenta (raspon između udubljenja je 10 kg).

4.3.6. Mali uteg klizeći pomjerati (raspon između udubljenja je 100 g dok se „pera“ vage ne izjednače).

4.3.7. Sabrati brojke sa donje i gornje skale kako bi se odredila težina pacijenta.

4.3.8. Vratiti tegove na „0“.

4.4. Mjerenje tjelesne visine

4.4.1. Pacijent stoji ispravljen na postolju vage.

4.4.2. Podignuti mjernu šipku iznad glave pacijenta.

4.4.3. Spuštati šipku dok ne dodirne vrh pacijentove glave.

4.4.4. Pročitati visinu pacijenta.

4.4.5. Pomoći pacijentu da siđe sa vage.

kg \ cm	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200
110	60	56	52	48	45	43	40	38	36	34	32	30	29	27
105	57	53	50	46	43	41	38	36	34	32	31	29	28	26
100	55	51	47	44	41	39	37	34	33	31	29	28	26	25
95	52	48	45	42	39	37	35	33	31	29	28	26	25	24
90	49	46	43	40	37	35	33	31	29	28	26	25	24	23
85	46	43	40	38	35	33	31	39	28	26	25	24	22	21
80	44	41	38	35	33	31	29	28	26	25	23	22	21	20
75	41	38	35	33	31	29	28	26	25	23	22	21	20	18
70	38	35	33	31	29	27	26	24	23	22	21	20	19	18
65	35	33	31	29	27	26	24	23	21	20	19	18	17	16
60	33	30	28	27	25	24	22	21	20	19	18	17	16	15
55	30	28	26	25	23	22	20	19	18	18	16	16	15	14
50	27	25	23	22	21	20	19	18	18	18	15	14	13	13
45	24	23	21	20	19	18	18	18	18	18	14	13	12	12
40	22	20	19	18	18	18	18	18	18	18	11	11	10	10
35	19	18	16	15	14	13	13	12	11	11	10	9	9	9

Slika 3.1 Tabela sa izračunatim vrijednostima BMI

4.5. Izračunavanje BMI

Vrijednosti dobivene mjerenjem visine (u m) i težine u (kg) uvrstiti u formulu ili koristiti tablice sa već izračunatim vrijednostima BMI.

BMI = masa (kg) / visina^2 (m^2)

4.6. Tabela uhranjenosti

BMI	Klasifikacija
<18	Pothranjenost
19 – 25	Idealna težina
26 – 30	Prekomjerna tjelesna masa
>31	Pretilost

Tabela 3.1 – tabela uhranjenosti

4.7. Evidencija

Po završetku ove procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme mjerenja,
- vrijednost dobijenu mjerenjem i izračunavanjem BMI,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

9 PROCEDURA MJERENJA GLUKOZE IZ PERIFERNE KRVI

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Cilj procedure je obezbijediti precizno mjerenje glukoze iz periferne krvi (GUK) elektronskim aparatom (glukometar).

Korištenje glukometra ima svoje prednosti: jednostavan postupak, brzo dobivanje rezultata i smanjenje komplikacija vezanih za punkciju vene.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Glukoza u perifernoj krvi se mjeri po nalogu ljekara i u zavisnosti od stanja pacijenta po procjeni medicinske sestre/tehničara.

4.1. Priprema materijala

- glukometar,
- trakice za mjerenje GUK-a,
- lanceta,
- rukavice,
- bubrežnjak,
- kontejner za odlaganje oštrih predmeta,
- dezinfekcijsko sredstvo,
- tupfer vate.

4.2. Priprema pacijenta

Procedura se obavlja u saglasnosti sa pacijentom tj. njegovim pristankom i objašnjenim razlozima zbog čega se procedura obavlja.

4.3. Postupak mjerenja

4.3.1. Oprati ruke sapunom, toplom vodom, posušiti i navući rukavice.

4.3.2. Aparat pokrenuti po uputstvu proizvođača.

4.3.3. Umetnuti odgovarajuću trakicu u aparat.

4.3.4. Provjeriti kôd trakice.

4.3.5. Obrisati jagodicu prsta nedominantne ruke dezinfekcijskim sredstvom i pustiti da se osuši.

4.3.6. Izvršiti ubod.

4.3.7. Slijedi usisavanje ili nakapavanje krvi na traku u zavisnosti od vrste aparata.

4.3.8. Poslije obavljenog uzimanja uzorka krvi staviti tupfer na ubodno mjesto.

4.3.9. Očitati rezultat mjerenja na aparatu, zapisati rezultat i obavijestiti ljekara o vrijednosti GUK-a kod pacijenta.

4.4. Odlaganje upotrijebljenog materijala

- lancetu odložiti u kontejner za odlaganje oštrog otpada,
- upotrijebljenu trakicu odlažiti u kantu za infektivni otpad,

– rukavice odložiti u infektivni otpad ukoliko su iste došle u kontakt sa krvlju pacijenta.

4.5. Evidencija

Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

– opće podatke pacijenta,
– datum i vrijeme mjerenja GUK-a,
– vrijednost GUK-a dobijenu mjerenjem,
– potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

10 PROCEDURA SNIMANJA ELEKTROKARDIOGRAMA (EKG)

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Elektrokardiografija (EKG) je neinvazivni postupak registriranja električnih potencijala, koje srce proizvodi svojim radom. Standardni elektrokardiogram sastoji se od 12 odvoda, tri standardna odvoda (I, II, III), tri unipolarna odvoda ekstremiteta (aVR, aVL, aVF), te šest prekordijalnih odvoda (od V1 do V6).

Praćenje srčanog rada putem grafičkog zapisa električnog potencijala srca radi se u cilju postavljanja dijagnoze srčanih oboljenja, brzoj kliničkoj orijentaciji o stanju pacijenta ili radi odluke o daljem terapijskom postupku.

Intervenciju po jedinstvenoj proceduri izvodi medicinska sestra/tehničar samostalno ili po nalogu ljekara.

Svrha ove procedure je pravilno i tehnički ispravno izvođenje postupka snimanja EKG–a.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

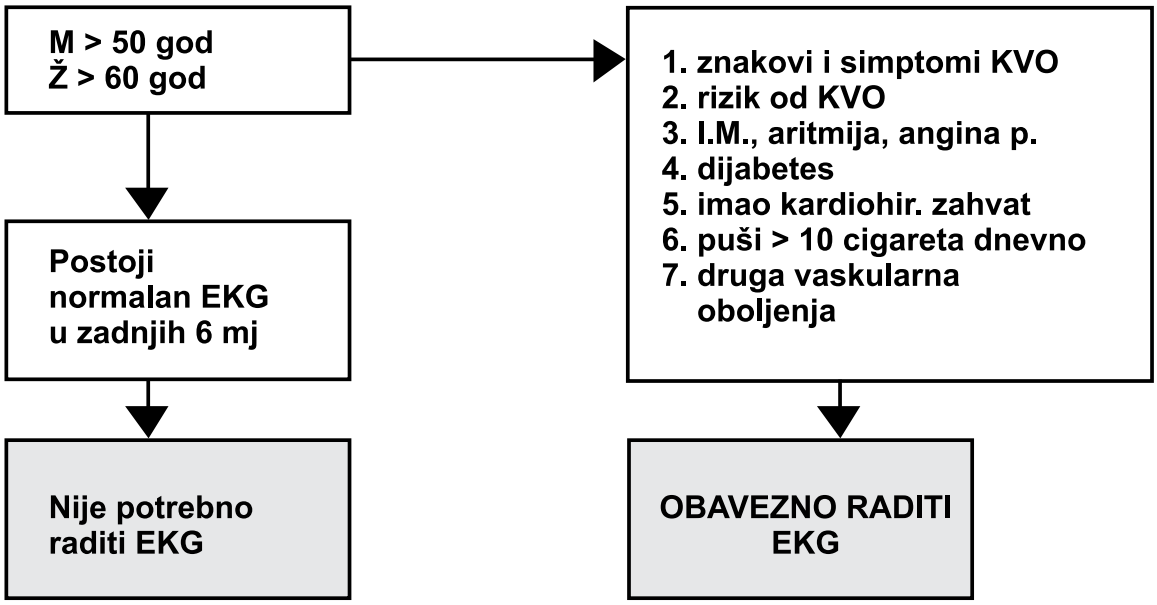
4.1. Indikacije za provođenje EKG postupka

4.1.1. Indikacije za samostalno provođenje EKG postupka od strane medicinske sestre/tehničara.

Provođenje dijagnostičkog EKG postupka tokom hitne medicinske pomoći, posebno ako se radi o prisutnosti boli u prsima, otežanom disanju, aritmiji ili drugim znakovima i simptomima koji upućuju na mogućnost postojanja akutne kardiovaskularne bolesti.

4.2. Materijal i pribor potreban za snimanje EKG–a

– EKG aparat,
– EKG traka,
– elektrode,
– elektroprovodljivi gel,
– papirnati ubrusi za brisanje.



Slika 3.2 Algoritam za provođenje EKG postupka

4.3. Priprema pacijenta

- osigurati privatnost (zatvoriti vrata, postaviti paravan),
- ukoliko stanje pacijenta dozvoljava, objasniti pacijentu postupak snimanja,
- uputiti pacijenta da oslobodi grudni koš i ekstremitete od odjeće i nakita (ukoliko je potrebno pacijentu pružiti pomoć),
- po potrebi obrijati grudni koš pacijenta,
- smjestiti pacijenta u udoban položaj ležeći ili sjedeći (visoki Fowlerov položaj),
- postaviti elektrode uz prethodno nanošenje gela na kožu, na mjesta gdje će biti postavljene elektrode (u nedostatku gela koristiti vodu).

4.4. Otkloniti sve faktore koji mogu da ometaju dobijanje ispravnog EKG snimka

- kontakt pacijenta sa metalnim dijelovima,
- loš kontakt elektroda sa kožom,
- dodirivanje pacijenta tokom snimanja,
- zapetljani kablovi,
- savjetovati pacijenta da se opusti.

4.5. Postavljanje elektroda na ekstremitete:

- unutrašnja strana desnog ručnog zgloba – **CRVENA**,
- unutrašnja strana lijevog ručnog zgloba – **ŽUTA**,
- unutrašnja strana lijevog gležnja – **ZELENA**,
- unutrašnja strana desnog gležnja – elektroda za uzemljenje – **CRNA**,
- u slučaju amputiranog ekstremiteta koristiti preostali batrljak.

4.6. Postavljanje elektroda na grudni koš V1 – V6

- V1 – četvrti interkostalni prostor (IKP) parasternalno DESNO,
- V2 – četvrti IKP parasternalno LIJEVO,
- V4 – iktus – jedan prst medialno od medioklavikularne linije, peti IKP,

- V3 – između V2 i V4,
- V5 – peti IKP u prednjoj aksilarnoj liniji,
- V6 – peti IKP u srednjoj aksilarnoj liniji.

4.7. Prilikom pokretanja EKG aparata potrebno je poštovati upute za korištenje koje je dao proizvođač.

4.8. Kada aparat završi snimanje, skinuti elektrode, obrisati celštofom ostatke gela sa kože pacijenta, očistiti elektrode od gela i uredno ih složiti (odvojiti kablove).

4.9. Na EKG zapisu upisati: ime i prezime pacijenta, godište, datum i vrijeme snimanja.

4.10. Održavanje aparata

Čišćenje aparata:

- isključiti aparat iz strujnog napajanja,
- otopinom blagog deterdženta obrisati površinu aparata, posušiti papirnatim ubrusom,
- otopinom blagog deterdženta očistiti površinu kablova, pa posušiti,
- dezinficirati elektrode tkaninom natopljenom alkoholnim dezinficijensom.

4.11. Evidencija

Po završetku ove procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

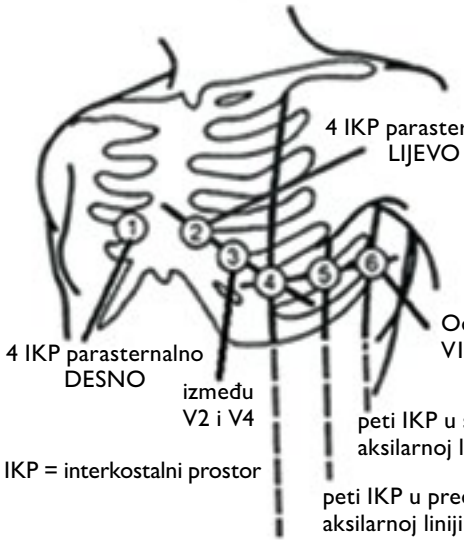
- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme kada je rađen EKG,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

SMJERNICE ZA EKG

Prekordijalni odvodi



IKP = interkostalni prostor

Odvodi na ekstremitetima



U slučaju amputacije,
koristiti preostali bataljak

PRAVILO SEMAFORA
u smjeru kazaljke na satu
kod postavljanja prekordijalnih odvoda

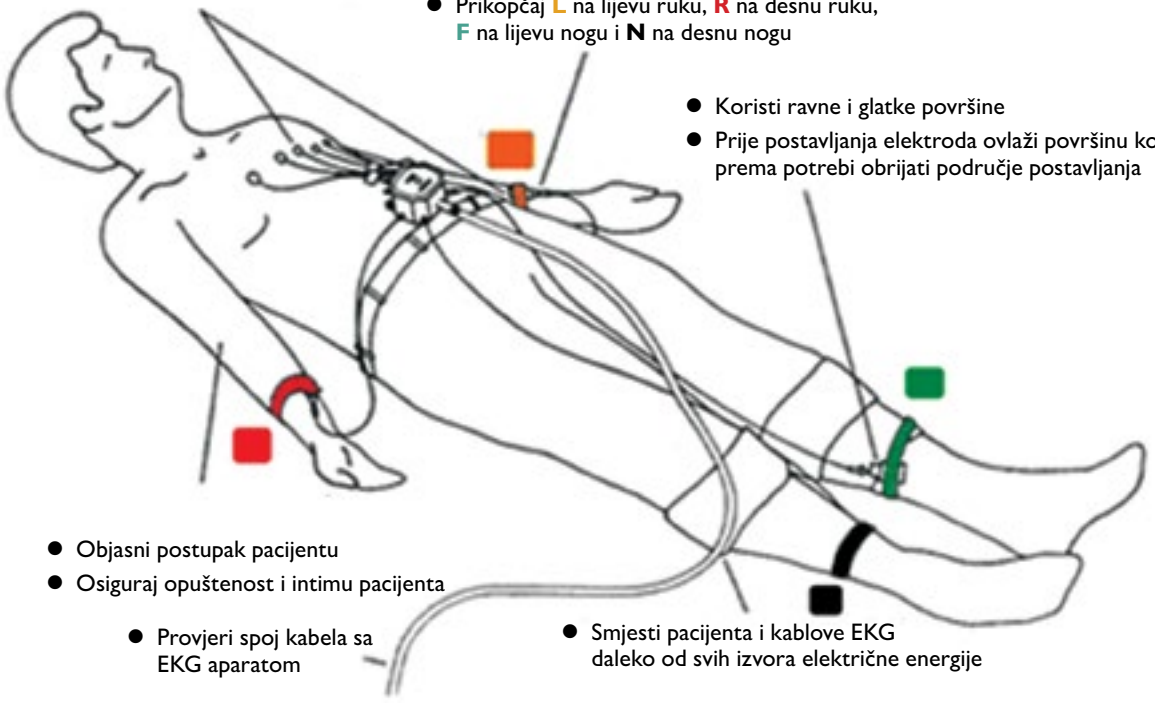
crveno **desna ruka** **žuto** **lijeva ruka** **zeleno** **lijeva noga**

i desna noga – crno



- Koristi ravne i glatke površine
- Prije postavljanja elektroda ovlaži površinu kože, prema potrebi obrijati

- Prikopčaj odvode u držače elektroda
- Prikopčaj **L** na lijevu ruku, **R** na desnu ruku, **F** na lijevu nogu i **N** na desnu nogu



- Koristi ravne i glatke površine
- Prije postavljanja elektroda ovlaži površinu kože, prema potrebi obrijati područje postavljanja

- Objasni postupak pacijentu
- Osiguraj opuštenost i intimu pacijenta

- Provjeri spoj kabela sa EKG aparatom

- Smjesti pacijenta i kablove EKG daleko od svih izvora električne energije

II PROCEDURA MJERENJA KRVNOG PRITISKA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Mjerenje krvnog pritiska/tlaka predstavlja važnu dijagnostičku metodu, a provodi je ljekar ili medicinska sestra/tehničar u okviru fizikalnog pregleda ili praćenja terapeutskog učinka. Pomoću tlakomjera na živu ili pero i slušalica utvđuje se sistolički i dijastolički pritisak izražen u mm Hg.

Svrha procedure je izvršiti mjerenje krvnog pritiska/tlaka na jedinstven i siguran način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Priprema materijala

- tlakomjer na živu ili na pero,
- stetoskop.

4.2. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta,
- objasniti pacijentu postupak mjerenja krvrnog pritiska kao i saradnju koja se od njega očekuje,
- pacijenta smjestiti u sjedeći ili ležeći položaj, sa rukom ispruženom u nivou srca i oslonjenom na ravnu podlogu i dlanom okrenutim prema gore,
- mjerenje vršiti nakon 5 minuta mirovanja, ukoliko okolnosti i stanje pacijenta to dozvoljavaju.

4.3. Postupak mjerenja krvnog pritiska/tlaka

Manžetu iz koje je ispumpan vazduh obmotati oko gole nadlaktice pacijenta iznad antekubitalne jame (unutrašnji dio lakta). Pri mjerenju krvnog pritiska kod odraslih, staviti donju ivicu manžete oko 2,5 cm iznad pregiba lakta. Centralni dio manžete treba da bude tačno iznad sredine lakatne jame. Većina manžeti ima strelicu koja treba da se pozicionira iznad brahijalne arterije. Manžeta treba da obuhvata najmanje 80% cirkumferencije nadlaktice i da pokriva dvije trećine dužine nadlaktice. Dimenzija male manžete iznosi 9x28 cm, standardne 12x35 cm, a velike manžete 15x34 cm.

4.3.1. Staviti slušalice stetoskopa u uši.

4.3.2. Stetoskopom detektovati najjače otkucaje i držati ga na tom mjestu jednom rukom.

4.3.3. Palcem i kažiprstom druge ruke okrenuti ventil na gumenom dijelu vazdušne pumpice u smjeru kretanja kazaljke na satu da bi se zatvorio ventil.

4.3.4. Brzo napuhati manžetu stiščući gumenu pumpicu i to za 20 do 40 jedinica iznad nivoa posljednjeg čujnog zvuka. Ne napuhivati manžetu polako, jer će se dobiti lažne vrijednosti.

4.3.5. Otvorati ventil vazdušne pumpice i polako ispuštati vazduh iz manžete, ne brže od 2–3 mm u sekundi.

4.3.6. Pažljivo slušati i registrirati prvi otkucaj, očitati vrijednost na skali kada se otkucaj pojavio (sistolički pritisak), zatim registrirati posljednji ton (dijastolički pritisak).

4.3.7. Izprazniti manžetu otvaranjem ventila.

4.3.8. Ukoliko je potrebno ponoviti mjerenje, pričekati 2–3 minute prije ponovnog napuhavanja manžete.

4.3.9. Po završetku mjerenja medicinska sestra/tehničar koja je vršila mjerenje krvnog pritiska dezinficira slušalice i membranu stetoskopa i odlaže ga na predviđeno mjesto.

4.3.10. Prilikom prvog dolaska pacijenta ljekaru i prvog mjerenja pritiska, mjerenje izvršiti na obje ruke.

4.4. Evidencija

Po završetku mjerenja medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu,
- datum i vrijeme mjerenja,
- vrijednost pritiska dobijenog mjerenjem,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

12 PROCEDURA MJERENJA PULSA PALPACIJOM

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Puls je odraz rada srca na perifernim arterijama. Mjeri se palpacijom drugim, trećim i četvrtim prstom na površnim arterijama koje imaju čvrstu podlogu u toku 60 sekundi. Normalan broj otkucaja kod zdravog, odraslog čovjeka u stanju mirovanja je između 60 i 80 u minuti.

Mjerenje pulsa predstavlja postupak kojim se dobiva značajan anamnestičko–dijagnostički podatak neophodan za uspješan tretman određenih stanja i oboljenja. Cilj mjerenja je procijeniti frekvenciju, ritam i punoću pulsa.

Svrha procedure je izvršiti mjerenje pulsa na siguran i jedinstven način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Priprema materijala

- štoperica, sat sa sekundarom ili digitalni sat.

4.2. Priprema pacijenta:

- identificirati pacijenta,
- objasniti postupak,
- dopustiti pitanja,
- smjestiti pacijenta u odgovarajući položaj.

4.3. Provođenje postupka mjerenja pulsa

Prije mjerenja pulsa potrebno je obratiti pažnju na faktore koji utječu na vrijednost pulsa kao što su kardiovaskularni status, lijekovi, dob, spol, tjelesna temperatura, stres, kao i na proteklo vrijeme od posljednje fizičke aktivnosti pacijenta. Najčešće se mjeri na arteriji radijalis, a može se mjeriti i na arteriji brahijalis, arteriji temporalis, arteriji carotis, arteriji femoralis, arteriji poplitea, arteriji dorzalis pedis i arteriji tibialis posterior.

4.3.1. Oprati ruke.

4.3.2. Palpacijom pronaći pulsacije na arteriji.

4.3.3. Mjeriti jagodicama 2, 3, i 4. prsta laganim pritiskom na arteriju tokom jedne minute (kod aritmija mjeriti dvije minute, a prema procjeni i duže), frekvenciju uz kontrolu sata, procijeniti ritam (ritmičan–aritmičan), punjenost (jako punjen, normalan, slabo punjen i ne palpira se).

4.3.4. Oprati ruke.

4.3.5. Rezultat izmjerenog pulsa saopštiti ljekaru.

4.4. Evidencija

Po završetku ove procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme mjerenja pulsa,
- frekvencija, ritam i punjenost,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

13 PROCEDURA MJERENJA TJELESNE TEMPERATURE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Tjelesna temperatura je razlika između količine toplote proizvedene tjelesnim procesima i količine tjelesne toplote izgubljene u vanjsku okolinu. Središnja temperatura ili temperatura dubokih tkiva je pod kontrolom hipotalamusa i kreće se unutar uskog raspona. Raspon normalne tjelesne temperature mjerene aksilarno kreće se od 36,0–37,2°C. Promjene tjelesne temperature tokom dana zavise o brojnim faktorima: dobu dana, tjelesnom naporu, emocionalnom stanju, menstrualnom ciklusu, trudnoći, bolestima i drugo. Na nivou primarne zdravstvene zastite tjelesna temperatura se najčešće mjeri aksilarno i/ili rektalno. Proceduru izvodi medicinska sestra/tehničar.

Svrha procedure je izvršiti mjerenje tjelesne temperature na pravilan i siguran način po jedinstvenoj proceduri.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Mjerenje tjelesne temperature aksilarno

Aksilarno se temperatura mjeri pomoću termometra na živu ili digitalnim termometrom. Kontraindikacije aksilarnog mjerenja tjelesne temperature su: upalni proces u potpazušnoj jami, nepristupačnost, invalidnost i jako mršave osobe.

4.1.1. Priprema materijala

- termometar,
- sat,
- ubrus ili tupferi vate,
- dezinfekcijsko sredstvo,
- bubrežnjak.

4.1.2. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta,
- pacijentu objasniti postupak mjerenja i udobno ga smjestiti,
- zamoliti pacijenta da papirnim ubrusom posuši pazušnu jamu, ukoliko je potrebno pomoći pacijentu.

4.1.3. Postupak mjerenja

4.1.3.1. Ukoliko se radi o živinom toplomjeru, provjeriti da li se živa u stupcu nalazi ispod 36 °C.

4.1.3.2. Staviti vrh toplomjera u centralni dio aksile između kožnih nabora, tako da ne izlazi na suprotnu stranu.

4.1.3.3. Uputiti pacijenta da ruku gdje se nalazi toplomjer usmjeri prema suprotnom ramenu.

4.1.3.4. Ukoliko stanje pacijenta to ne dozvoljava, ruku pridržava medicinska sestra/tehničar.

4.1.3.5. Mjeriti temperaturu od 3 do 5 minuta živinim termometrom, dok elektronski termometar signalizira izmjerenu temperaturu.

4.1.3.6. Temperatura se očita i vrijednost upisuje u medicinsku dokumentaciju.

4.1.3.7. Nakon mjerenja, termometar oprati mlakom vodom i tekućim deterdžentom, posušiti i spremiti ili obrisati dezinfekcijskim sredstvom.

4.2. Mjerenje tjelesne temperature rektalno

Indikacije rektalnog mjerenja temperature su kod male djece, kontraindikacija aksilarnog mjerenja temperature i ukoliko se sumnja na zapaljivi proces u trbušnoj duplji.

Kontraindikacije rektalnog mjerenja temperature su: upalni proces u rektumu, dijarea i agitirani pacijenti.

4.2.1. Priprema materijala

- rektalni termometar,
- sat,
- vazelin ili parafinsko ulje,
- ubrus ili tupferi vate,
- dezinfekcijsko sredstvo,
- bubrežnjak.

4.2.2. Priprema pacijenta

Pacijentu objasniti postupak mjerenja i namjestiti ga u odgovarajući položaj (bočni položaj sa savijenim nogama prema trbuhu; djeca zauzimaju položaj na leđima sa podignutim nogama koje pridržava medicinska sestra/tehničar).

4.2.3. Postupak rektalnog mjerenja tjelesne temperature

4.2.3.1. Navući rukavice. Jednom rukom razmaknuti gluteuse, a drugom rukom u kojoj se nalaze tupferi vate natpoljeni tečnim sapunom obrisati analni otvor.

4.2.3.2. Vrh termometra namazati vazelinom ili parafinskim uljem i lagano uvući vrh termometra u rektum, novorođenčeta do 1,5 cm, male djece do 2,5 cm, a odrasli od 3 do 5 cm.

4.2.3.3. Za vrijeme mjerenja pridržavati termometar: živin 3–5 minuta; elektronski do zvučnog signala.

4.2.3.4. Termometar izvaditi, obrisati tupferom vate i očitati izmjerenu vrijednost.

4.2.3.5. Nakon mjerenja termometar oprati mlakom vodom i tekućim deterdžentom, posušiti i spremiti ili obrisati dezinfekcijskim sredstvom.

4.2.3.6. Skinuti rukavice i oprati ruke.

4.3. Evidencija

Po završetku ove procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme mjerenja temperature,
- vrijednost izmjerene temperature,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

14 PROCEDURA ANTROPOMETRIJSKOG MJERENJA DJECE (PERCENTILNE KRIVULJE)

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Antropometrijska mjerenja djece spadaju u svakodnevne, rutinske radnje medicinskih sestara/tehničara u okviru pružanja usluga zdravstvene zaštite predškolskoj i školskoj djeci. Antropometrijsko mjerenje djece je jedna od metoda praćenja pravilnog rasta, a provodi se mjerenjem obima glave, dužine–visine i tjelesne mase, uspoređujući dobivene vrijednosti sa standardima koji je postavila Svjetska zdravstvena organizacija (SZO).

Svrha procedure je mjerenje antropometrijskih parametara kod djece na jedinstven i siguran način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Praćenje rasta djeteta obuhvata

- mjerenje obima glave, tjelesne visine (dužine) i tjelesne mase,
- evidencija dobivenih podataka u zdravstveni karton djeteta,
- poređenje dobijenih podataka sa standardima djece istog spola i uzrasta,
- identifikacija djece sa poremećajima u rastu i razvoju.

4.2. Potrebna oprema

- plastificirani centimetar (ne platneni, jer se upotrebom izdužuje),
- vaga s polugom (decimalna vaga), vaga s visinomjerom,
- korito za mjerenje dužine djeteta ili dužinomjer,
- obrazac percentilne krivulje za dječake i/ili djevojčice.

4.3. Priprema prostora

Prostorija u kojoj se vrši mjerenje treba biti svijetla, prozračna i topla.

4.4. Priprema djeteta

- majci ili pratnji objasniti svrhu, značaj i način izvođenja procedure,
- zamoliti majku (pratnju) da raspremi dijete,
- mjerenja vršiti po mogućnosti prije obroka.

4.5. Mjerenje težine i dužine dojenčeta

- Mjerenje težine dojenčeta vršiti na kalibriranoj, digitalnoj ili mehaničkoj vagi, dezinficiranoj i prekrivenoj čistom pelenom. Golo dijete staviti na vagu i na skali očitati vrijednost tjelesne težine;

– Mjerenje dužine: postaviti dijete u dezinficirano korito prekriveno pelenom ili na dužinometar, tako da su donji ekstremiteti u ekstenziji. Mjeriti od vrha glave do pete;
– Dobivene vrijednosti upisati u obrazac percentilne krivulje za dužinu, tako što na horizontalnoj liniji ili apscisi označimo uzrast djeteta u mjesecima, a na vertikalnoj liniji ili longitudinali, tjelesnu dužinu u centimetrima;
– Dobivene vrijednosti spojiti u tačku. Tačke iz više mjerenja spojiti u krivulju koja se poredi sa standardnom krivuljom.

4.6. Mjerenje obima glave

– obim glave mjeriti frontookcipitalnom linijom,
– centimetar postaviti na potiljak, zatim voditi oko glave uz gornji rub ušnih školjki, iznad obrva i preko okcipitalne izbočine (pomicanjem centimetra preko stražnjeg dijela traži se najveći obim glave),
– mjeriti obim glave djeteta do navršene druge godine života ili dok se ne zatvori velika fontanela,
– vrijednosti dobivene mjerenjem upisati na obrazac percentilne krivulje za obim glave, tako što na horizontalnoj liniji ili apscisi treba označiti uzrast djeteta u mjesecima, a na vertikalnoj liniji ili longitudinali, obim glave djeteta u centimetrima,
– dobivene vrijednosti spojiti u tačku, tačke iz više mjerenja spojiti u krivulju koja se poredi sa standardom.

4.7. Mjerenje visine i težine djece

– Mjerenje težine i visine djece vrši medicinska sestra/tehničar na vagi sa visinomjerom, najmanje dva puta godišnje, prilikom sistematskih pregleda i na zahtjev ljekara;
– Osloboditi dijete od odjeće do donjeg veša, postaviti ga da stoji se leđima okrenutim visinomjeru, rukama spuštenim niz tijelo, sa uzdignutom glavom i sastavljenim nogama;
– Objasniti djetetu da je važno da miruje tokom mjerenja.

Mjerenje visine

– Podignuti mjernu šipku iznad glave djeteta;
– Spuštati šipku dok ne dodirne vrh glave djeteta;
– Očitanu vrijednost mjerenja evidentirati u Obrazac za praćenje rasta.

Mjerenje težine

– Težinu mjeriti tako što veliki uteg klizeći treba pomicati do udubljenja na skali koje predstavlja vjerovatnu težinu djeteta (raspon između udubljenja je 10 kg);
– Mali uteg klizeći pomjerati (raspon između udubljenja je 100 g) dok se „pera“ vage ne izjednače;
– Sabrati brojke sa donje i gornje skale i vrijednost evidentirati u Obrazac za praćenje rasta;
– Vratiti tegove na „0“;
– Pomoći djetetu da siđe sa vage;
– Dobivene vrijednosti upisati na obrascu za tjelesnu težinu i visinu, tako što na horizontalnoj liniji ili apscisi označimo uzrast djeteta u godinama, a na vertikalnoj liniji ili longitudinali, tjelesnu težinu u kilogramima i visinu u centimetrima;
– Dobivene vrijednosti spojiti u tačku. Tačke iz više mjerenja spojiti u krivulju koja se poredi sa standardom.

4.8. Evidencija

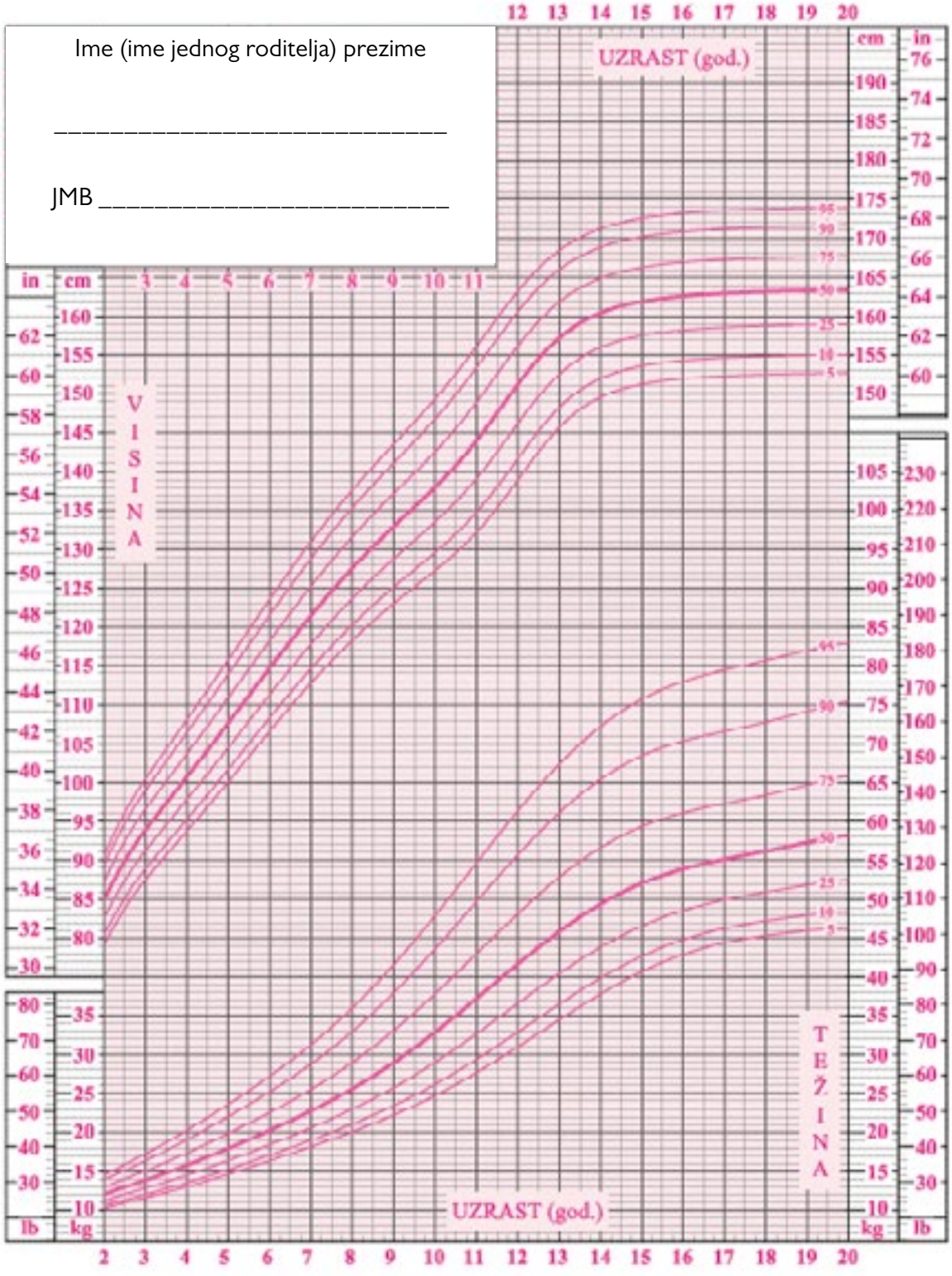
Po završetku ove procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

– opće podatke o djetetu (pacijentu),
– datum mjerenja,
– vrijednosti dobivene mjerenjem i izračunavanjem,
– potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

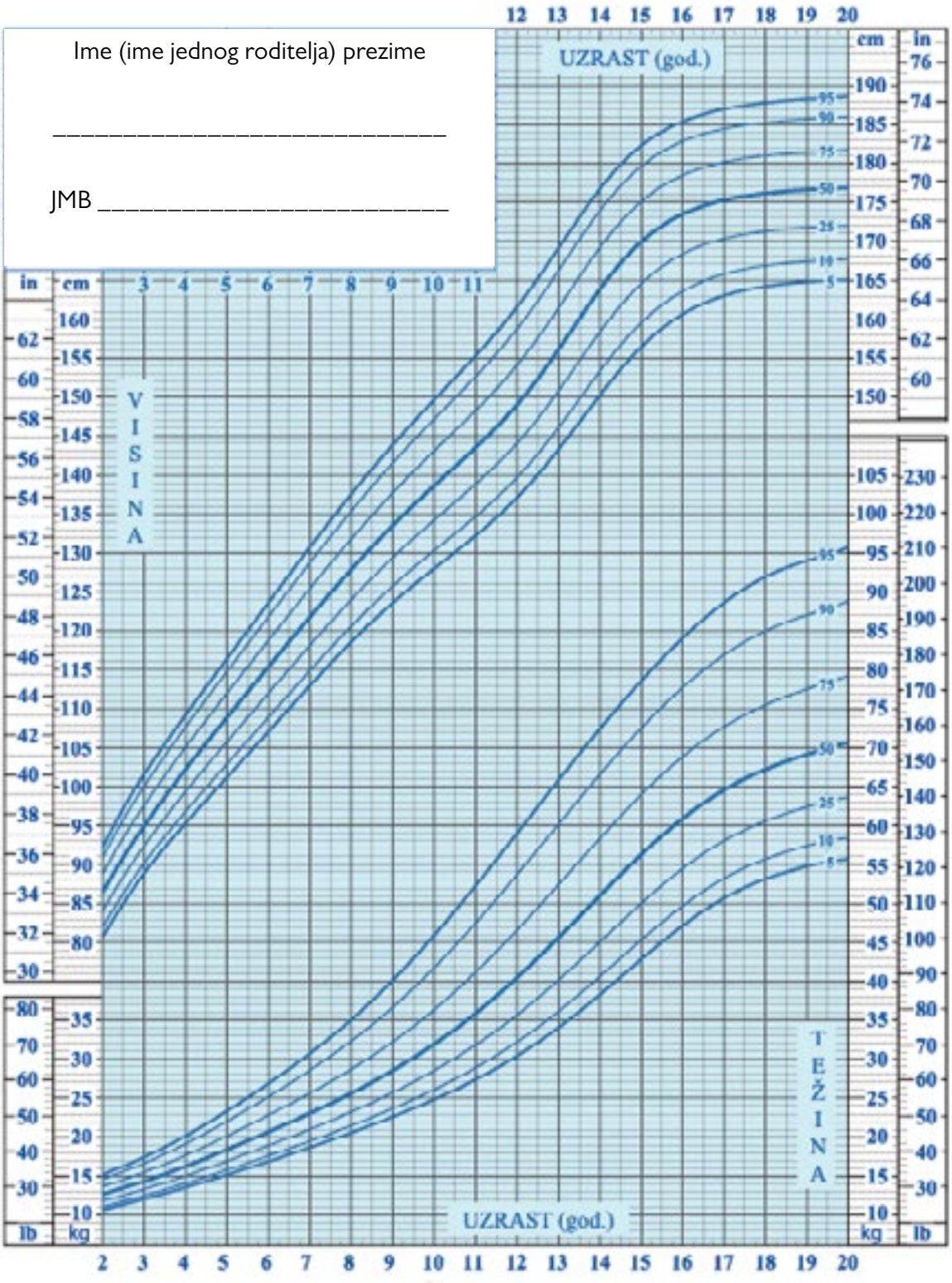
5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

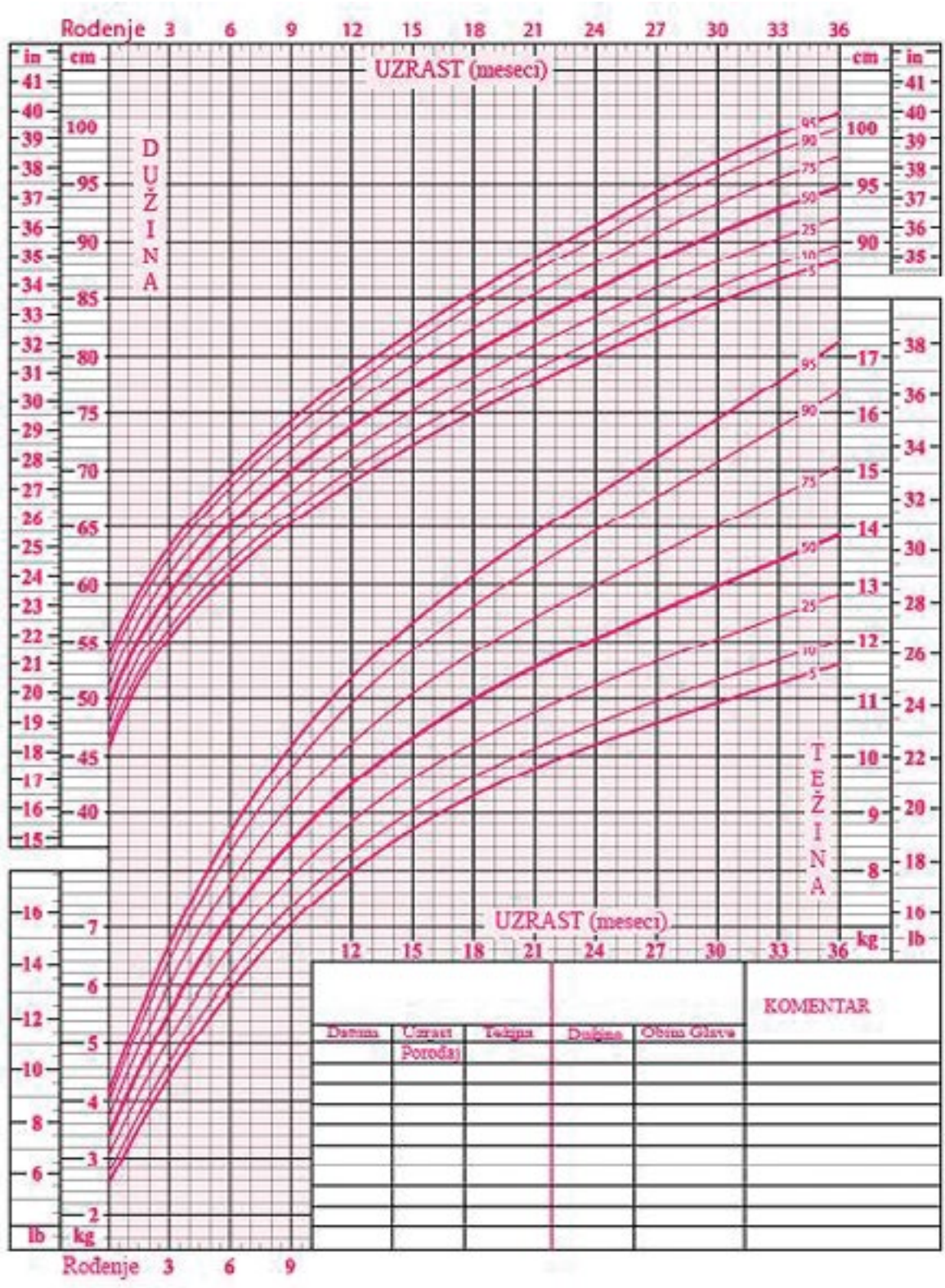
OBRAZAC ZA PRAĆENJE RASTA
(djevojčice od 2 do 20. godina)



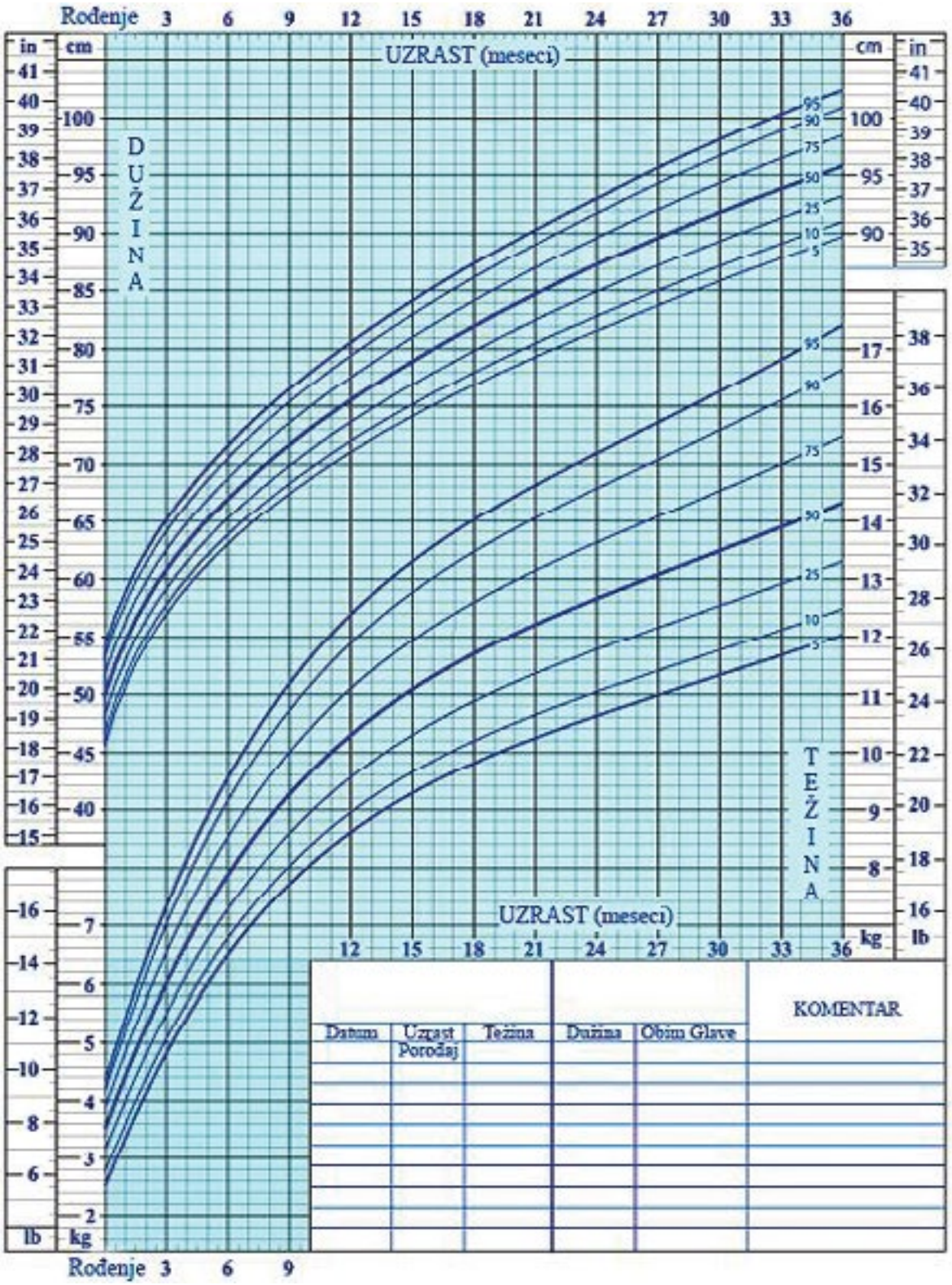
OBRAZAC ZA PRAĆENJE RASTA
(dječaci od 2 do 20 godina)



OBRAZAC ZA PRAĆENJE RASTA
(djevojčice od rođenja do 36. mj.)



OBRAZAC ZA PRAĆENJE RASTA
(dječaci od rođenja do 36. mj.)



IV DIO

PROCEDURE PRIMJENE LIJEKA

15 Procedura za primjenu pet pravila (5P) prije primjene lijeka

16 Procedura navlačenja lijeka iz bočice (flakona) i ampule

17 Procedura uspostavljanja venskog puta

18 Procedura primjene lijeka u venu – intravenska injekcija

19 Procedura primjene lijeka putem periferne intravenske kanile

20 Procedura primjene infuzijske otopine

21 Procedura primjene lijeka pod kožu – supkutana injekcija

22 Procedura intramuskularne primjene lijeka

23 Procedura primjene lijeka u oko

24 Procedura primjene lijeka u uho

25 Procedura primjene lijeka u nos

26 Procedura primjene kisika u terapijske svrhe

27 Procedura primjene lijeka inhalacijom

15 PROCEDURA ZA PRIMJENU PET PRAVILA (5P) PRIJE PRIMJENE LIJEKA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Pet pravila je postupak čijim se smjernicama osigurava pravilna primjena lijekova. Svrha ove procedure je sigurna primjena svih lijekova propisanih od strane ljekara.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Pet pravila (5P) je obavezni postupak koji mora provesti svaka medicinska sestra/tehničar prije primjene lijekova. Prije primjene pročitati upute o lijeku (prospekt), poštivati preporuke proizvođača i rok trajanja.

4.1. Pravi pacijent

- Identificirati pacijenta.

4.2. Pravi lijek

- Uporediti ime propisanog lijeka na receptu sa imenom lijeka na originalnom pakovanju lijeka.
- Provjeriti rok trajanja.
- Provjeriti boju, izgled i svojstva lijeka.

4.3. Prava doza

- Pripremiti propisanu dozu i količinu (potreban je poseban oprez kod lijeka koji na omotnici/etiketi lijeka ima naznačenu jednu mjernu jedinicu, a propisana je druga mjerna jedinica – npr. mg/ml).

4.4. Pravo vrijeme

- Ordinirani lijek primijeniti u propisano vrijeme.

4.5. Pravi način

- Provjeriti način primjene propisanog lijeka na receptu uspoređujući sa uputama koje se nalaze na originalnom pakovanju.
- Poštivati upute proizvođača.
- Sve nejasnoće na receptu provjeriti prije primjene lijeka.
- Evidentirati primjenu lijeka na receptu i u zdravstvenoj dokumentaciji.

VAŽNO: Nije preporučeno davati lijek koji je pripremio neko drugi. Lijek uvijek lično pripremiti i dati pacijentu, uz njegovu saglasnost (potpis) ukoliko se radi o parenteralnoj terapiji.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

16 PROCEDURA NAVLAČENJA LIJEKA IZ BOČICE (FLAKONA) I AMPULE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Ovom procedurom se definira postupak pravilnog i sigurnog navlačenja lijeka iz ampule ili bočice (flakona) za parenteralnu primjenu pomoću igle i šprice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Navlačenje lijeka provodi medicinska sestra/tehničar koja će vršiti i aplikaciju lijeka.

Navlačenje pripremljenog, pismeno ordiniranog lijeka ili otopine obavlja se pod aseptičnim uvjetima.

Lijek može biti u ampulama ili bočicama/flakonima, kao pripremljen pripravak, ili u obliku praha, kojeg otapamo prije navlačenja u špricu. Lijek se aplicira odmah nakon navlačenja.

U okviru pripreme lijeka potrebno je preduzeti slijedeće mjere sigurnosti:

- provjeriti ispravnost roka upotrebe lijeka,
- provjeriti ispravnost pakovanja lijeka,
- provjeriti naziv i dozu lijeka (uporediti sa receptom),
- način primjene i koncentracija otopine prema uputi na prospektu i uporediti sa receptom ljekara,
- pogledati izgled otopine (organoleptička svojstva).

4.1. Priprema pribora i materijala

- radni prostor i površine za provođenje postupka moraju biti čiste i uredne,
- tacna ili kolica,
- odgovarajući lijek,
- sredstvo za dezinfekciju,
- šprica i igla potrebnog lumena i veličine,
- tupferi od vate,
- posuda za nečisto,
- kontejner za odlaganje oštrih predmeta,
- rukavice.

4.2. Izvođenje postupka navlačenja lijeka iz ampule

4.2.1. Oprati ili dezinficirati i posušiti ruke, navući rukavice.

4.2.2. Iz gornjeg dijela ampule polukružnim pokretom spustiti lijek u donji dio ampule.

4.2.3. Dezinficirati vrat ampule.

4.2.4. Odlomiti vrat ampule prema oznaci na vratu ampule.

4.2.5. Spojiti iglu sa špricom, ubaciti iglu do dna ampule i navući lijek.

4.2.6. Ne izvlačeći iglu iz ampule, okrenuti špricu okomito i istisnuti mjehuriće zraka u ampulu pazeći da se ne istiskuje lijek.

4.2.7. Upotrijebljenu iglu odložiti u kontejner za odlaganje oštrih predmeta.

4.2.8. Staviti novu sterilnu iglu odgovarajućeg lumena sa štitnikom na špricu.

4.2.9. Kod intravenozne aplikacije lijeka prošpricati iglu.

4.2.10. Sačuvati ampulu do završetka aplikacije lijeka, a zatim je odložiti u posudu za komunalni otpad.

4.3. Izvođenje postupka navlačenja lijeka iz bočice (flakona):

4.3.1. Oprati ili dezinficirati i posušiti ruke, navući rukavice.

4.3.2. Odstraniti aluminijski ili plastični poklopac s bočice.

4.3.3. Dezinficirati čep bočice tupferom vate ili gazom natopljenom dezinfekcijskim sredstvom.

4.3.4. U špricu navući propisanu količinu otapala i kroz gumeni čep uvesti iglu u bočicu i utisnuti rastvarač.

4.3.5. Ostaviti iglu i špricu u bočici (u špricu će ući nešto zraka radi povećanog pritiska u bočici, ne odvajati iglu od šprice i bočice).

4.3.6. Lagano rotirati bočicu i pričekati da se lijek otopi.

4.3.7. Držati bočicu okomito klipom šprice prema dole, utisnuti zrak iz šprice u bočicu i pažljivo povući iglu do nivoa čepa.

4.3.8. Lagano navući lijek u špricu.

4.3.9. Odvojiti špricu i iglu od bočice i odložiti iglu u kontejner za odlaganje oštrih predmeta.

4.3.10. Staviti sterilnu iglu odgovarajućeg lumena sa štitnikom na špricu.

4.3.11. Kod intravenozne aplikacije lijeka prošpricati iglu.

4.3.12. Sačuvati bočicu do kraja aplikacije lijeka, a zatim je odložiti u posudu za komunalni otpad.

4.3.13. Skinuti rukavice, oprati i posušiti ruke.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi ranije.

17 PROCEDURA USPOSTAVLJANJA VENSKOG PUTA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Intravenski put se najčešće uspostavlja radi dijagnostičkih ili terapijskih potreba pacijenta. Izbor mjesta i opreme za uspostavljanje intravenskog puta zavisi od općeg stanja pacijenta, vrste rastvora koji će se aplicirati, brzine i dužine davanja ordinirane terapije i godina starosti pacijenta. Najčešće se za otvaranje venskog puta koristi intravenska kanila (braunila) odgovarajuće veličine. Otvaranje intravenskog puta je od vitalnog značaja kod hitnih stanja.

Svrha ove procedure je siguran i jedinstven način uspostavljanja venskog puta.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Indikaciju za uspostavljanje venskog puta određuje ljekar.

Medicinska sestra/tehničar priprema materijal, pacijenta i uspostavlja venski put.

4.1. Priprema materijala

- braunila odgovarajuće veličine (14–24 G),
- dezinfekcijsko sredstvo,
- Esmarchova poveska,
- flaster,
- tupferi vate i gaze,
- kontejner za odlaganje oštrih predmeta,
- bubrežnjak,
- celštof,
- rukavice.

4.2. Priprema pacijenta:

- idenificirati pacijenta,
- informirati pacijenta o proceduri i njenoj važnosti,
- informirati pacijanta o saradnji koja se od njega očekuje tokom postupka,
- postaviti pacijenta u odgovarajući položaj.
- izvršiti detekciju regije na kojoj se treba aplicirati braunila,
- obratiti pažnju na bolesti dojki, te uvesti braunilu u suprotnu stranu od oboljele strane,
- kod pacijenata na hemodijalizi, aplicirati braunilu na suprotnu stranu od fistule,
- kod pacijenata koji imaju ožiljno tkivo ne postavljati braunilu na tom ekstremitetu,
- aplikaciju braunile na mjestu koje nije podobno za aplikaciju, procjenjuje tim ljekar/medicinska sestra/tehničar.

4.3. Postupak

4.3.1. Oprati i posušiti ruke i navući rukavice.

4.3.2. Palpirati područje i izabrati venu.

4.3.3. Postaviti Esmarchovu povesku deset centimetara iznad predviđenog mjesta za aplikaciju braunile.

4.3.4. Dezinficirati mjesto uboda, koje se poslije dezinfekcije više ne smije palpirati.

4.3.5. Nedominantnom rukom zategnuti kožu preko krvnog suda, dominantnom rukom držati iglu pod uglom od 30–45°.

4.3.6. Sa otvorom igle prema gore probiti kožu i ući u venu. Smanjiti ubodni ugao tako da igla bude skoro paralelna sa kožom i ući u venu. Pojavom krvi u plastičnom nastavku igle, iglu povući van, a braunilom ući u krvni sud cijelom dužinom.

4.3.7. Skinuti povesku, zatvoriti braunilu čepom i fiksirati krilca flasterom. Ukoliko se ne aplicira lijek, provjeriti prohodnost braunile lagano ušpricavajući 2–5ml 0,9% rastvor NaCl.

4.4. Odlaganje otpada

Nastali otpad se odlaže po proceduri upravljanja medicinskim otpadom.

4.5. Evidencija

Po završetku ove procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću, važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme uspostavljanja venskog puta,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

18 PROCEDURA PRIMJENE LIJEKA U VENU – INTRAVENSKA INJEKCIJA (I.V.)

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Intravenska primjena lijekova je način primjene lijeka pomoću igle ili baby sistema i šprice direktno u venu tj. u cirkulirajuću krv.

Ovom procedurom se osigurava jedinstvena i sigurna primjena ordiniranog lijeka za intravensku primjenu.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Postupak provodi medicinska sestra/tehničar po pisanom nalogu/receptu ljekara pod strogo aseptičnim uvjetima.

4.1. Priprema prostora

- obezbijediti privatnost pacijenta,
- osigurati povoljne uvjete u prostoriji (prostorija mora biti prozračna i osvijetljena).

4.2. Priprema materijala

- propisani lijek (primijeniti pravilo 5P),
- sterilne šprice odgovarajuće zapremine,
- odgovarajuće sterilne igle,
- Esmarchova poveska,
- pilice za otvaranje ampula,
- sredstvo za dezinfekciju kože i pribora,
- tupfere vate ili gaze,
- rukavice za jednokratnu upotrebu,
- leukoplast,
- spremnik za odlaganje oštrog otpada,
- bubrežnjak,
- zaštitni podložak.

4.3. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta,
- pacijentu objasniti postupak, moguće neugodnosti i reakcije na lijek,
- provjeriti postojanje alergije na lijek,
- smjestiti pacijenta u odgovarajući sjedeći ili ležeći položaj,
- ruku pacijenta namjestiti na čvrstu podlogu i postaviti zaštitni podložak.

4.4. Postupak

4.4.1. Oprati i posušiti ruke i navući rukavice.

4.4.2. Inspekcijom i palpacijom odabrati najpovoljniju venu, po mogućnosti venu nedominantne ruke.

4.4.3. Povesku postaviti oko 10 cm iznad planiranog mjesta uboda, palpirati venu. Ukoliko se iz bilo kojih razloga vena ne palpira, opustiti povesku i palpirati dalje.

4.4.4. Kada se pronađe odgovarajuća vena, dezinficirati kožu kružnim pokretima od centra prema periferiji barem tri puta, pričekati 15–30 sekundi da se koža osuši.

4.4.5. Dominantnom rukom uzeti špricu s iglom i pripremljenim lijekom, skinuti zaštitni poklopac.

4.4.6. Nedominantnom rukom pridržati pacijentovu ruku i zategnuti kožu.

4.4.7. Ubosti kožu pod uglom od 30–45°, 1 cm ispod mjesta ulaska u venu, spustiti iglu za 10° i ući u lumen vene 0,5–1 cm.

4.4.8. Aspirirati, ako se pojavi krv otpustiti povesku.

4.4.9. Polako ušpricati lijek, 1ml/1min ako nije drugačije propisano.

4.4.10. Povremeno aspirirati da bismo bili sigurni da smo u veni.

4.4.11. U slučaju perforacije zida krvnog suda ili pojave bola, pečenja ili bilo koje vrste neugodnosti po izjavi pacijenta, potrebno je odmah prekinuti davanje.

4.4.12. Nakon primjene lijeka pritisnuti lagano mjesto uboda suhim tupferom vate ili gaze i pričvrstiti flasterom.

4.4.13. Izvaditi iglu, pritisnuti tupferom i držati 3 minute. U slučaju produženog krvarenja držati i duže.

4.4.14. Iglu odložiti u posudu za odlaganje oštrih predmeta (zaštitni poklopac ne vraćati na iglu), a špricu u infektivni otpad.

4.4.15. Skinuti rukavice i odložiti ih u posudu za nečisto i infektivni otpad.

4.4.16. Oprati i posušiti ruke.

4.5. Evidencija

Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme aplikacije terapije,
- vrstu i dozu aplicirane terapije,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

Na propisanom receptu ispuniti sve rubrike (datum, naziv lijeka, količina lijeka, način primjene, potpis pacijenta i potpis medicinske sestre/tehničara).

4.6. Mjere opreza

- Provjeriti rok trajanja šprice i igle za apliciranje lijeka, kao i neoštećenost pakovanja šprice i igle.
- Informirati se o specifičnostima pojedinih lijekova i neželjenim reakcijama koje lijekovi mogu izazvati (proučiti uputstvo o lijeku iz originalnog pakovanja).
- Zamoliti pacijenta da ostane u čekaonici još 15 minuta radi moguće pojave neželjenih reakcija.
- Obavijestiti ljekara u slučaju pojave neželjenih reakcija i evidentirati ih.
- Smiju se upotrijebiti samo bistri vodeni, sterilni i apirogeni rastvori.
- Posmatrati mjesto uboda da ne dođe do ekstravazacije rastvora (paravenozno davanje rastvora) ili pojave flebitisa.
- Ne preporučuje se davati intravenske lijekove u donje ekstremitete, naročito ne u ekstremitete gdje su proširene vene, oštećena periferna cirkulacija, u ekstremitet sa AV fistulom ili limfedemom.
- Poslije određivanja i dezinfekcije mjesta uboda nije dozvoljeno ponovno palpiranje mjesta uboda.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

19 PROCEDURA PRIMJENE LIJEKA PUTEM PERIFERNE INTRAVENSKE KANILE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Primjenom ove procedure se osigurava ispravna i sigurna primjena ordiniranog lijeka i/ili otopina, propisanih za intravensku primjenu, putem već plasirane intravenske kanile (braunile), vidjeti „Proceduru otvaranja venskog puta".

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Postupak provodi medicinska sestra/tehničar po pisanom nalogu/receptu ljekara, pod strogo aseptičnim uvjetima po principu 1 ml/1 min., ukoliko nije drugačije propisano.

4.1. Priprema prostora

- obezbijediti privatnost pacijenta,
- osigurati povoljne uvjete u prostoriji (prostorija mora biti prozračna i osvijetljena).

4.2. Priprema materijala

- propisani lijek i/ili otopina (primijeniti pravilo 5P),
- sterilne šprice odgovarajuće zapremine,
- pilice za otvaranje ampula,
- fiziološka otopina 0,9 %,
- tupfere vate ili gaze,
- rukavice,
- bubrežnjak,
- zaštitni podložak ili peškir.

4.3. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta,
- objasniti pacijentu postupak, moguće neugodnosti i reakcije na lijek,
- provjeriti postojanje alergije na lijek,
- smjestiti pacijenta u odgovarajući sjedeći ili ležeći položaj,
- ruku pacijenta namjestiti na čvrstu podlogu i postaviti zaštitni podložak.

4.4. Postupak

4.4.1. Oprati i posušiti ruke i navući rukavice.

4.4.2. Inspekcijom i palpacijom procijeniti braunilu i venu u koju je plasirana.

4.4.3. Dezificirati okolinu čepa (kožu ispod čepa i braunilu oko čepa).

4.4.4. Sterilnom gazom (5x5 cm) podložiti ulaz u i.v. braunilu.

4.4.5. Otvoriti čep i odložiti na sterilnu gazu.

4.4.6. Prije primjene lijeka, špricom od 2–5 ml aspirirati krv iz braunile. Ako se pojavi krv u šprici, i.v. braunila je prohodna i može se primijeniti ordinirani lijek.

4.4.7. Zabranjeno je prošpricavati neprohodnu braunilu. Ukoliko je braunila neprohodna, izvaditi je i plasirati novu na drugo mjesto.

4.4.8. Špricu odložiti u bubrežnjak.

4.4.9. Špricu sa lijekom ili sistem za infuziju priključiti na braunilu.

4.4.10. Posmatrati mjesto insercije, pitati pacijenta da li osjeća bol ili nelagodu.

4.4.11. Nakon završene primjene lijeka, braunilu isprati sa 2–5 ml 0,9% fiziološke otopine ukoliko će se koristiti ista braunila za nastavak terapije.

4.4.12. Zatvoriti čep.

4.4.13. Odložiti gazu u infektivni otpad ukoliko je uprljana krvlju.

4.4.14. Sterilnom gazom i flasterom ili zavojem, fiksirati braunilu (moguće je koristiti i transparentnu semipermeabilnu foliju radi lakšeg uvida u mjesto aplicirane braunile, koja također osigurava i sterilnost mjesta).

4.4.15. Upotrijebljeni pribor raspremiti.

4.4.16. Svući rukavice.

4.4.17. Oprati i posušiti ruke.

4.5. Odstranjivanje intravenske braunile

- Pažljivo odlijepiti sa kože sredstvo kojim smo fiksirali braunilu.
- Jednom rukom lagano tupferom pritisnuti vrh braunile, a drugom rukom lagano izvući braunilu.
- Braunilu odložiti u infektivni otpad.
- Mjesto insercije zaštititi suhim tupferom te izvršiti kompresiju na ispruženoj ruci najmanje 30 sekundi. Pacijent može držati ruku podignutu i sam izvršiti kompresiju. Tupfer se može pričvrstiti leukoplastom ili zavojem.

4.6. Mjere opreza

- Strogo voditi računa o aseptičnim uvjetima.
- Lijek ne davati ukoliko se primijete lokalni znaci upale – crvenilo dužinom vene, bol, otok, braunilu odmah izvaditi i plasirati novu na drugo mjesto.
- Mjesto venepunkcije i braunila se mijenjaju nakon 48–72 h, po potrebi i ranije, zavisno od stanja vene ili braunile u cilju sprječavanja flebitisa koji se manifestira toplotom, crvenilom i otokom injekcionog mjesta ili tromboflebitisa koji pored navedenih simptoma ima i tvrdoću vene na mjestu vrha braunile. Što je duže braunila u veni, incidenca flebitisa i tromboflebitisa se povećava.
- Posmatrati ubodno mjesto tokom davanja lijeka kako bi se uočila moguća infiltracija lijeka ili otopine u okolno tkivo u početnoj fazi.
- Inflitraciju karakterizira edem i/ili hladnoća područja, te značajno smanjenje brzine protoka, pacijent osjeća bol, nelagodu i pečenje.
- Ukoliko se koristi podloga za ruku, potrebno je provjeravati stanje cirkulacije distalno od mjesta aplikacije lijeka.
- Prilikom manipulacije sa već plasiranom braunilom, braunilu je potrebno pridržavati da ne bi došlo do njenog pomjeranja, pucanja vene, a potom infiltracije ili hematoma.

4.7. Evidencija

Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme aplikacije terapije,
- vrstu i dozu aplicirane terapije,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

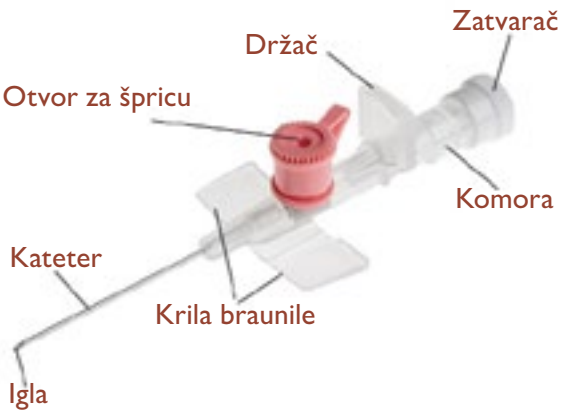
Na propisanom receptu ispuniti sve rubrike (datum, naziv lijeka, količina lijeka, način primjene, potpis pacijenta i potpis medicinske sestre/tehničara).

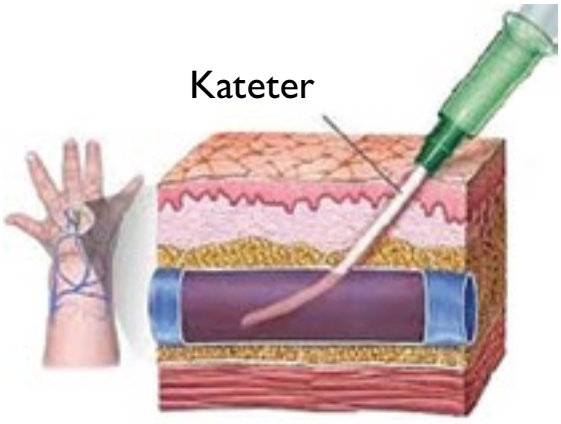
5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

APLIKACIJA I.V. BRAUNILE

BRAUNILA







Postaviti povesku



Palpirati mjesto uboda



Dezinfikovati mjesto uboda



Aplicirati braunilu



Povući iglu, stisnuti kateter



Skinuti povesku



Skinuti zaštitni čep



Zatvoriti braunilu



Fiksirati braunilu

20 PROCEDURA PRIMJENE INFUZIJSKE OTOPINE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Intravenskom infuzijom se osigurava unos veće količine tekućine u organizam pomoću infuzijskog sistema za jednokratnu upotrebu. Primjenom ove procedure postiže se sigurna primjena ordiniranog lijeka u otopini ili same otopine i nadoknada tečnosti cirkulirajućeg volumena.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Postupak obavlja medicinska sestra/tehničar po pismenom nalogu/receptu ljekara i izvodi je pod strogo aseptičnim uvjetima.

4.1. Priprema prostora

- obezbijediti privatnost pacijenta,
- osigurati povoljne uvjete u prostoriji (prostorija mora biti prozračna, čista, osvijetljena i osiguran mir).

4.2. Priprema materijala

- tacna ili kolica,
- pribor za uspostavu venskog puta ako nije uspostavljen (poveska, igle, baby sistem, braunila),
- set za infuziju za jednokratnu upotrebu (sistem za infuziju),
- pripremiti lijek ukoliko je ordiniran,
- propisana infuzijska otopina s čitljivom etiketom,
- primijeniti pravilo 5P,
- sterilne šprice i igle odgovarajuće zapremine,
- stalak za infuziju,
- držač za bocu, ako je potrebno,
- nesterilne tupfere od vate ili gaze i sterilne komprese 5x5 cm,
- celštof,
- dezinfekcijsko sredstvo,
- jednokratne nesterilne rukavice,
- leukoplast,
- makaze,
- zaštitni podložak, peškir,
- posuda za odlaganje oštrih predmeta,
- bubrežnjak.

4.3. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta,
- informirati pacijenta o važnosti i cilju intervencije,
- provjeriti postojanje eventualne alergije pacijenta na lijek,
- zamoliti pacijenta za saradnju i reći mu da prijavi svaku eventualnu neželjenu reakciju tokom i nakon davanja infuzije,
- dopustiti pitanja,

- prije primjene infuzije omogućiti pacijentu eliminaciju stolice i urina,
- smjestiti pacijenta u udoban ležeći ili drugi odgovarajući položaj,
- staviti zaštitni podložak ispod ruke pacijenta i ruku namjestiti u odgovarajući položaj gdje se planira plasirati igla/braunila ili gdje je prethodno plasirana braunila i.v.,
- ukoliko se infuzija daje u kućnim uvjetima, zaštititi krevet nepropusnim materijalom ispod mjesta uvođenja infuzije.

4.4. Postupak pripreme sistema infuzije

4.4.1. Oprati ruke i navući rukavice.

4.4.2. Postaviti držač za bocu (ako je potrebno).

4.4.3. Skinuti štitnik s čepa boce (dezinficirati čep).

4.4.4. Otvoriti pakiranje seta, izvaditi infuzijski set i zatvoriti regulator protoka.

4.4.5. Skinuti štitnik sa sistema i probosti čep na boci.

4.4.6. Okrenuti bocu i objesiti je na stalak ili držač.

4.4.7. Otvoriti otvor zraka na sistemu.

4.4.8. Do pola napuniti komoricu sistema za infuziju s otopinom.

4.4.9. Otvoriti regulator protoka na sistemu i ispustiti tečnost u bubrežnjak, kako bi se ispustio zrak iz sistema za infuziju.

4.4.10. Zatvoriti regulator protoka.

4.4.11. Ako ima mjehurića, kuckanjem po cjevčici istisnuti mjehuriće zraka prema komorici.

4.4.12. Ukoliko se dodaje lijek u infuziju, zatvoriti sistem, skinuti bocu sa stalka i odložiti je na tacnu.

4.4.13. Pripremljeni lijek ubrizgati u infuzijsku otopinu (lijek u špricu navlačiti prema "Proceduri navlačenja lijeka iz ampule/flakona").

4.4.14. Iglu odložiti u spremnik za oštri otpad, a špricu u otpad.

4.4.15. Napisati na bocu ime i prezime pacijenta, naziv i dozu dodanog lijeka, datum i vrijeme uključivanja infuzije, na stalak objesiti bocu s infuzijom.

4.5. Primjena infuzije – ako se koristi igla ili baby sistem

4.5.1. Palpiranjem odabrati venu.

4.5.2. Odabrati venu u koju će biti uvedena igla ili baby sistem, po mogućnosti na podlaktici nedominantne ruke (krenuti od šake put gore, a venu cubitalis čuvati za vađenje krvi, a i zbog pokretljivosti ruke u laktu). Esmarchovu povesku vezati oko 10 cm iznad planiranog mjesta uboda.

4.5.3. Palpirati puls, ako nije prisutan, popustiti povesku dok se ne osjeti puls.

4.5.4. Dezinficirati kožu kružnim pokretima od centra prema periferiji barem tri puta, pričekati 15–30 sekundi da se koža posuši.

4.5.5. Postaviti iglu ili baby sistem na već prošprican sistem, skinuti zaštitni poklopac sa igle ili baby sistema, pustiti par kapi kroz iglu ili baby sistem.

4.5.6. Nedominantnom rukom pridržati pacijentu ruku i zategnuti kožu.

4.5.7. Dominantnom rukom ubosti venu pod uglom od 30–45 stepeni, spustiti za 10 stepeni i ući 1 cm u lumen vene, otvor igle treba da je okrenut prema gore.

4.5.8. Kad se pojavi krv u sistemu, otpustiti povesku, fiksirati leukoplastom iglu ili baby sistem i regulirati protok infuzije.

4.5.9. Fiksirati cjevčicu infuzijskog sistema za ruku, 5 cm ispod priključka.

Primjena infuzije putem braunile se vrši prema Proceduri primjene lijeka putem periferne intravenske kanile–braunile.

4.6. Promjena boce s infuzijskom otopinom

4.6.1. Zatvoriti protok infuzije na regulatoru.

4.6.2. Provjeriti kompatibilnost lijekova i infuzijskih otopina koje će se nastaviti davati nakon prethodne infuzije.

4.6.3. Ako su lijekovi kompatibilni, izvaditi sistem iz boce iz koje je istekao lijek i pod aseptičnim uvjetima utisnuti sistem u novu bocu.

4.6.4. Bocu postaviti na stalak i regulirati protok infuzijske otopine.

4.6.5. Upotrijebljenu bocu odložiti u otpad prema pravilima ustanove.

4.6.6. Ako lijekovi koji se trebaju primijeniti nisu kompatibilni s prethodnom otopinom, postaviti novi sistem za infuziju.

4.7. Završetak primjene infuzije

- regulatorom zatvoriti protok u sistemu za infuziju,
- navući rukavice,
- odvojiti infuzijski sistem od venskog puta.

4.8. Odvajanje infuzijskog sistema kada je infuzijska otopina primjenjivana putem braunile, potrebno je:

- zatvoriti protok na infuzijskom sistemu, odvojiti sistem od braunile,
- sa 5 ml fiziološke otopine prošpricati braunilu,
- odvojiti špricu,
- zatvoriti braunilu čepom,
- upotrijebljeni pribor raspremiti.

4.9. Evidencija

Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme aplikacije terapije,
- vrstu, dozu i količinu aplicirane terapije,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

Na propisanom receptu ispuniti sve rubrike (datum, naziv lijeka, količina lijeka, način primjene, potpis pacijenta i potpis medicinske sestre/tehničara).

4.10. Mjere opreza

- Provjeriti rok trajanja šprice i igle za apliciranje lijeka, kao i neoštećenost pakovanja šprice i igle.
- Prilikom pripremanja infuzijskih rastvora, obavezno provjeriti koji lijekovi i rastvori mogu da se daju zajedno, a koji ne, zbog eventualne inter–reakcije.
- Davanje infuzije započeti odmah nakon pripreme (duže stajanje povećava opasnost od kontaminacije).
- Zbog kontaminacije, zabranjeno je probadanje plastične boce iglom.

- U toku davanja infuzije, pratiti stanje pacijenta.
- Posmatrati mjesto uboda da ne dođe do ekstravazacije rastvora (paravenozno davanje rastvora) ili pojave flebitisa.
- U slučaju pojave eventualnih alergijskih reakcija na lijek (pad TA, tahikardija, gušenje, anafilaksija, osip po koži), zaustaviti davanje infuzije i odmah obavijestiti ljekara.
- Voditi evidenciju o količini unesene tečnosti.
- Treba voditi računa da nivo tečnosti u boci ostane iznad vrha sistema u boci.
- Kod uobičajenih infuzijskih sistema, oko 15 do 20 kapi odgovara 1 ml rastvora,
  1 ml/min= 60 ml/sat,
  2 ml /min= 120 ml/sat.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

PRIPREMA I.V. INFUZIJE









Sistem za infuziju i infuzija



Dezinfikovati otvor infuzije



Ubosti vrh sistema u infuziju



Skinuti zaštitni čep



Otvoriti dio za zrak



Stisnuti rezervoar



Izbaciti zrak iz sistema



Zatvoriti regulator protoka



Vratiti zaštitni čep

21 PROCEDURA PRIMJENE LIJEKA POD KOŽU – SUBKUTANA INJEKCIJA (S.C.)

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Subkutana injekcija (S.C.) je način primjene lijeka iglom i špricom u potkožno tkivo. Subkutanom injekcijom se daju manje količine lijeka (do 2 ml) kod kojih se postiže sporija i ravnomjernija resorpcija.

Primjenom ove procedure se osigurava jedinstven i siguran način primjene lijeka subkutano.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Aplikaciju lijeka pod kožu (s.c.) obavlja medicinska sestra/tehničar po pisanom nalogu ljekara – receptu.

4.1. Priprema prostora

- obezbijediti privatnost pacijenta,
- osigurati povoljne uvjete u prostoriji (prostorija mora biti prozračna i osvijetljena).

4.2. Priprema materijala

- propisani lijek (primijeniti pravilo 5P),
- sredstvo za rastvaranje lijeka,
- sterilne šprice odgovarajuće zapremine,
- odgovarajuće sterilne igle,
- pilice za otvaranje ampula,
- sredstvo za dezinfekciju kože i pribora,
- tupfere vate ili gaze,
- rukavice,
- spremnik za odlaganje oštrog otpada,
- bubrežnjak,
- ukoliko dajemo pripremljenu vakcinu u šprici sa fiksiranom iglom i rastvorom koji je fabrički unešen u špricu, otpakovati špricu, pregledati autentičnost i rok trajanja.

4.3. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta (lična karta ili neki dokument sa slikom, zdravstvena knjižica i recept),
- provjeriti postojanje eventualne alergije pacijenta na lijek (upitom i uvidom u zdravstvenu knjižicu),
- informirati pacijenta o važnosti i cilju intervencije što pacijent potvrđuje svojim potpisom,
- zamoliti pacijenta za saradnju i reći mu da u slučaju bilo kakve promjene stanja (općeg i lokalnog) tokom i nakon s.c. davanja injekcije, odmah obavijesti medicinsku sestru/tehničara,
- pacijenta postaviti u odgovarajući položaj.

4.4. Postupak

4.4.1. Oprati, posušiti ruke i navući rukavice.

4.4.2. Otvoriti omot sa strane šprice, te uhvatiti za klip i izvući špricu iz omota i na nju uklopiti iglu za navlačenje sadržaja ampule/bočice.

4.4.3. Dezinficirati vrat ampule i pilicu tupferom nakvašenim dezinfekcijskim sredstvom.

4.4.4. Poslije otvaranja ampule sadržaj navući u špricu.

4.4.5. Navući lijek po proceduri „Navlačenje lijeka iz bočice i ampule".

4.4.6. Skinuti iglu sa kojom je navučen lijek, odložiti iglu u kontejner za odlaganje oštrog otpada i izbaciti vazduh iz šprice.

4.4.7. Staviti odgovarajuću novu sterilnu iglu sa štitnikom.

4.4.8. Odrediti mjesto uboda. Najčešća mjesta za davanje subkutanih injekcija su spoljna strana nadlaktice, prednja strana butine, subkutano tkivo donjeg abdomena, gornji dio bedra, glutealni dio i gornji dio leđa. Ubrizgavanje lijeka subkutano je zabranjeno na oštećenim i lediranim dijelovima kože, mladežima, ožiljcima i sl.

4.4.9. Dezinficirati mjesto uboda tupferom nakvašenim dezinfekcijskim sredstvom i sačekati da se mjesto osuši.

4.4.10. Skinuti štitnik sa igle i odložiti ga u bubrežnjak.

4.4.11. Na koži napraviti kožni nabor pomoću palca i kažiprsta nedominantne ruke.

4.4.12. Ubosti iglu pod uglom od 45–90° ovisno o debljini potkožnog masnog tkiva i vrsti lijeka.

4.4.13. Lagano aspirirati povlačeći klip šprice, prateći da li će se pojaviti krv u šprici. Ukoliko se pojavi krv, prekinuti postupak, izvući iglu, pripremiti drugu injekciju i ubrizgati lijek na drugom mjestu.

4.4.14. Kada je lijek apliciran izvući iglu i odložiti je u kontejner za odlaganje oštrog otpada.

4.4.15. Na ubodeno mjesto, staviti tupfer vate ili gaze nakvašen dezinfekcijskim sredstvom.

4.4.16. Raspremiti pribor.

4.4.17. Skinuti rukavice, oprati i posušiti ruke.

4.5. Evidencija

Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu,
- datum i vrijeme aplikacije terapije,
- vrstu i dozu aplicirane terapije,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

Na propisanom receptu ispuniti sve rubrike (datum, naziv lijeka, količina lijeka, način primjene, potpis pacijenta i potpis medicinske sestre/tehničara).

4.6. Mjere opreza

- Provjeriti rok trajanja šprice i igle za apliciranje lijeka, kao i neoštećenost pakovanja šprice i igle.
- Informirati se o specifičnostima pojedinih lijekova i neželjenim reakcijama koje lijekovi mogu izazvati (proučiti uputstvo o lijeku iz originalnog pakovanja).
- Ukoliko je propisana količina lijeka veća od 2 ml za subkutano davanje, preporučuje se davanje lijeka na dva mjesta, subkutano, sa novom špricom i iglom.
- Najbolje mjesto za davanje injekcija heparina je subkutano tkivo donjeg abdomena, 5 cm ispod pupka između lijeve i desne ilijačne kosti.
- Nije potrebno aspirirati niti trljati i masirati mjesto uboda prilikom aplikacije heparina i inzulina.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

APLIKACIJA S.C. INJEKCIJE







Dezinfikovati ampulu i pilicu



Navući lijek



Promijeniti iglu



Izbaciti zrak iz šprice



Dezinfikovati mjesto uboda



Podignuti kožu i ubosti iglu



Aspirirati



Ubrizgati lijek



Pritisnuti mjesto uboda

22 PROCEDURA INTRAMUSKULARNE PRIMJENE LIJEKA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Davanje lijeka intramuskularno (i.m.) zahtijeva pravilno pripremanje lijeka, pravilnu tehniku izvođenja i poštivanje predviđenog vremena za davanje terapije. Ispunjavanjem navedenih uvjeta smanjuju se komplikacije kod intramuskularne primjene lijeka, a povećava učinak lijeka.

Svrha ove procedure je primjena lijeka intramuskularno na siguran, pravilan i jedinstven način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Davanje terapije intramuskularno obavlja medicinska sestra/tehničar po pisanom nalogu ljekara – receptu.

4.1. Priprema prostora

- osigurati povoljne uvjete u prostoriji (prostorija mora biti prozračna i osvijetljena),
- treba obezbijediti privatnost pacijenta.

4.2. Priprema materijala

- propisani lijek (primijeniti pravilo 5P),
- sredstvo za rastvaranje lijeka,
- sterilne šprice odgovarajuće zapremine,
- odgovarajuće sterilne igle,
- pilice za otvaranje ampula,
- sredstvo za dezinfekciju kože i pribora,
- tupfere vate ili gaze,
- rukavice,
- kontejner za odlaganje oštrog otpada,
- posudu za odlaganje upotrijebljenog pribora.

4.3. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta (lična karta ili neki dokument sa slikom, zdravstvena knjižica i recept),
- provjeriti postojanje eventualne alergije pacijenta na lijek (upitom i uvidom u zdravstvenu knjižicu),
- informirati pacijenta o važnosti i cilju intervencije što pacijent potvrđuje svojim potpisom, zamoliti za saradnju i reći mu da u slučaju bilo kakve promjene stanja tokom i nakon davanja injekcije odmah obavijesti medicinsku sestru/tehničara,
- pacijenta postaviti u odgovarajući ležeći položaj.

4.4. Postupak

4.4.1. Oprati ruke i navući rukavice.

4.4.2. Otvoriti omot sa strane šprice, te uhvatiti za klip i izvući špricu iz omota i na nju uklopiti iglu za navlačenje sadržaja ampule.

4.4.3. Dezinficirati vrat ampule i pilicu pomoću tupfera nakvašenog dezinficijensom.

4.4.4. Poslije otvaranja ampule sadržaj navući u špricu.

4.4.5. Navući lijek po proceduri „Navlačenje lijeka iz bočice i ampule“.

4.4.6. Skinuti iglu sa kojom je navučen lijek, odložiti iglu u kontejner za odlaganje oštrog otpada i izbaciti vazduh iz šprice.

4.4.7. Staviti odgovarajuću novu sterilnu iglu sa štitnikom.

4.4.8. Odrediti mjesto uboda (područje gornje vanjske četvrtine gluteusa), vodeći računa o mogućim promjenama na koži i mišiću.

4.4.9. Dezinficirati mjesto uboda pomoću tupfera i sačekati da se mjesto osuši.

4.4.10. Skinuti štitnik sa igle i odložiti ga.

4.4.11. Ubosti iglu u mišić pod uglom od 90°.

4.4.12. Lagano aspirirati povlačeći klip šprice, prateći da li će se pojaviti krv u šprici. Ukoliko se pojavi krv prekinuti postupak, izvući iglu, pripremiti drugu injekciju i ubrizgati lijek na drugom mjestu. Ne ubrizgavati rastvor sa krvlju.

4.4.13. Kada je lijek apliciran, sačekati 10 sekundi i izvući iglu brzo pod uglom od 90°.

4.4.14. Staviti tupfer vate ili gaze na ubodno mjesto nakvašen dezinficijensom.

4.4.15. Odložiti iglu u kontejner za odlaganje oštrog otpada.

4.4.16. Poslije davanja lijeka nekoliko minuta pratiti pacijenta kako bi se blagovremeno moglo reagirati u slučaju alergijske reakcije na lijek.

4.4.17. Raspremiti pribor.

4.4.18. Skinuti rukavice, oprati i posušiti ruke.

4.5. Evidencija

Po završetku ove procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme davanja lijeka,
- vrstu, količinu i način davanja lijeka,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

Na propisanom receptu ispuniti sve rubrike (datum, naziv lijeka, količina lijeka, način primjene, potpis pacijenta i potpis medicinske sestre/tehničara).

4.6. Mjere opreza

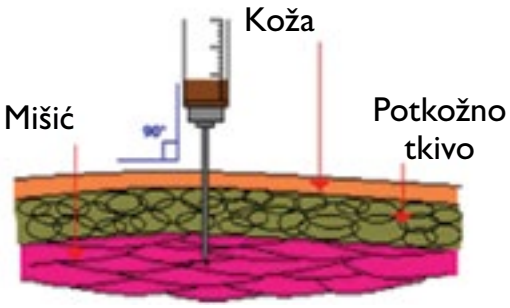
- provjeriti ambalažu, izgled i rok trajanja lijeka,
- provjeriti rok trajanja šprice i igle za apliciranje lijeka, kao i neoštećenost pakovanja šprice i igle,
- informirati se o specifičnostima pojedinih lijekova i neželjenim reakcijama koje lijekovi mogu izazvati (proučiti uputstvo o lijeku iz originalnog pakovanja),
- za količine lijeka veće od 5 ml lijek treba navući u dvije šprice i aplicirati na dva različita mjesta,
- uljne otopine lijekova i preparati željeza apliciraju se „Z“ tehnikom, duboko muskularno, da bi se izbjegla subkutana iritacija i koloracija tkiva; dlanom povući kožu iznad mjesta planiranog uboda prema gore ili ustranu, i držati je zategnuto tokom aplikacije lijeka; nakon ubrizgavanja lijeka, sačekati 10 sekundi i istovremeno izvući iglu i pustiti zategnuti dio kože i mjesto uboda pritisnuti tupferom; „Z“ tehnika se može koristiti kod starijih pacijenata koji imaju smanjenu mišićnu masu; važno je nakon aplikacije preparata željeza, mjesto uboda ne masirati i upozoriti pacijenta da miruje narednih 30 minuta.

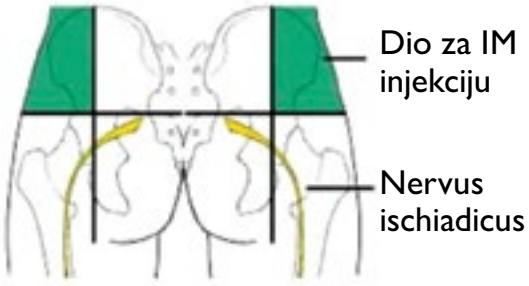
5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

APLIKACIJA I.M. INJEKCIJE









Dezinfikovati ampulu i pilicu



Navući lijek



Zamijeniti iglu



Istisnuti zrak iz šprice



Dezinfikovati mjesto uboda



Ubosti iglom u mišić i aspirirati



Aplicirati lijek i sačekati 10 sekundi



Izvaditi iglu i mjesto uboda pritisnuti tupferom



Odložiti iglu u oštri otpad

23 PROCEDURA PRIMJENE LIJEKA U OKO

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Otopine i masti za oko su sterilni i nanose se samo aseptičnom tehnikom rada. Svrha ove procedure je primjena ordiniranih očnih rastvora u vidu otopina i masti u oko, na jedinstven i siguran način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Postupak se izvodi na osnovu pisanog naloga ljekara/recepta, a provodi ga medicinska sestra/tehničar.

4.1. Priprema prostora

Osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji (osvjetljenje, bez jakog strujanja zraka).

4.2. Priprema materijala

- ordinirani lijek, sobne temperature pripremiti po uputi proizvođača i upisati na pakovanju lijeka datum, vrijeme otvaranja i potpis medicinske sestre/tehničara koja je to izvela,
- sterilni tupferi gaze,
- sterilne komprese za oko,
- leukoplast i zavoj (po potrebi),
- fiziološka otopina (po potrebi)
- jednokratne nesterilne rukavice,
- bubrežnjak.

4.3. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta,
- upoznati pacijenta s važnošću primjene lijeka, načinom davanja lijeka i zamoliti ga za saradnju,
- smjestiti pacijenta u udoban sjedeći ili ležeći položaj, glavu lagano zabaciti prema natrag.

4.4. Postupak

4.4.1. Aplikacija lijeka u oko u obliku kapi

- oprati, posušiti ruke i navući rukavice,
- ako je potrebno, prethodno očistiti oko sterilnim tupferom gaze, nakvašenim u fiziološku otopinu, čistiti oko jednim potezom od vanjske strane oka prema nosu,
- upotrijebljeni tupfer gaze baciti u bubrežnjak,
- u dominantnu ruku uzeti lijek i otvoriti bočicu,
- u nedominantnu ruku uzeti tupfer gaze, lagano povući donji kapak prema dolje, učiniti dostupnom konjuktivnu vrećicu,
- prilikom aplikacije lijeka kod djece potrebno je razmaknuti oba kapka,
- zatražiti od pacijenta da gleda prema gore i spolja,
- dominantnom rukom primijeniti ordinirani lijek u konjuktivnu vrećicu pod uglom od 90° (kako bi smirili ruku oslonite je na pacijentovo čelo), vodeći računa da vrh kapaljke ne smije biti bliži očnoj jabučici od dva centimetra, kako ne bi dodirnuli oko pacijenta,
- izbjeći ukapavanje kapi direktno na očnu jabučicu,
- nakon primjene zatražiti pacijenta da zatvori oko i miruje 10–20 minuta,
- ukoliko kapi ukapavamo i u drugo oko, ponoviti postupak i odmah zatvoriti bočicu,

- ako je potrebno da ukapamo više od 1–2 kapi uvijek napraviti razmak od 5 minuta, jer će suze isprati lijek,
- nakon aplikacije kapi u oko, pustiti donji kapak, od pacijenta zatražiti da lagano zatvori oči i blago mu pritisnuti unutrašnji ugao oka (kod nosa), da bi lijek ostao u oku, a kako bi spriječili oticanje lijeka suznim kanalom u nosnu šupljinu,
- ako se apliciraju dvije vrste kapi za oči, drugi lijek primijeniti tek nakon minimum 5 minuta da ne bi došlo do mehaničkog istjerivanja ili razrjeđivanja prethodno datog lijeka.

4.4.2. Aplikacija lijeka u obliku masti

- priprema materijala i pacijenta je ista kao i kod primjene kapi u oko,
- oprati, posušiti ruke i navući rukavice,
- ako je potrebno, prethodno očistiti oko sterilnim tupferom gaze, nakvašenim u fiziološku otopinu, čistiti oko jednim potezom od vanjske strane oka prema nosu,
- upotrijebljeni tupfer gaze baciti u bubrežnjak,
- u dominantnu ruku uzeti lijek, lagano istisnuti malu traku masti u dno konjuktivne vrećice od unutrašnjeg ka spoljašnjem uglu oka ne dodirujući vrhom tube donji kapak i trepavice, prekinuti traku okretanjem tube,
- od pacijenta zatražiti da zatvori oko i pomjera očnu jabučicu lijevo–desno i gore–dolje da se mast dobro rasporedi, ali nikako ne trljati prstima, ukloniti višak masti čistom gazom,
- ukoliko masti apliciramo i u drugo oko, ponoviti postupak i zatvoriti tubu,
- ako imamo kombinaciju kapi i masti za oči, prvo ukapati kapi, sačekati 20 minuta pa aplicirati mast,
- ako pacijent nosi sočiva potrebno je sačekati 20 minuta od primjene kapi/masti, prije nego ih ponovo stavi,
- po potrebi, nakon aplikacije lijeka oko zaštititi sterilnom gazom, ne trljati i po potrebi fiksirati flasterom ili zavojem,
- raspremiti upotrijebljeni materijal,
- skinuti rukavice,
- oprati ruke.

4.4.3. Odlaganje otpada

Upotrijebljeni zavojni materijal odložiti u infektivni otpad.

4.4.4. Evidencija

Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme aplikacije terapije,
- vrstu i dozu aplicirane terapije,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

4.5. Mjere opreza

- provjeriti postojanje eventualne osjetljivosti pacijenta na lijek,
- primijeniti pravilo 5P (pravi pacijent, pravi lijek, prava doza, pravi način, pravo vrijeme),
- *pridržavati se intervala doziranja i broja propisanih kapi,*
- *posebno obratiti pažnju koje oko treba tretirati, jer mogu biti ordinirani različiti lijekovi ili doze za jedno i drugo oko,*

– pacijenta obavijestiti da će nakon apliciranja lijeka vidjeti nejasno (kao kroz maglu) ali da će te smetnje brzo proći, treptanjem će se vid izbistriti. U slučaju dužeg trajanja peckanja, svrbeža, crvenila, zamagljenosti vida potrebno je javiti se nadležnom ljekaru,
– *čuvati lijek po uputstvu proizvođača,*
– ukoliko pacijent koristi kontaktna sočiva, prije aplikacije lijeka potrebno ih je izvaditi.
– ako za aplikaciju koristimo već korištenu mast, potrebno je sa vrha tube istisnuti stvrdnuti dio.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

24 PROCEDURA PRIMJENE LIJEKA U UHO

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Lijek se aplicira u uho kod određenih oboljenja uha, a odnosi se uglavnom na oboljenja vanjskog i srednjeg uha (otitis externa i otitis media). Propisuje ga ljekar. Otopine i masti za uho su sterilni i nanose se aseptičnom tehnikom rada.

Svrha ove procedure je primjena ordiniranih lijekova, otopina i masti u uho, na jedinstven i siguran način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Intervencija se izvodi na osnovu pisanog naloga ljekara/recepta, a provodi je medicinska sestra/tehničar.

4.1. Priprema prostora

Osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji (osvjetljenje, bez jakog strujanja zraka).

4.2. Priprema materijala

– ordinirani lijek sobne temperature pripremiti po uputi proizvođača i upisati na pakovanju lijeka datum, vrijeme otvaranja i potpis medicinske sestre/tehničara koja je to izvela,
– sterilni tupferi gaze,
– kuglice vate,
– leukoplast i zavoj (po potrebi),
– fiziološka otopina (po potrebi),
– jednokratne nesterilne rukavice,
– bubrežnjak.

4.3. Priprema pacijenta

– identificirati pacijenta,
– pacijenta informirati o proceduri, objasniti mu da apliciranje lijeka nije bolno, ali da može izazvati blage nelagode u smislu osjećaja punoće u uhu ili blage vrtoglavice i zamoliti ga za saradnju,
– smjestiti pacijenta u sjedeći ili ležeći položaj, sa glavom okrenutom na stranu tako da je uho koje se tretira okrenuto nagore,
– mala djeca sjede u krilu roditelja koji mu pridržavaju glavu.

4.4. Postupak

4.4.1. Oprati, posušiti ruke i navući rukavice.

4.4.2. Prije ukapavanja lijeka, ukoliko je potrebno očistiti oboljelo uho tupferom gaze nakvašenim sa fiziološkom otopinom i posušiti.

4.4.3. Ugrijati kapi držanjem bočice u ruci. Po potrebi bočicu promućkati.

4.4.4. Laganim pokretima povući uho nazad (kod odraslih i starije djece gore pa nazad, a kod djece mlađe od tri godine dole pa nazad) i ukapati u zvukovod propisan broj kapi.

4.4.5. Nakon ukapavanja, držati uho u istom položaju tako da kapi klize stranom ušnog kanala, a ne direktno na bubnu opnu.

4.4.6. Nakon aplikacije kapi, pacijent treba glavu držati nagnutu na stranu 2–3 minute, da kapi ne bi iscurile.

4.4.7. Kuglicu vate oprezno staviti u ušnu školjku kako bi pokupila višak lijeka, vodeći računa da se kuglica ne ugura suviše duboko u kanal, jer će to spriječiti dreniranje sekrecije i povećati pritisak na bubnu opnu.

4.4.8. Pomoći pacijentu prilikom ustajanja.

4.4.9. Ako je ordinirano, provesti postupak na drugom uhu nakon 10 minuta.

4.4.10. U zdravstvenim ustanovama kapi u uho ukapava medicinska sestra/tehničar, a ukoliko će pacijent koristiti kapi za uho samostalno, potrebno mu je objasniti način primjene.

4.4.11. Ako su ordinirane i masti i kapi, prvo treba staviti kapi.

4.4.12. Obavijestiti liječnika u slučaju pojave neželjenih reakcija (nemir, dezorijentiranost, vrtoglavica, šum u ušima, itd).

4.5. Odlaganje otpada

Upotrijebljeni zavojni materijal odložiti u infektivni otpad.

4.6. Evidencija

Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu,
- datum i vrijeme aplikacije terapije,
- vrstu i dozu aplicirane terapije,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

4.7. Mjere opreza

- Procjena da li je potrebna pomoć druge osobe (kod male djece).
- Provjeriti postojanje eventualne osjetljivosti pacijenta na lijek.
- Primijeniti pravilo 5P (pravi pacijent, pravi lijek, prava doza, pravi način, pravo vrijeme).
- Pridržavati se intervala doziranja i broja propisanih kapi.
- Prilikom upotrebe, kako bi se spriječilo mikrobiološko onečišćenje, nije poželjno dodirivati kapaljku bilo rukom ili uhom, već direktno ukapavati u ušni kanal.
- Čuvati lijek po uputstvu proizvođača.
- Ako za aplikaciju koristimo već korištenu mast, potrebno je sa vrha tube istisnuti stvrdnuti dio.
- Ukapavanje kapi koje sadrže kortikosteroidne preparate je kontraindicirano u slučaju pojave herpesa.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

25 PROCEDURA PRIMJENE LIJEKA U NOS

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Primjena lijeka u obliku kapi, masti, gela ili spreja u nos je postupak kojim se lijek aplicira u terapijske svrhe, a propisuje ga ljekar.

Primjenom ove procedure osigurava se jedinstven i siguran način primjene lijeka u nos.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Medicinska sestra/tehničar priprema prostor, materijal, pacijenta i aplicira lijek u nos.

4.1. Priprema prostora

Osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji (osvjetljenje).

4.2. Priprema materijala

- ordinirani lijek, sobne temperature pripremiti po uputi proizvođača i upisati na pakovanju lijeka datum, vrijeme otvaranja i potpis medicinske sestre/tehničara koja je to izvela,
- tupfere vate ili gaze,
- fiziološka otopina (po potrebi),
- vatirani štapići,
- rukavice za jednokratnu upotrebu,
- bubrežnjak.

4.3. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta,
- kod primjene kapi i masti u nos pacijenta postaviti u sjedeći ili ležeći položaj sa zabačenom glavom, (kako bi se spriječilo curenje lijeka u grlo),
- kod primjene lijeka u spreju potrebno je da pacijent glavu drži uspravno,
- mala djeca treba da sjede u krilu roditelja koji treba da pridržava glavu djeteta,
- objasniti odraslom pacijentu postupak, moguće nelagode i reakcije na lijek,
- procijeniti stanje prohodnosti nosnica i dišnih puteva pacijenta,
- zamoliti pacijenta da prije aplikacije lijeka izbaci sekret iz nosa (ispuše nos),
- ako pacijent ne može sam ispuhati nos: obući rukavice, očistiti dostupni sekret iz nosa štapićem za nos nakvašenim fiziološkom otopinom.

4.4. Postupak

4.4.1. Primjena lijeka u obliku kapi

- Oprati, posušiti ruke i navući rukavice.
- Medicinska sestra/tehničar nedominantnom rukom lagano podiže vrh pacijentovog nosa, pacijent treba da izdahne, a zatim mu ukapava propisanu dozu kapi u jednu, a zatim u drugu nosnicu.
- Upozoriti pacijenta da diše na usta i da se zadrži u istom položaju 5–10 minuta.
- Upozoriti pacijenta da nije poželjno da ispuhuje nos 10–20 minuta po aplikaciji.
- Svaki pacijent treba imati svoje pakovanje kapi.

4.4.2. Primjena lijeka u obliku spreja

- Oprati, posušiti ruke i navući rukavice.

- Promućkati bočicu prije upotrebe.
- Skinuti zaštitnu kapicu i provjeriti prohodnost spreja.
- Pacijent treba da izdahne i da zatvori oči.
- Pacijentu zatvoriti jednu nosnicu, a vrh (nastavak) spreja staviti unutar druge nosnice u uspravnom položaju.
- Zatražiti od pacijenta da udahne kroz nosnicu i istovremeno s udahom ušpricati lijek u nosnicu, a zatim da izdahne na usta.
- Isti postupak ponoviti i za drugu nosnicu.
- Ako je propisano više od jedne doze lijeka, postupak ponoviti sa 30 sekundi razmaka između dvije doze.
- Upozoriti pacijenta da ne ispuhuje nos barem 20 minuta.
- Jednu bočicu spreja koristi samo jedna osoba.

4.4.3. Primjena lijeka u obliku masti ili gela

- Oprati, posušiti ruke i navući rukavice.
- Na vatirani štapić nanijeti lijek ili koristiti aplikator.
- Zamoliti pacijenta da diše na usta.
- Vatirani štapić ili aplikator lagano uvesti u nosnicu ne duboko, i vrlo oprezno kružnim pokretima premazati propisano područje.

4.5. Postupak nakon obavljene intervencije

- upotrijebljeni pribor (štapić) odložiti u infektivni otpad,
- skinuti rukavice, oprati i posušiti ruke,
- vratiti pacijentu njegovo pakovanje kapi/spreja/masti/gela, te mu dati dodatna uputstva o čuvanju i načinu korištenja lijeka, posebno naglasiti važnost isteka roka trajanja lijeka nakon otvaranja pakovanja i vremenski dozvoljenoj dužini upotrebe lijeka (ne duže od 5 do 7 dana, 4 do 5 puta dnevno).

4.6. Evidencija

Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu,
- datum i vrijeme aplikacije terapije,
- vrstu i dozu aplicirane terapije,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

4.7. Mjere opreza

- Provjeriti postojanje eventualne osjetljivosti pacijenta na lijek.
- Primijeniti pravilo 5P (pravi pacijent, pravi lijek, prava doza, pravi način i pravo vrijeme).
- *Pridržavati se intervala davanja i koncentracije propisanog lijeka.*
- Ako za aplikaciju koristimo već korištenu mast, potrebno je sa vrha tube istisnuti stvrdnuti dio.
- Čuvati lijek po uputstvu proizvođača.
- Procijeniti da li je potrebna pomoć druge osobe (kod male djece).
- Upozoriti pacijenta da ne treba koristiti nazalne lijekove duže nego što je propisano, jer mogu da ispolje povratni efekat koji može da mu pogorša stanje.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

26 PROCEDURA PRIMJENE KISIKA U TERAPIJSKE SVRHE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Oksigenoterapija je postupak liječenja primjenom kisika inhalacijom. Nedostatak kisika u krvi i tkivima predstavlja glavnu indikaciju za primjenu oksigenoterapije. Indikaciju za primjenu kisika postavlja ljekar, dok medicinska sestra/tehničar primjenjuje kisik kao standardni postupak.

Svrha ove procedure je primjena kisika na jedinstven i siguran način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Nalog za oksigenoterapiju izdaje ljekar, koji određuje način (vrstu opreme: maska ili nazalni kateter), količinu (l/min) i trajanje primjene kisika.

4.1. Priprema materijala

- boca sa kisikom,
- stalak za bocu,
- sistem za kisik,
- aplikatori kisika (kateteri i maske),
- papirne maramice,
- tupferi vate,
- celštof,
- rukavice,
- bubrežnjak.

4.2. Priprema prostora

- prostorija mora biti svijetla, prozračena,
- pacijentu osigurati privatnost.

4.3. Priprema pacijenta

- smjestiti pacijenta u udoban položaj,
- pojasniti pacijentu postupak provođenja terapije i dozvoliti pitanja,
- dati pacijentu papirne maramice da ispuše nosnice,
- kod primjene nazalne kanile/katetera, provjeriti stanje sluznice nosa, ako je oštećena mijenja se pristup primjene kisika.

4.4. Postupak

Proceduru primjene kisika inhalacijom izvodi medicinska sestra/tehničar slijedećim redoslijedom:

4.4.1. Provjeriti da li u boci ima kisika i koliko.

4.4.2. Provjeriti ovlaživač – posudicu u kojoj se nalazi redestilirana voda (između oznake MIN i MAX).

4.4.3. Provjeriti ispravnost sistema za kisik, kuglicu regulatora kisika, spojeve s kateterom i maskama.

4.4.4. Otvoriti sistem za aplikaciju kisika (bocu).

4.4.5. Namjestiti propisani protok kisika (l/min).

4.4.6. Kateter ili masku priključiti na sistem i namjestiti na pacijentovo lice.

4.4.7. Ukoliko su potrebne koncentracije kisika do 40%, sa protokom od 1–3 l/min koristi se nazalni kateter; za koncentraciju do 60% sa protokom od 6–8 l/min, koristi se maska, ukoliko ne postoje kontraindikacije ili ako ljekar nije drugačije propisao.

4.4.8. Nazalni kateter

- staviti vrhove kanile u čašu s vodom da bi provjerili prohodnost sistema (stvaraju se mjehurići), zatim posušiti vrhove kanila,
- osnova kroz koju dolazi kisik prislonjena je na nos i u svaku nosnicu ulazi oko 1–2 cm cjevčica,
- produžetak nazalnog katetera staviti iza oba uha i pod bradu pacijenta i pričvrstiti oba kraka katetera pomičnom omčicom koja je na cijevi nazalnog katetera,
- izbjegavati suviše čvrsto fiksiranje, jer može da se prouzrokuje dodatni pritisak na lice,
- kateter spojiti s izvorom kisika,
- otvoriti izvor kisika okretanjem glavnog ventila na boci,
- redukcijskim ventilom dozirati propisanu količinu kisika, pazeći da sredina kuglice lebdi na ordiniranoj količini protoka.

4.4.9. Oronazalna maska – obična maska

- provjeriti prohodnost sistema,
- izabrati veličinu maske koja najbolje odgovara pacijentu,
- kod aplikacije paziti da se maska dobro priljubi uz lice i da pokriva nos i bradu,
- postaviti masku na nos, usta i bradu pacijenta i oblikovati fleksibilnu metalnu ivicu prema korijenu nosa,
- pričvrstiti elastičnu traku oko glave da masku drži čvrsto, ali udobno preko obraza, brade i korijena nosa,
- pri disanju pacijent uz kisik udiše i zrak koji ulazi kroz otvore na maski i miješa se sa kisikom,
- pacijent diše u masku, dotok kisika mora biti toliki da se količina izdahnutog zraka izbaci iz maske prije sljedećeg udaha,
- prednost ove maske je što dozvoljava nešto veće koncentracije kisika i što ne suši sluznicu, jer se kisik miješa sa zrakom koji ulazi kroz otvore,
- nedostatak je taj što je pacijenti teže podnose, pogotovo u akutnim fazama, jer im daje osjećaj da ne mogu disati.

4.4.10. Završetak terapije

- po završetku primjene propisane terapije kisikom, skinuti nazalni katater ili masku, zatvoriti glavni redukcijski ventil boce okretanjem u smjeru kazaljke na satu,
- sačekati da iz sistema izađe sav kisik (znak da je sistem ispražnjen je nestanak mjehurića u posudi za ovlaživanje),
- zatvoriti ventil za doziranje kisika okretanjem u smjeru kazaljke na satu,
- zbrinuti pacijenta,
- raspremiti upotrijebljeni materijal,
- oprati i posušiti ruke.

4.5. Održavanje opreme

- masku i kateter poslije svake upotrebe oprati tekućom vodom,
- potopiti u rastvor dezinfekcijskog sredstva napravljenog po uputstvu proizvođača,

Obrazac evidencije-potrošnje kisika

datum	evidencioni broj boce	zapremina prazne boce u L 2; 5; 10	pritisak O2 (120-200 Pa;atm; bar)	količina kisika u litrima (zapremina boce x pritisak	potrošeno litara (litar x minuta)	preostalo	potpis sestre
	xy 367	5	150	750	60	690	
					80	610	
					60	550	

Tabela 1: Primjer evidencije potrošnje kisika

- oprati u mlakoj vodi, posušiti i zaštititi sterilnom gazom,
- boce za kisik moraju biti uvijek čiste,
- ovlaživač kisika poslije upotrebe oprati, dezinficirati, posušiti i promijeniti tekućinu za vlaženje (destilirana voda),
- voditi dnevnu evidenciju potrošnje kisika (Tabela 1).

4.6. Evidencija

Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću, važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme provođenja postupka,
- vrstu, dozu i način aplicirane terapije (kisik),
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

Evidentirati potrošnju kisika u Obrazac evidencije potrošnje kisika.

4.7. Mjere opreza

- ne kotrljati boce ili ih vući po podu,
- čuvati boce u vertikalnom položaju i paziti da su ventili zaštićeni kapama,
- nije dozvoljeno nositi boce držeći ih za ventil,
- odvojiti boce od izvora toplote najmanje 1 metar,
- ne koristiti plamen ili pušiti cigarete u blizini kisika,
- ne izlagati boce visokim temperaturama,
- masnim rukama ne rukovati sistemom za kisik,
- ne koristiti za čišćenje boca i sistema naftne derivate (oni povećavaju eksplozivnost kisika),
- nije dozvoljeno koristiti bilo kakvo ljepilo za lijepljenje etikete na boce i druge dijelove sistema,
- niža koncentracija kisika od očekivane može biti posljedica: oslabljenog disanja, maska ne prijanja dobro uz lice, dotok kisika nije dovoljan,
- za starije ili pacijente sa upalim obrazima, zalijepiti za masku tampone od gaze nad površinom obraza, da se dobije nepropustljivo dihtovanje,

- najmanja količina kisika koju možemo apilicirati putem maske je 6 l/min i sa tom količinom postižemo 35–40% koncentraciju kisika u udahnutoj mješavini,
- najveća koncentracija kisika aplicirana putem maske je oko 60% i postiže se sa oko 10 l/min,
- čuvati odvojeno pune boce od praznih,
- za montažu i demontažu boca koristiti ključeve koji ne iskre (mesing),
- prije otvaranja boce za kisik, ventil uvijek odvrnuti do kraja i vratiti ga unazad za jedan okret – da ne bi neko pokušao otvoriti već otvoren ventil,
- nikad ne mijenjati protok kisika samovoljno.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

27 PROCEDURA PRIMJENE LIJEKA INHALACIJOM

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Primjena lijeka inhalacijom je terapijska metoda kojom se unosi lijek u organizam preko sluznice respiratornih organa. Primjenom lijeka na ovakav način se postiže brži efekat lijeka i lakše disanje, koje direktno utječe na kliničku sliku pacijenta. Inhalacijska terapija (vrsta i način) je indicirana od strane ljekara, a provodi je medicinska sestra/tehničar prema jedinstvenoj proceduri.

Svrha procedure je pravilno i jedinstveno provođenje inhalacijske terapije.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Indikaciju za primjenu lijeka inhalacijom određuje ljekar, navodeći na receptu:

- naziv lijeka,
- preporučenu dozu,
- način primjene lijeka,
- vremenski interval inhalacije.

4.2. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta,
- dati uputstva pacijentu, djetetu, roditelju/staratelju o proceduri inhalacije,
- postaviti pacijenta u udoban visoki polusjedeći ili sjedeći položaj, malo dijete pratilac/majka drži u krilu.

4.3. Priprema materijala, opreme, lijekova

Za primjenu propisane inhalacijske terapije, potrebno je pripremiti:

- inhalator i inhalacijski sistem,
- dezinficiranu čistu suhu masku odgovarajuće veličine,
- propisani lijek (primijeniti pravilo 5P),
- u dozer aparata sipati lijek u naznačenoj dozi sa sredstvom za rastvaranje (najčešće 0,9% rastvor NaCl).

4.4. Postupak primjene lijeka električnim inhalatorom

4.4.1. Dati savjet, ako je pacijent u mogućnosti da se iskašlje i ispuše nos.

4.4.2. Upoznati pacijenta sa važnošću pravilnog udisanja tokom inhalacije, kao i značaja punog udaha i izdaha, te odmora ukoliko disanje stvara napor.

4.4.3. Uključiti inhalator i sve vrijeme kontrolirati tok inhalacije.

4.4.4. Pratiti opće stanje pacijenta i eventualne promjene prijaviti ljekaru.

4.4.5. Poslije završene inhalacije medicinska sestra/tehničar pažljivo skida masku sa pacijentovog lica.

4.4.6. Savjetovati pacijenta da opere lice, da bi se izbjegla lokalna popratna djelovanja (crvenilo kože, bjeličaste naslage gljivica), isprati usta ili djetetu dati da jede ili pije.

Ukoliko je propisana primjena inhalacija lijekom u obliku spreja, tada se priprema volumatic ili babyhaler, što ovisi o uzrastu pacijenta.

4.5. Upotreba mjernih doznih inhalera (pumpice)

4.5.1. Skinuti poklopac i dva do tri puta promućkati rezervoar pumpice.

4.5.2. Pacijentu reći da:
- lagano izbaci zrak – izdahne, ali nikada u pumpicu,
- stavi usnik između usana,
- početi udah i pritisnuti rezervoar sa lijekom istovremeno,
- nastaviti spori udah do kraja,
- zadržati dah 10 sekundi,
- izdahnuti polako.

4.5.3. Ukoliko se doza ponavlja, sačekati 1–2 min i ponoviti gore navedene korake.

4.5.4. Nakon korištenja, inhaler zatvoriti poklopcem.

4.5.5. Usta isprati čistom vodom.
Ukoliko pacijent ne može pravilno upotrijebiti inhaler (mala djeca, pacijenti sa nemogućnošću koordinacije na pumpicu i udisaj, pacijenti sa visokom iritabilnošću disajnih puteva), koriste se pomagala (volumatic).

4.6. Upotreba mjernih doznih inhalera (diskusi)

4.6.1. Otvoriti diskus, u jednoj ruci držati vanjsko kućište, a palac druge ruke staviti na ležište za palac.

4.6.2. Potiskivati palac od sebe dok se potpuno ne otvori disk (dok se ne čuje „klik“ kada je disk spreman za upotrebu).

4.6.3. Pacijentu reći da:
- lagano izbaci zrak – izdahne, nikada u diskus,
- stavi nastavak u usta, zatim naglo i duboko udahne, pritom da ne diše kroz nos,
- odmakne diskus od usta i zadrži dah 10 sekundi,
- izdahne polako i zatvori diskus,
- usta isprati čistom vodom.

4.7. Upotreba mjernih doznih inhalera pomoću babyhalera (djeca do 5 godina)

Babyhaler je pomagalo pomoću kojeg se aplicira lijek u spreju (pumpica) za inhalaciju. Upotrebljava se prema uputstvu proizvođača, s tim što postoje odstupanja ovisno o uzrastu pacijenta. Namijenjen je za olakšanu primjenu lijeka iz pumpice dojenčadi i djeci do 5 godina života.

- Priprema pacijenta za izvođenje postupka je kao i kod inhalacije električnim inhalatorom.

- Lijekovi se koriste u obliku spreja (pumpica, mjerno–dozni inhalator).
- Ovaj način upotrebe lijekova koristi se i kod upotrebe volumatica.

4.8. Postupak

4.8.1. Protresti dozu raspršivača (pumpicu), i staviti u babyhaler.

4.8.2. Na nos i usta pacijenta prisloniti dezinficiranu masku babyhalera.

4.8.3. Pritisnuti na dozu jedan put (jedna inhalacija), i na taj način potisnuti lijek u babyhaler.

4.8.4. Držati na nosu i ustima pacijenta masku babyhalera oko jednu minutu (5–10 udisaja i izdisaja). Koliko je pacijent napravio udisaja i izdisaja, te koju količinu lijeka unio u svoj organizam, medicinska sestra/tehničar zna po pomicanju valvula (membrana) koje imaju svoj udisajni i izdisajni put. Babyhaler ima dvostruki ventil koji omogućuje da dijete normalno diše u masku. Pritom, pri udahu lijek ulazi iz komore u dječija pluća, dok pri izdahu zrak ne ulazi u komoru već biva preusmjeren van.

4.8.5. Pratiti opće stanje pacijenta i o eventualnim promjenama, obavijestiti ljekara.

4.8.6. Poslije završene inhalacije, pažljivo skinuti masku sa pacijentovog lica.

4.8.7. Ukoliko je potrebno da pacijent primi više od jedne doze istog lijeka, tada nakon pauze od 5–10 minuta, treba ponoviti postupak onoliko puta koliko je inhalacija propisano.

4.9. Upotreba mjernih doznih inhalera pomoću volumatica (djeca preko 5 godina)

4.9.1. Volumatic je konusnog oblika, sastavljen iz dva dijela:

- materijal: prozirna plastika, volumen 750 ml,
- membrana (jedna jednosmjerna).

4.9.2. Opća uputstva za primjenu lijeka putem volumatica i priprema pacijenta su ista kao kod električnog inhalatora i babyhalera.

4.9.3. Putem volumatica se apliciraju lijekovi u obliku spreja (pumpica – mjerno–dozni inhalator).

4.10. Pranje i dezinfekcija pomagala za inhalacije

- kod električnih inhalatora i babyhalera skinuti masku sa sistema, u dozer za lijekove sipati destiliranu vodu, uključiti aparat i isprati dozer,
- dijelove inhalatora sa kojima pacijent dolazi u kontakt skinuti i oprati mehanički pod mlazom mlake vode, a potom dezinficirati, zatim ponovo isprati destiliranom vodom i staviti da se osuši,
- po završetku sve dijelove složiti i odložiti na predviđeno mjesto,
- volumatic rastaviti na dva posebna dijela tako da medicinska sestra/tehničar povuče obje polovice u suprotnom smjeru, voditi računa o valvulama (membranama) koje se skidaju,
- dijelove prvo mehanički oprati, dezinficirati, i nakon toga dobro isprati destiliranom vodom i staviti da se osuše, tek onda dijelove sklopiti i spemiti do sljedeće upotrebe.

4.11. Evidencija

Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću, važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme davanja terapije,
- vrstu i količinu terapije,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

V DIO

DIJAGNOSTIČKO–TERAPIJSKI POSTUPCI

28 Procedura ispiranja uha

29 Procedura postavljanja fiksacijskog zavoja

30 Procedura obrade i previjanja rane

31 Procedura tretiranja lakših opekotina

32 Procedura procjena i tretman dekubitalne rane

33 Procedura imobilizacije – indikacije, ciljevi, vrste, sredstva i principi

34 Procedura imobilizacije – posebne vrste

35 Procedura zdravstvene njege kolostome

36 Procedura uvođenja i održavanja urinarnog katetera

37 Procedura obrade pupka kod novorođenčeta

38 Procedura obrade usne duplje dojenčeta kod stomatitisa (SOOR–A)

28 PROCEDURA ISPIRANJA UHA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Ovom procedurom definira se jedinstven i siguran način izvođenja ispiranja uha u dijagnostičke i terapijske svrhe, po nalogu ljekara.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Intervencija se izvodi na osnovu pisanog naloga ljekara/recepta, a provodi je medicinska sestra/tehničar.

4.1. Priprema prostora

Osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji (osvjetljenje i bez strujanja zraka).

4.2. Priprema materijala

- šprica za ispiranje uha,
- posuda sa toplom vodom,
- nesterilne, jednokratne rukavice,
- podmetač (kompresa),
- celštof,
- tupferi vate,
- bubrežnjak.

Osim tople vode, kao rastvor se mogu koristiti i:

- fiziološki rastvor 0,9%,
- acidi borici 3%.

4.3. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta,
- upoznati ga sa načinom izvođenja postupka i zamoliti za saradnju,
- smjestiti pacijenta u sjedeći položaj, sa glavom u uspravnom položaju, lagano nagnutu na stranu,
- temperatura vode treba biti temperature tijela (više ili niže temperature mogu uzrokovati nesvjesticu),
- staviti zaštitnu kompresu – peškir na rame pacijenta,
- zamoliti pacijenta da pridržava bubrežnjak ispod ušne školjke.

4.4. Postupak

4.4.1. Oprati, posušiti ruke i navući rukavice.

4.4.2. U špricu navući propisanu tekućinu i iz nje isprazniti sav zrak.

4.4.3. Nedominantnom rukom ušnu školjku povući unazad i nagore, a vrh šprice usmjeriti prema stražnjem dijelu glave i nagore, da bi mlaz vode ulazio preko gornjeg zida ušnog kanala, a izlazio preko donjeg.

4.4.4. Vrh šprice nasloniti na gornju stranu ušnog kanala.

4.4.5. Najbolje je početi sa više slabih mlazeva, zatim sve jačim, dok voda ne istjera naslage cerumena.

4.4.6. Ispiranje mora biti bezbolno, ako mlaz tople vode nanosi bol, treba smanjiti snagu i brzinu mlaza.

4.4.7. Nakon što se uho ispere, glavu pacijenta treba nagnuti, tako da preostala voda može izaći iz uha.

4.4.8. Ušna školjka se može povući unazad, da bi se ispravio ušni kanal i voda lakše istjecala.

4.4.9. Po završenom postupku, uho posušiti celštofom ili tupferom.

4.4.10. Staviti tupfer vate u ulazni dio ušnog kanala.

4.4.11. Skinuti rukavice, oprati i posušiti ruke.

4.4.12. Pomoći pacijentu da ustane.

4.4.13. Raspremiti upotrijebljene instrumente i materijal.

4.4.14. Vrh šprice oprati i dezinficirati, a špricu oprati i posušiti.

4.5. Evidencija

Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću, važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme ispiranja,
- vrstu tekućine koja je korištena za ispiranje,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

4.6. Mjere opreza

- Provjeriti da šprica nema oštećenja.
- Ispitati temperaturu tekućine stavljajući nekoliko kapi na unutrašnju stranu ručnog zgloba.
- Maksimalna količina tekućine koja se upotrijebi za ispiranje jednog uha je 500 ml.
- Ukoliko se uho ne ispere sa ovom količinom rastvora, obavijestiti ljekara.
- Mala djeca trebaju sjediti u krilu roditelja koji mu pridržava glavu.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

29 PROCEDURA POSTAVLJANJA FIKSACIJSKOG ZAVOJA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Fiksacijski zavoj se postavlja u cilju stabilizacije/imobilizacije dijelova tijela nakon luksacija, distorzija, prijeloma kosti ili ako se sumnja na prijelom, u cilju osiguranja hemostatskog pritiska, sprječavanja pojave hematoma i otoka, ali i za učvršćivanje gaze nakon obrade rane.

Procedurom se definira postupak postavljanja fiksacijskog zavoja na siguran i pravilan način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Postavljanje fiksacijskog zavoja vrši medicinska sestra/tehničar po nalogu ljekara.

4.1. Priprema prostora

Uobičajeno pripremljen prostor (prostorija osvijetljena, prozračna i optimalne temperature).

4.2. Priprema materijala

- rukavice,
- zavoj odgovarajuće širine (6–15 cm),
- za previjanje glave, šake, prstiju i stopala koristi se zavoj širine 6 cm,
- za previjanje ramena, nadlaktice, podlaktice i potkoljenice koristi se zavoj 10 cm širine,
- za previjanje grudnog koša i natkoljenice koristi se zavoj 15 cm širine,
- bubrežnjak,
- leukoplast,
- makaze.

4.3. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta,
- osigurati privatnost, ukoliko se ne radi o pružanju prve pomoći,
- objasniti postupak i saradnju koja se očekuje,
- osloboditi od odjeće dio tijela koji se fiksira,
- namjestiti pacijenta udobno, tako da je dio tijela koji treba zaviti u funkcionalnom položaju ili najboljem mogućem položaju.

4.4. Postupak previjanja/fiksacije

4.4.1. Oprati, posušiti ruke i navući rukavice.

4.4.2. Pregledati oblast koju treba zaviti radi mogućeg postojanja povreda ili oštećenja kože (konsultirati ljekara ukoliko postoji potreba).

4.4.3. Stavljati zavoj tako da se dvije površine kože ne dodiruju (palac–šaka, prsti, grudi–ruka) da bi se spriječila iritacija kože.

4.4.4. Držati zavoj tako da je rolna zavoja u dominantnoj ruci i okrenuta gore, a slobodni kraj zavoja u nedominantnoj ruci.

4.4.5. Zavoj ne smije biti labav, niti previše zategnut.

4.4.6. Zavoj se ravnomjerno zateže u toku zamotavanja.

4.4.7. Ekstremitet se previja odozdo naviše.

4.4.8. Držati zavoj blizu oblasti koja se zavija, da bi osigurali ravnomjernu zategnutost i pritisak.

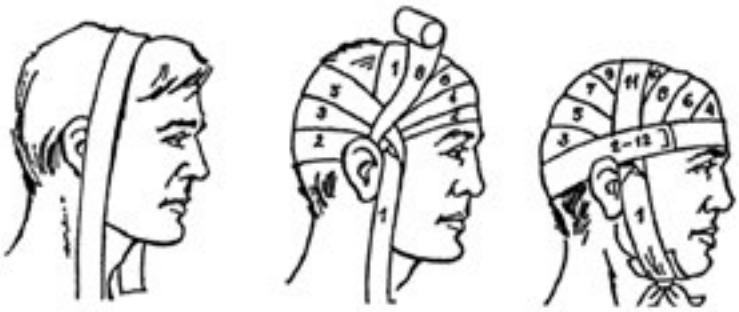
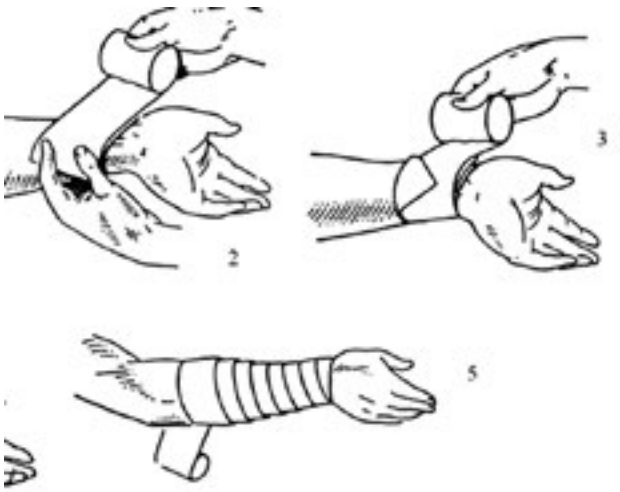
4.4.9. Zavijati dijelove tijela, spiralno, spiralno–povratno, povratno ili metodom osmice.

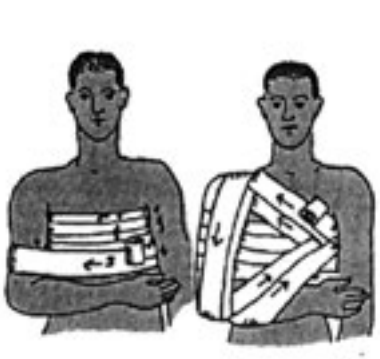
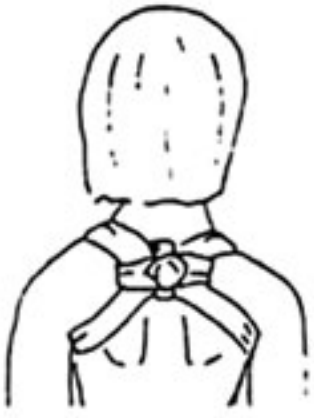
4.4.10. Zavoj se završava rezanjem kraja zavoja u dvije trake i vezivanjem ili fiksiranjem leukoplastom.

4.4.11. Provjeriti distalnu cirkulaciju (provjeriti boju i temperaturu kože).

4.4.12. Skinuti rukavice, oprati i posušiti ruke.

Slika 1. Vrste zavoja

	Postupak		Primjena
Povratni zavoj	Omotati zavoj kružno, zatim izvesti povratni pokret, a potom koristiti kružne pokrete radi konačne fiksacije (Hipokratova kapa).		Zavijanje glave. Ovaj postupak se primjenjuje kod zavijanja batrljka i šake.
	Ruska kapa		Zavijanje glave.
Spiralni zavoj	Svaki krug djelimično (2/3) prekriva prethodni.		Kod dugačkih, pravih dijelova tijela.

	Postupak		Primjena
Spiralno–povratni (klas)	Pritisnuti zavoj, zatim obrnuti smjer zavijanja na polovini obima svakog spiralnog zavoja.		Koristi se kod prilagođavanja zavoja povećanju obima tijela (podlaktica, potkoljenica).
Desaultov (Dezolov) zavoj	Pazuh–rame – lakat.	 	Za fisksiranje ramena i lakta.
Madzenov zavoj		 	Kod povrede ključne kosti.

	Postupak		Primjena
Zavijanje zglobova	Zavoj se pričvrsti ispod zgloba, a zatim naizmjenično zavijati naviše i iznad zgloba, zatim naniže i ispod zgloba.		Kod povrede zgloba.

4.5. Evidencija

Po završetku postupka medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme postavljanja zavoja,
- mjesto postavljanja zavoja,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

4.6. Mjere opreza

- Ukoliko se fiksacijski zavoj postavlja na distalne zglobove ekstremiteta, ne zavijati prste radi praćenja cirkulacije.
- Ukoliko se zavoj postavlja nakon obrade rane, zavoj se mora protezati dovoljno izvan mjesta rane radi postizanja dovoljnog pritiska i zaštite. Sve ivice gaze moraju biti prekrivene.
- Ako postavljamo zavoj u cilju hemostaze i u toku postavljanja zavoja ili naknadno rana prokrvari i počne da curi krv, treba postaviti nove slojeve gaze i zavoja, nikako ne skidati prethodno stavljeni zavoj.

– Prilikom postavljanja zavoja u cilju imobilizacije, potrebno je koristiti sredstva za imobilizaciju i obuhvatiti dva susjedna zgloba.
– Kod opekotina zavoj postaviti labavo bez zatezanja.
– Predmeti zabodeni u tijelo (nož, drvo, staklo) koji se ne mogu zbrinuti na primarnom nivou zdravstvene zaštite, ne smiju se vaditi, nego ih treba fiksirati gazom sa svih strana, a zatim fiksirati zavojem u zatečenom položaju i uputiti na dalju obradu prema nalogu ljekara.
– U slučaju povrede kostiju glave ne smije se vršiti direktan pritisak fiksacijom na povrijeđeni dio kosti glave, nego se pravi kolut od gaze i zavoja čija širina mora prelaziti ivice povrede, preko kojeg se vrši fiksacija zavojem.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

30 PROCEDURA OBRADE I PREVIJANJA RANE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Rana je prekid anatomskog i funkcionalnog kontinuiteta tkiva. Obzirom na tok zarastanja, rane dijelimo na akutne i hronične. Tretman obrade rane na koži indiciran je od strane ljekara, a provodi ga medicinska sestra/tehničar prema jedinstvenoj proceduri. Pravilna obrada i previjanje je osnovni postupak u adekvatnom liječenju rana.

Svrha ove procedure je siguran, pravilan i jedinstven tretman rane.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Indikaciju za obradu i previjanje rane određuje ljekar, navodeći na nalogu:

– način tretiranja rane – učestalost, vrstu previjanja (suho ili vlažno),
– vrstu aseptičkog sredstva,
– vrstu odgovarajućeg pokrivala (antiseptici, hidrokoloidi, alginati, poliuretanska pjena, itd.).

Postupak provodi medicinska sestra/tehničar, pod aseptičnim uvjetima.

4.1. Priprema prostora

– prostorija mora biti svijetla, prozračena i ugodne temperature,
– pacijentu osigurati privatnost.

4.2. Priprema materijala

– sterilne rukavice,
– maska,
– sterilni instrumenti,
– veće sterilne šprice,
– sterilne igle,
– sterilne gaze različitih veličina, zavoj, leukoplast,
– 0,9% rastvor NaCl sobne temperature,
– antiseptik,

- odgovarajuća pokrivala (polieuretanski filmovi i pjene, hidrokoloidi, hidrogel, alginati, nelje-pljive kontaktne mrežice, itd.),
- bubrežnjak,
- posuda za infektivni otpad.

4.3. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta,
- postaviti pacijenta u odgovarajući položaj,
- skinuti postojeći zavoj (ako je rana već tretirana),
- pacijentu objasniti postupak i vrstu saradnje koja se od njega očekuje.

4.4. Postupak

4.4.1. Oprati i posušiti ruke, navući rukavice i staviti masku.

4.4.2. Skloniti sa rane zavojni materijal i pokrivalo (ako je rana već tretirana), te ga odložiti u posudu za infektivni otpad.

4.4.3. U špricu navući 0,9% rastvor NaCl.

4.4.4. Bubrežnjak postaviti tako da bi se tečnost i eksudat iz rane slijevali u njega.

4.4.5. Za ispiranje rane, u sterilnu šricu navući fiziološku otopinu (0,9% NaCl), te sa udaljenosti od 2–5 cm isprati ranu, pazeći da mlaz ne bude suviše jak, kako se ne bi oštetilo tkivo u rani.

4.4.6. Sterilnim instrumentom iz doboša uzeti tupfer gaze, preuzeti ga sterilnim peanom i natopiti fiziološkom otopinom, (pazeći da se vrhom boce ne dotakne tupfer), te kružnim pokretima ranu čistiti od središta prema rubovima.

4.4.7. Postupak ponoviti više puta, koristeći svaki put novi sterilni tupfer.

4.4.8. Kožu oko rane očistiti 0,9% NaCl, zatim posušiti suhom sterilnom gazom.

4.4.9. Na ranu staviti ordinirani pokrov, kojeg treba zaštititi višeslojnom sterilnom gazom.

4.4.10. Gazu fiksirati i/ili zaviti zavojem i fiksirati leukoplastom.

4.4.11. Isti postupak se provodi i kod obrade inficirane rane, uz dodatni postupak tretiranja rane antiseptikom koji je ordinirao ljekar.

4.4.12. Nakon obrade rane, primijeniti antiseptik, prema preporuci ljekara, koji treba ostaviti na rani određeno vrijeme.

4.4.13. Nakon toga ranu isprati sterilnom fiziološkom otopinom, očistiti okolinu rane i postaviti adekvatno pokrivalo.

4.4.14. Upotrijebljene zavoje, gaze i ostali sanitetski materijal, nakon previjanja odložiti u posudu za infektivni otpad.

4.4.15. Nakon previjanja svući rukavice te oprati ruke i skinuti masku.

4.4.16. Na osnovu preporuke ljekara, sa pacijentom dogovoriti sljedeći termin dolaska.

4.4.17. Prilikom narednih tretiranja rane nije neophodno prisustvo ljekara, izuzev u situacijama kada postoje promjene: znaci infekcije područja rane i okoline (crvenilo, pojačana sekrecija, prisutne pulsacije u rani, bol, otok, prisustvo gnoja, zadah, i dr.), osip oko rane i drugo, medicinska sestra/tehničar tada je dužna pozvati ljekara.



Slika 1. Ispiranje rane



Slika 2. Čišćenje rane



Slika 3. Toaleta okolne kože



Slika 4. Postavljanje pokrivala



Slika 5. Sekundarno pokrivalo

4.5. Evidencija postupaka

Po završetku postupka medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme obrade rane,
- vrstu aplicirane terapije,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

4.6. Mjere opreza

- previjanja moraju biti nježna, polagana, sa maksimalnom redukcijom boli,
- pratiti opće stanje pacijenta i eventualne promjene prijaviti ljekaru,
- gazom kojom se čisti rana, ne čistiti okolinu rane,
- ukoliko je koža oko rane promijenjena (oštećenje, osip, crvenilo, otok) koristiti odgovarajuće sredstvo za kožu oko rane koje ordinira ljekar.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

31 PROCEDURA TRETIRANJA LAKŠIH OPEKOTINA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Opekotine su povrede tkiva nastale kao rezultat dejstva toplote koja uzrokuje proteinsku koagulaciju i popratnu nekrozu koja je srazmjerna visini temperature i dužini trajanja dejstva na tkivo.

Svrha primjene ove procedure je tretiranje lakših opekotina na siguran i jedinstven način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Opekotina može biti različite veličine u zavisnosti od zahvaćene površine tijela, različite težine u zavisnosti od stepena oštećenja tkiva i sa različitim komplikacijama.

Etiološki, opekotine se dijele na:

- termičke – uzrokovane vrelom tečnošću i parom, vrelim predmetima, otvorenim plamenom, zračenjem i sl,
- hemijske – uzrokovane kiselinama, bazama, otrovima,
- opekotine električnom strujom.

Opekotine se klasificiraju i prema veličini zahvaćene površine i prema dubini na površne i duboke odnosno na lakše i teške. Lakše opekotine su opekotine I i II–A stepena i tretiraju se ambulantno.

Stepen opečenosti	Zahvaćenost kože	Klinički znaci	Zarastanje
I stepen – epidermalne opekotine (gradus epidermalis)	Zahvaćen je samo epidermis – zaštitna funkcija kože je očuvana.	Koža je crvena do ljubičasta i bolna. Na površini nema bula, sa minimalnim edemom, na pritisak se javlja prolazno bljedilo koje se brzo gubi.	Prirodno za 7 do 10 dana, bez ozbiljnih promjena.
II–A stepen – površne dermalne opekotine (gradus dermalis superfitialis)	Zahvaćen gornji dio dermisa.	Koža je ružičasto–crvena pokrivena vlažnim mjehurićima, bulama i izrazito bolna. Vraćanje krvi nakon pritiska je očuvano.	Eliminacija nekrotičnog tkiva i epidermalna regeneracija nastupa nakon 14 do 21 dan. Epitelizacija se odvija iz žlijezda znojnica, folikula dlaka a dijelom i sa rubova.

Tabela 1 – klasifikacija lakših opekotina

Tretman lakših opekotina vrši medicinska sestra/tehničar po nalogu i instrukcijama ljekara poštujući principe asepse i antisepse. Procjenu težine opekotine vrši isključivo ljekar.

4.4. Priprema prostora

- prostorija mora biti svijetla, prozračena i ugodne temperature,
- pacijentu osigurati privatnost.

4.5. Priprema materijala:

- 0,9% rastvor NaCl,
- sterilni tupferi gaze,
- sterilne rukavice,
- maska,
- posuda za nečisto,
- vazelinska gaza,
- zavoj,
- leukoplast,
- sterilni instrumenti.

4.6. Priprema pacijenta:

- identificirati pacijenta,
- postaviti pacijenta u odgovarajući položaj,
- skinuti dijelove odjeće ili postojeći zavoj,
- pacijentu objasniti postupak i vrstu saradnje koja se od njega očekuje.

4.7. Postupak tretiranja lakših opekotina:

4.7.1. Medicinska sestra/tehničar poziva ljekara koji vrši pregled i daje uputstva za dalji tretman.

4.7.2. Oprati i posušiti ruke, navući rukavice i staviti masku.

4.7.3. Očistiti okolinu opekotine fiziološkom otopinom od centra prema periferiji.

4.7.4. Ukoliko je opekotina sa oštećenim integritetom kože, sa tupferima gaze nježno ukloniti sav eksudat i moguće nečistoće.

4.7.5. Laganim mlazom fiziološke otopine isprati površinu opekotine.

4.7.6. Dalji tretman opekotine vršiti po instrukciji ljekara.

4.7.7. Nakon tretmana prekriti opekotinu sterilnom gazom, tako da ista prekriva oštećenu površinu kože preko rubova najmanje 1 cm i fiksira gazu leukoplastom, zavojem i turban zavojem.

4.7.8. Informirati pacijenta o terminu narednog dolaska koji je odredio ljekar.

4.7.9. Upotrijebljeni materijal zbrinuti prema proceduri zbrinjavanja infektivnog otpada.

4.7.10. Prilikom narednih posjeta nije neophodno prisustvo ljekara, izuzev u situacijama kada postoje evidentni znaci infekcije opečenog područja (crvenilo okoline, pojačana sekrecija, prisustvo gnoja, zadah, itd.), tada pozvati ljekara.

4.8. Evidencija

Po završetku ove procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme tretiranja opekotine,

– vrsta aplicirane terapije,
– potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

32 PROCEDURA PROCJENE I TRETMANA DEKUBITALNE RANE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Dekubitus je lokalno oštećenje kože ili potkožnog tkiva nastalo zbog sile pritiska, smicanja, trenja ili njihovom kombinacijom (EPUAP; European Presure Ulcer Advisory Panel). Postoji pet stadija dekubitusa, a mjesta koja su najviše podložna nastanku dekubitusu su tzv. dekubitalna mjesta.

Cilj ove procedure je pravilna procjena, adekvatan tretman i kontinuirano praćenje dekubitalne rane kao i jedinstven pristup svakom pacijentu.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Procjena dekubitalne rane

Pravilna klasifikacija dekubitalne rane i procjena faktora koji utječu na zarastanje predstavlja smjernicu za određivanje tretmana koji će omogućiti zarastanje dekubitalne rane.

4.1.1. Klasifikacija dekubitalne rane

– Prvi stepen – topla i crvena koža na mjestima pritiska na podlogu, integritet kože je još uvijek očuvan, crvenilo blijedi na pritisak.
– Drugi stepen – oštećenje epidermisa i dermisa sa pojavom bule i erozije, crvenilo ne blijedi na pritisak.
– Treći stepen – zahvata potkožno tkivo do mišićne fascije sa vidljivim nekrotičnim dijelovima, rana zaudara a okolina hiperpigmentirana.
– Četvrti stepen – opsežan dekubitus koji zahvata sve slojeve tkiva uključujući i koštano tkivo sa pratećom infekcijom.
– Peti stepen – ekstremno duboki životno ugrožavajući defekti svih slojeva tkiva sa prisutnom infekcijom i nekrozom.

4.1.2. Faktori koji utječu na zarastanje

– faktori koji su vezani za pacijenta (fizički, psihosocijalni, odnos prema bolesti, lijekovi, finansijske mogućnosti, dostupnost novih materijala za zarastanje rane),
– faktori vezani za ranu (trajanje, veličina, dubina rane, stanje dna rane, neadekvatna perfuzija, infekcija, lokalizacija rane).

4.2. Tretman dekubitalne rane

Tretman provodi patronažna sestra/tehničar, pod aseptičnim uvjetima, po nalogu ljekara, koji treba da odredi:

– vrstu previjanja (suho ili vlažno),
– način tretiranja dekubitalne rane koji određuje u saradnji sa patronažnom sestrom/tehničarem,
– vrstu odgovarajućeg pokrivala (antiseptici, hidrokoloidi, alginati, poliuretanska pjena, itd.).

4.2.1. Priprema prostora

- Prostorija mora biti svijetla, prozračna i ugodne temperature.

4.2.2. Priprema materijala za obradu dekubitalne rane

- materijal za aseptičnu obradu rane (sterilni zavojni materijal i instrumenti, ordinirane tekućine za tretiranje rane i pokrivala),
- sterilnu špricu, bubrežnjak, leukoplast,
- zaštitna oprema (rukavice, maska),
- plastični centimetar,
- kesu za odlaganje infektivnog otpada.

4.2.3. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta,
- informirati pacijenta o načinu provođenja postupka,
- postaviti pacijenta u udoban, odgovarajući položaj da bi rana bila što pristupačnija,
- upoznati pacijenta sa važnošću i značajem saradnje koja se od njega očekuje tokom tretmana,
- osloboditi ranu od odjeće ili pelena.

4.2.4. Obrada i previjanje dekubitalne rane

- skinuti pokrov sa rane,
- vizualno procijeniti ranu (izmjeriti veličinu, lokaciju, sekreciju, miris, nekrotično tkivo, izgled dna rane, granulacije i znake infekcije),
- napraviti poređenje stanja rane u odnosu na prethodni tretman,
- procijeniti razinu boli,
- zbrinuti dekubitalnu ranu (prema proceduri obrade i previjanja rane),
- zbrinuti okolno tkivo oko dekubitusa,
- staviti odgovarajuće pokrivalo,
- pratiti opće stanje pacijenta tokom tretmana.

4.2.5. Savjetovati pacijenta ili njegovatelja:

- o pravilnoj ishrani koja će pomoći u zarastanju rane,
- o higijeni i čestoj promjeni položaja,
- načinu primjene obloga koje su propisane.

4.3. Preporuke za patronažnu sestru/tehničara:

- Ako je uočena pojava nekrotičnog tkiva treba što prije kontaktirati nadležnog ljekara.
- Ako rana ne zarasta nakon 14 do 21 dan, obavijestiti ljekara.
- Prema procjeni i nalogu ljekara, patronažna sestra/tehničar uzima bris dekubitalne rane.
- Za tretman dekubitusa u kućnim uvjetima patronažna sestra/tehničar treba biti educirana.

4.4. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege za evidenciju aktivnosti koje je provela u kućnoj posjeti.

Patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću i važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum izvršene usluge,
- vrstu usluge (obrada rane, vrstu i način prevoja, savjetovanje, demonstracija),
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je pružila uslugu.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

33 PROCEDURA IMOBILIZACIJE – INDIKACIJE, CILJEVI, VRSTE, SREDSTVA I PRINCIPI

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Imobilizacija je postupak kojim se, koristeći imobilizacijska sredstva, povrijeđeni dio tijela, za određeno vrijeme, postavlja u prinudni položaj i stanje mirovanja, radi njegove poštede, smanjivanja bola, sprječavanja oštećenja tkiva, krvnih sudova i nerava, bržeg zarastanja rana.

Svrha procedure je izvođenje imobilizacije na jedinstven, ispravan i siguran način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Indikacije za imobilizaciju

Indikaciju za izvođenje imobilizacije utvrđuje ljekar, a postupak imobilizacije provodi medicinska sestra/tehničar, odnosno medicinski tim u zavisnosti od težine povreda.

- Zatvoreni i/ili otvoreni prijelom kosti i sumnja na prijelom.
- Povrede kičme i karlice.
- Povrede zgloba (iščašenje, uganuće, uvrnuće, istezanje).
- Povrede tetiva i perifernih živaca.
- Povrede velikih krvnih sudova.
- Sve sklopetarne i eksplozivne rane.
- Amputacije nakon povreda.
- Opsežna nagnječenja mekih tkiva – crush (kraš) povrede.
- Toplotne povrede.
- Ujed zmije.

4.2. Ciljevi imobilizacije

- Spriječiti naknadno povređivanje kože (tj. da se zatvoreni prijelom ne pretvori u otvoreni), mekih tkiva, nerava, krvnih sudova, visceralnih organa (kako od nekompliciranog ne bi nastao komplicirani prijelom).
- Smanjiti bol i spriječiti mogućnost nastanka traumatskog šoka.
- Smanjiti rizik od nastanka embolije.
- Spriječiti širenje infekcije.
- Osigurati lakši transport povrijeđenog.
- Pravilnom imobilizacijom stvaramo uvjete za bržu i uspješniju rehabilitaciju povreda.

4.3. Vrste imobilizacije (podjela prema namjeni i vremenu upotrebe)

Transportna (privremena) imobilizacija – podrazumijeva dovođenje povrijeđenog dijela tijela u stanje mirovanja na mjestu povređivanja, neposredno nakon povređivanja i za vrijeme transporta. Obavlja se sredstvima kojima se trenutno raspolaže.

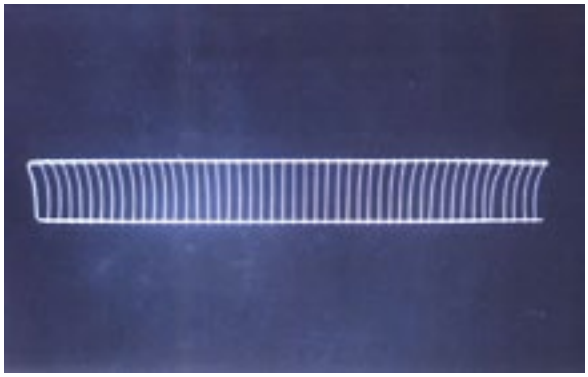
Terapijska (definitivna) imobilizacija – primjenjuje se u zdravstvenim ustanovama i podrazumijeva neoperativno i operativno liječenje.

4.3.1. Transportna – privremena imobilizacija

Standardna imobilizacijska sredstva (određenog oblika, veličine i namjene)

Za pružanje hitne medicinske pomoći koriste se fabrički proizvedena imobilizacijska sredstva:

- Udlage – šine: Cramerova (najčešće se koristi u praksi), Thomasova, Dietrichova, Nisenova šina, Volkmanova;
- Vakum udlage, pneumatske udlage, vakum madrac, MAST pneumatska odjeća;
- Cervikalna (Šancova) kragna;
- Kratka i duga spinalna daska;
- Lopatasto nosilo.



Slika 1. Cramerova šina



Slika 2. Thomasova udlaga.

Slika 3. Standardna imobilizacijska sredstva.



4.4. Opća pravila za imobilizaciju – principi imobilizacije:

- Ako postoji sumnja na prijelom, postupati kao da postoji prijelom.
- Imobilizacija se provodi odmah po nastanku povrede, odnosno dolaska do povrijeđenog.
- Izvršiti procjenu sigurnosti za povrijeđenog i za spasioca na mjestu nesreće (otvoreni put, opasnost od vode, struje, rušenja objekta).
- Imobilizaciju izvršiti na mjestu nesreće, bez obzira na blizinu medicinske ustanove.
- Primijeniti mjere lične zaštite (rukavice, zaštitna maska).
- Izvršiti procjenu stanja povrijeđenog – prije i nakon imobilizacije provjeriti i kontrolirati prohodnost disajnih puteva, puls, po potrebi provoditi mjere oživljavanja i prve pomoći bez suvišnih pomjeranja povrijeđenog dijela tijela, zaustaviti krvarenje, provjeriti i kontrolirati pokretljivost prstiju, te boju i senzibilitet kože.
- Po mogućnosti objasniti povrijeđenom potrebu, značaj i postupak imobilizacije.
- Kod zatvorenih prijeloma ne skidati odjeću i obuću sa povrijeđenog kako se ne bi izazvalo naknadno pomicanje koštanih ulomaka, sekundarna oštećenja tkiva, krvnih sudova, nerava i pojava komplikacija.
- Kod otvorenih prijeloma povrijeđeni dio tijela osloboditi odjeće, skidanjem sa zdrave strane, cijepanjem ili rezanjem po šavovima.
- Kod otvorenih povreda zbrinuti krvarenje i sterilno previti ranu.
- Krajevi slomljenih kostiju ne smiju se gurati i vraćati natrag kroz kožu.
- Hladan oblog na ozlijeđenom mjestu može pomoći u smanjivanju otoka.
- Ne pomjerati povrijeđenog dok prijelomi nisu imobilizirani.
- Zabranjena je repozicija (namještanje) prijeloma i/ili iščašenja.
- Primijeniti "Pravilo dvojke": kod povrede kosti imobilizira se povrijeđena kost, dva susjedna zgloba i dvije trećine kosti uz zglobove, a kod povrede zglobova dvije susjedne kosti, (izuzetak prijelom palčane kosti na tipičnom mjestu, maleolni prijelomi, prijelomi apofiza), imobilizacijsko sredstvo se pričvršćuje na dva mjesta – iznad i ispod mjesta prijeloma, dva lica pružaju pomoć, odnosno pri imobilizaciji povreda kičme, karlice i većih kostiju potrebna je pomoć više spasilaca.
- Imobilizirati ekstremitet u neutralnom (fiziološkom) položaju: šaka polusavijena, lakat savijen pod uglom od 75°, rame pod uglom od 90°, koljeno polusavijeno, stopalo pod uglom od 90° u odnosu na potkoljenicu ili u zatečenom položaju kada postoji jak bol (iščašenja i zglobni prijelomi).
- Povrijeđeni ekstremitet postaviti u lako eleviran položaj (kako bi se spriječio otok i osigurala efikasna cirkulacija).
- Sredstva za imobilizaciju izmjeriti po zdravom ekstremitetu tako da budu duža od oba susjedna zgloba između kojih se ozljeda nalazi. Udlaga mora biti dovoljno dugačka da imobilizira susjedne zglobove s ciljem da se odgovarajuće učvrsti ozlijeđena kost.
- Sredstva za imobilizaciju obložiti mekom tkaninom (vata, zavoj, dijelovi odjeće) ili staviti preko odjeće unesrećenog ili prethodno postaviti podloške od meke tkanine na ugroženo mjesto.
- Sredstva za imobilizaciju uz tijelo povrijeđenog pričvrstiti poveskama načinjenim od trouglih marama, zavoja ili dijelova odjeće, pri čemu čvorove poveski vezati na udlagu, a nikako iznad nezaštićenih dijelova ekstremiteta. Udlaga mora biti čvrsto pričvršćena kako se prelomljene kosti ne bi pomicale, ali da istovremeno nije ugrožen krvotok distalno od ozljede. Ukoliko je udlaga postavljena prečvrsto, može doći do ugrožavanja krvotoka i dodatnog ozljeđivanja ekstremiteta.

– Nakon svakog učvršćivanja udlage, pomicanja ili premještanja pacijenta mora se ponovo procijeniti puls, osjet i motorički odgovor na ozlijeđenom ekstremitetu distalno od ozljede. Promjene distalnog krvotoka, promjene osjeta ili motorike mogu ukazivati da je udlaga postavljena nepravilno, što može izazvati dodatno oštećenje ozlijeđenog ekstremiteta.
– Prste povrijeđenog dijela tijela ostaviti nepokrivene, radi uočavanja nastalih poremećaja cirkulacije i procjene neurovaskularnog statusa niže od mjesta povrede (plavilo nokata, hladni prst).
– Povrijeđenog, uz osnovne mjere pomoći, u primjerenom položaju, sa pratiocem, transportirati u zdravstvenu ustanovu.

5. REVIZIJA

Revizija procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

34 PROCEDURA IMOBILIZACIJE – POSEBNE VRSTE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Imobilizacija je postupak kojim se, koristeći imobilizacijska sredstva, povrijeđeni dio tijela, za određeno vrijeme, postavlja u prinudni položaj i stanje mirovanja, radi njegove poštede, smanjivanja bola, sprječavanja oštećenja tkiva, krvnih sudova i nerava, bržeg zarastanja rana.

Za pripremu materijala i pacijenta koristiti proceduru „Indikacije, ciljevi, vrste, sredstva i principi imobilizacije".

Svrha procedure je izvođenje imobilizacije na jedinstven, ispravan i siguran način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Imobilizacija prijeloma gornjeg ekstremiteta

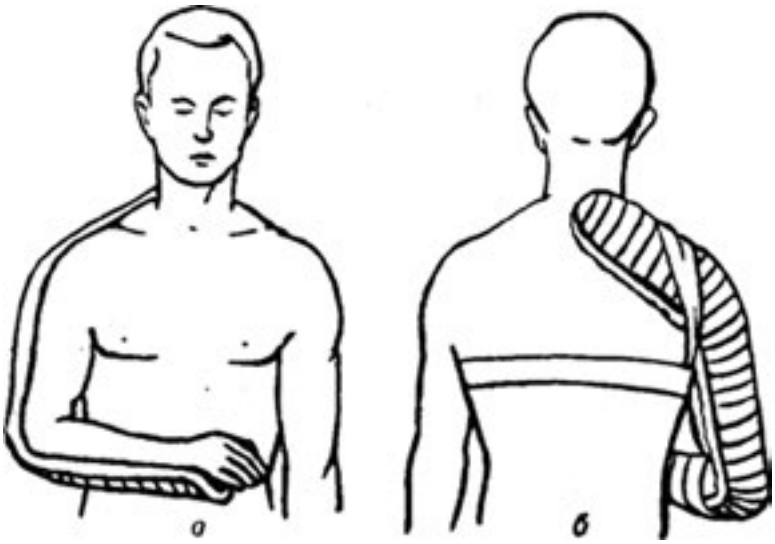
4.1.1. Rame i nadlaktica

Imobilizacijsko sredstvo kod povrede ramena obuhvata vrhove prstiju, lakat, rame povrijeđene ruke i suprotno rame, a kod povrede nadlaktice vrhove prstiju, lakat i rame povrijeđene ruke.

– Ruka je priljubljena uz tijelo.
– Lakat je u fleksiji od 90°.
– Podlaktica je u neutralnoj poziciji.
– Šaka okrenutog dlana prema grudnom košu.
– Palac šake naviše.
– Nadlaktica se imobilizira jednom Kramerovom udlagom.

4.1.2. Podlaktica

– Imobilizira se zglob lakta i ručni zglob.
– Standardna udlaga postavlja se sa vanjske strane podlaktice, od vrhova prstiju do iznad lakta sa savijenom rukom u laktu, a šakom polusavijenom i napola savijenim prstima, tako što se u šaku stavi jedan zavoj ili savije Kramerova udlaga da ispunjava polusavijenu šaku i polusavijene prste.
– Postavlja se mitela (okovratnik).



Slika 1. Imobilizacija nadlaktice Kramerovom udlagom.



Slika 2. Mitela (okovratnik)



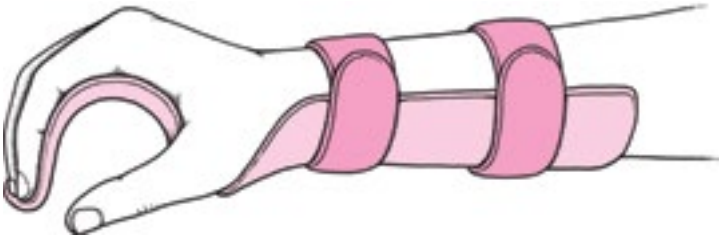
Slika 2. Imobilizacija podlaktice i potkoljenice vakuum udlagama.

– Podlakticu je najbolje imobilizirati u vakuum udlagama, pneumatskoj udlazi ili Kramerovom udlagom.

4.1.3. Šaka

– Lom u ručnom zglobu i šaci se imobilizira tako da imobilizacijsko sredstvo ide od vrhova prstiju do lakta.
– Imobilizira se u tzv. "funkcionalnom položaju" (ručni zglob i šaka u položaju držanja smotuljka od mekog materijala, zavoja ili mekane loptice).
– Postavlja se mitela (okovratnik).
– Može se imobilizirati u pneumatskoj udlazi ili Kramerovom udlagom.





Slika 3. Imobilizacija šake i ručnog zgloba.

4.2. Imobilizacija prijeloma donjeg ekstremiteta

4.2.1. Kuk i natkoljenica

- Povrijeđeni je u ležećem položaju sa ispruženim nogama, lako savijenim koljenom i skočnim zglobom u srednjem položaju tj. u položaju stopala prema potkoljenici pod uglom od 90°.
- Natkoljenicu je najbolje imobilizirati Tomasovom šinom.
- U nedostatku Tomasove šine mogu poslužiti tri Kramerove udlage.
- Jedna ide sa stražnje strane, od lopatice povrijeđene strane, preko stražnjeg dijela trupa, stražnjeg dijela noge, savija se oko pete i dolazi do vrhova prstiju.
- Druga Kramerova udlaga ide od pazuha iste strane noge koja se imobilizira, preko vanjske strane trupa, preko vanjske strane noge do stopala, pa preko ovog zavija na unutrašnju stranu.
- Treća udlaga ide od prepone sa unutrašnje strane povrijeđene noge do skočnog zgloba.
- Sve tri udlage se posebno i zajednički fiksiraju trakama za nogu u pet tačaka: skočni zglob, koljeno, kuk, karlica i kraj spoljne udlage preko grudnog koša.

4.2.2. Potkoljenica

- Imobilizira se koljeni i skočni zglob.
- Važe svi principi kao kod prijeloma natkoljenice samo što su udlage kraće.
- Potkoljenicu je najbolje i najlakše imobilizirati vakuum udlagama i pneumatskom udlagom.
- U nedostatku pneumatske udlage mogu poslužiti dvije Kramerove udlage.
- Prva ide od sredine natkoljenice prema dolje sa stražnje strane noge, savija preko pete i ide do vrhova prstiju.

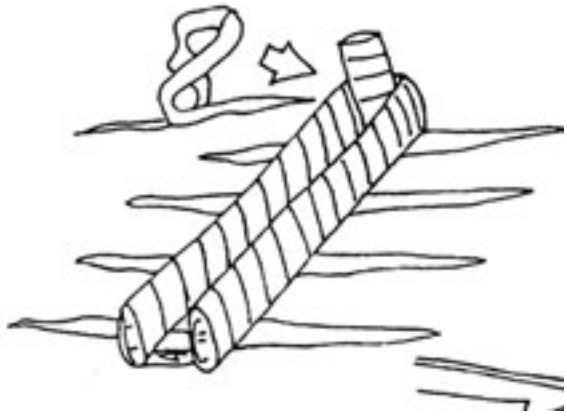


Slika 4. Imobilizacija natkoljenice Thomasovom udlagom.



Slika 5. Imobilizacija Kramerovom udlagom

– Druga ide od sredine natkoljenice sa vanjske strane povrijeđene noge, zavija oko skočnog zgloba i ide unutrašnjom stranom noge sve do sredine natkoljenice, tj. do istog mjesta odakle je i počela, ali sa unutrašnje strane povrijeđene noge.
– Udlage se posebno, a potom zajednički fiksiraju u tri tačke: skočni zglob, koljeno i natkoljenica.



Slika 6. Kramerove udlage za imobilizaciju potkoljenice.



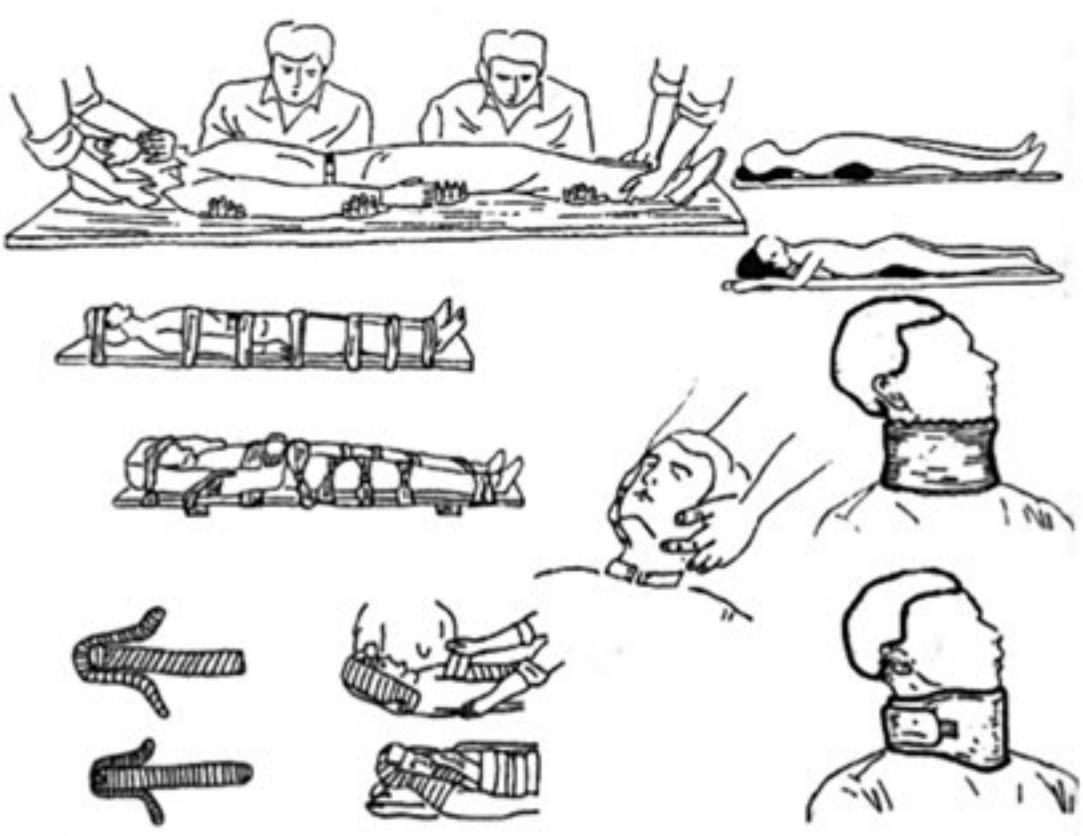
Slika 7. Imobilizacija potkoljenice pneumatskom udlagom.

4.2.3. Skočni zglob i stopalo

– Imobiliziraju se u „zatečenom položaju".
– Najbolje i najlakše je imobilizirati vakuum udlagama i pneumatskom udlagom.
– U nedostatku pneumatske udlage može poslužiti jedna Kramerova udlaga koja ide malo ispod koljena, sa stražnje strane potkoljenice, zavija oko pete i ide do vrhova prstiju.
– Udlage se fiksiraju u dvije tačke: skočni zglob i ispod koljena.

4.3. Imobilizacija kod povreda kičme

– Procijeniti težinu povrede i stanja povrijeđenog (svijest, disanje, puls, pokretljivost i osjetljivost ekstremiteta), mjere neodložne pomoći uz minimalno pokretanje povrijeđenog.



Slika 8. Postupak kod povrede kičme.

- Primijeniti „trostruki hvat" radi oslobađanja prohodnosti disajnih puteva kod povreda vratnog dijela kičme.
- Sa četiri prsta objema rukama uhvati se ispod vilice i ona se povlači na gore, a palčevima se usta povlače i otvaraju. Tako se vrat, tj. glava ne zabacuje unazad, a otvara se prohodnost disajnih puteva.
- Za prijenos povrijeđenog na imobilizacijsko sredstvo (spinalnu dasku) neophodno je prisustvo tri ili četiri osobe.
- Pored povrijeđenog postaviti dugu spinalnu dasku.
- Prva osoba (koordinator) stoji iznad glave povrijeđenog, fiksira glavu i vrat u neutralnoj poziciji.
- Osobe broj dva i tri kleče pored povrijeđenog sa suprotne strane u odnosu na spinalnu dasku.
- Osoba broj dva obuhvata rukama povrijeđenog za suprotno rame i iznad predjela karlice.
- Osoba broj tri obuhvata rukama povrijeđenog za suprotno koljeno (ili skočni zglob) i predio karlice.
- Na komandu koordinatora istovremeno rotiraju (povlače) tijelo povrijeđenog.
- Treća osoba zatim podupire spinalnu dasku ispod tijela povrijeđenog.
- Na ponovnu komandu koordinatora istovremeno spuštaju tijelo povrijeđenog na spinalnu dasku.
- Vrat se imobilizira postavljanjem Šancovog ovratnika.
- Tijelo povrijeđenog se fiksira trakama preko čela, ramena, karlice i potkoljenica.
- Na ovaj način povrijeđeni se prenosi na transportna nosila i tako dalje sigurno transportuje do zdravstvene ustanove.

4.4. Imobilizacija kod povreda karlice

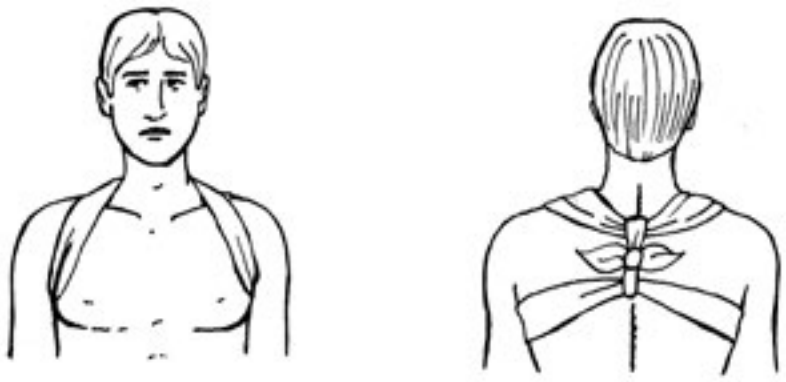
- Povrijeđeni se pomjera krajnje oprezno.
- Imobilizacija se vrši na spinalnoj dasci.
- Za izvođenje imobilizacije je potrebno više osoba.
- Karlica se čvrsto omota povojem širine oko 60 cm (ćebe ili čaršaf).
- Noge i trup se mogu fiksirati kružnim trakama.
- Povrijeđeni je u horizontalnom položaju na leđima sa blago savijenim nogama.

4.5. Imobilizacija kod povreda glave

- Prijelom donje vilice imobilizira se postavljanjem praćke za bradu ili obostranog zavoja lica.
- Prijelom nosnih kostiju se imobilizira praćkom za nos.
- Prijelom kostiju glave: ne smije se vršiti kompresija na napukle fragmente kostiju lobanje koji mogu izvršiti kompresiju na moždane strukture. Preko rane se postavlja sterilna gaza, a na namjenski pripremljen kolut, koji se postavlja oko ivica rane, se postavlja kompresivni zavoj, ali oko rane, a ne na samu ranu.
- Kod sumnje na prijelom baze lobanje postavlja se Šancova kragna. Pri postavljanju jedna osoba dvjema rukama (sa strane) pridržava glavu povrijeđenog i vrši blagu trakciju glave, a druga osoba postavlja kragnu. Ukoliko je povrijeđeni u besvjesnom stanju, postaviti ga u koma položaj da ne bi došlo do aspiracije tjelesnog sadržaja (krv, povraćene mase), a zatim hitan transport u zdravstvenu ustanovu uz stalnu kontrolu općeg stanja povrijeđenog.

4.6. Imobilizacija prijeloma ključne kosti

- Imobilizira se direktnom fiksacijom kosti ili fiksacijom čitavog gornjeg ekstremiteta.
- Direktna fiksacija se postiže “osmicom” – traka od mekog materijala koja sa prednje strane prelazi preko obje ključne kosti, na oba ramena, iza vrata a sa zadnje se ukršta između lopatica ili se fiksira gotovim – modeliranim osmicama.
- Zatezanjem zadnjih krajeva, ramena se povlače prema nazad i dozira se pritisak na prelomljenu kost – fragmente.



Slika 9. Madsenov zavoj

4.7. Imobilizacija uganuća

- Fiksacija zgloba u fiziološki položaj.
- Kompresija zgloba.
- Elevacija ekstremiteta.
- Lokalna aplikacija leda.

4.8. Imobilizacija iščašenja

- Poštovati sve principe imobilizacije kao kod prijeloma.
- Zabranjena je repozicija.
- Imobilizirati u zatečenom položaju.

4.9. Imobilizacija otvorenih prijeloma

- Zaustaviti krvarenje.
- Preko rane staviti sterilnu gazu – zonu rane zaštititi mekom bandažom.
- Imobilizirati u zatečenom položaju – fragmenti kosti se ne reponiraju.

4.10. Mjere opreza

- ako postoji sumnja na prijelom, postupati kao da postoji prijelom,
- imobilizacija se provodi odmah, na mjestu nesreće,
- prije i nakon imobilizacije, izvršiti procjenu stanja povrijeđenog – prohodnost disajnih puteva, puls, po potrebi provoditi mjere oživljavanja i prve pomoći, zaustaviti krvarenje, previti ranu, provjeriti i kontrolirati pokretljivost prstiju, te boju i senzibilitet kože,
- sredstva za imobilizaciju obložiti mekom tkaninom (vata, zavoj, dijelovi odjeće) ili staviti preko odjeće unesrećenog ili postaviti podloške od meke tkanine na ugroženo mjesto,
- povrijeđeni se ne smije pomjerati dok prijelomi nisu imobilizirani,
- zabranjena je repozicija (namještanje) prijeloma i/ili iščašenja,
- imobilizirati ekstremitet u neutralnom (fiziološkom) položaju,
- pretjerano labava imobilizacija može izgubiti svaki efekat,
- suviše čvrsta imobilizacija može ometati cirkulaciju krvi i dovesti do komplikacija,
- imobilizacija u nepravilnom fiziološkom položaju prouzrokuje bol, smetnje u cirkulaciji i dodatne povrede mekih dijelova tkiva.

4.11. Evidencija

Po završetku postupka medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu,
- datum i vrijeme provođenja postupka,
- postupak koji je proveden (važno je zabilježiti sve nalaze, činjenice i događaje koji su uslijedili na mjestu događaja i za vrijeme transporta),
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

5. REVIZIJA

Revizija procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

35 PROCEDURA ZDRAVSTVENE NJEGE KOLOSTOME

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Zdravstvena njega kolostome je postupak koji se sastoji od higijene stoma otvora i okolne kože, izmjene ili pražnjenja vrećice za stolicu, te izmjene stoma podloge (baze, pločice, diska).

Cilj postupka je osigurati čistu i zdravu stomu i okolnu kožu, osigurati eliminaciju stolice bez komplikacija, smanjiti pacijentovu tjeskobu i osjećaj ugroženog dostojanstva.

Svrha ove procedure je primjena zdravstvene njege kolostome na jedinstven i siguran način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Intervencija se izvodi na osnovu pisanog naloga ljekara, a provodi je medicinska sestra/tehničar.

4.1. Priprema prostora

Osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji (osvjetljenje, bez jakog strujanja zraka).

4.2. Priprema materijala

- kolica ili tacna,
- odgovarajuće samoljepljive pločice i stoma vrećice (jednodjelne, dvodijelne, prozirne, neprozirne vrećice, s filtrom i bez, s ispustom i bez),
- prema namjeni postoje i mini vrećice koje se koriste za kratke vremenske periode,
- jednodjelna vrećica se sastoji od vrećice i vanjskog samoljepljivog dijela,
- mjerač za mjerenje promjera stome,
- makaze,
- tupferi gaze,
- fiziološka otopina,
- pH neutralan sapun, topla voda, lavor, celštof ili papirni ubrusi,
- zaštitna krema za kožu,
- jednokratne nesterilne rukavice,
- bubrežnjak ili posuda za nečisto u kućnim uvjetima,
- vreće za komunalni i infektivni otpad.

4.3. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta,
- osigurati privatnost pacijenta,
- pacijenta informirati o proceduri, značaju, načinu izvođenja i zamoliti za saradnju,
- komunicirati s pacijentom tokom izvođenja postupka.

4.4. Izvođenje postupka

4.4.1. Pacijenta smjestiti u položaj povoljan za izvedbu postupka – ležeći ili Fowlerov.

4.4.2. Oprati i posušiti ruke.

4.4.3. Kolica/tacnu staviti uz pacijenta.

4.4.4. Izmjeriti veličinu stome.

4.4.5. Kod samoljepljivih vrećica, izrezati otvor veličine stome.

4.4.6. Kod promjene podloge, ako nije modelirajuća, također izrezati otvor.

4.4.7. Navući rukavice.

4.4.8. Pacijentov trbuh osloboditi odjeće.

4.4.9. Skinuti staru vrećicu – ukoliko je samoljepljiva raditi vrlo oprezno zbog mogućeg oštećenja kože – jednom rukom pridržavamo kožu, a drugom nježno povlačimo vrećicu.

4.4.10. Odložiti vrećicu u vreću za komunalni otpad.

4.4.11. Ukloniti fekalne mase celštofom ili papirnim ubrusom i odložiti u vreću za otpad.

4.4.12. Oprati okolnu kožu pH neutralnim sapunom i toplom vodom, a sluzokožu stome očistiti fiziološkom otopinom.

4.4.13. Nježno posušiti kožu papirnatim ubrusom.

4.4.14. Pričvrstiti samoljepljivu pločicu na suhu kožu.

4.4.15. Izrez pločice i vrećice mora pokrivati kožu oko stome.

4.4.16. Sastaviti vrećicu s prstenom na pločicu.

4.4.17. Provjeriti prijanjanje.

4.4.18. Svući rukavice, oprati i dezinficirati ruke i ponovo navući čiste rukavice.

4.4.19. Raspremiti pribor.

4.4.20. Upotrijebljeni zavojni materijal odložiti (u vreće infektivnog i/ili komunalnog otpada).

4.4.21. Svući rukavice, oprati i posušiti ruke.

4.4.22. Medicinske sestre/tehničari podučavanjem pacijenta, poticanjem na što raniju samostalnost za njegu vlastite kolostome, savjetima o izboru najboljeg pomagala, načinu prehrane, zajedničkom provjerom naučenog, doprinose vraćanju samopoštovanja, samopouzdanja i želje za brzim prilagođavanjem stilu života u novonastaloj situaciji. Zbog sigurnosti, savjetovati pacijenta da fiksira stomu trbušnim pojasom.

4.4.23. Evaluirati i dokumentirati postupak i stanje pacijenta.

4.5. Evidencija

Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme izvođenja postupka,
- u rubrici „napomena“ navesti eventualne promjene na koži i stanje stome, potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

4.6. Mjere opreza

- Zdravstvena njega i previjanje stome ovise o vrsti stome.
- Često skidanje jednodjelnih vrećica može uzrokovati oštećenje okolne kože, stoga su dvodijelne vrećice bolji izbor.
- Pločica se pričvršćuje na kožu i može ostati 3–5 dana, a mijenjaju se samo vrećice.
- Terapeutska pomagala za stomu treba da su pohranjena na suhom mjestu u vodoravnom položaju, optimalna temperatura pohranjivanja je manje od 20° C.
- Vlažno okruženje nepovoljno utječe na svojstvo prijanjanja.

– Benzin ili razrjeđivač ne smije se koristiti za čišćenje kože, izbjegavati obojene i mirisne sapune.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

36 PROCEDURA UVOĐENJA I ODRŽAVANJA URINARNOG KATETERA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Uvođenje urinarnog katetera kroz uretru do mokraćne bešike, je invazivna metoda koja se primjenjuje u dijagnostičke i terapeutske svrhe.

Primjenom ove procedure osigurava se pravilan i siguran postupak uvođenja i održavanja urinarnog katetera.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Urinarni kateter se može uvesti jednokratno, povremeno i/ili trajno, zavisno od indikacije koju određuje ljekar.

Preporučuje se da postupak uvođenja katetera kod pacijenata muškog pola izvodi ljekar, a kod žena taj postupak može provoditi iskusna i educirana medicinska sestra/tehničar. Zahvat zahtijeva prisustvo dvije osobe, sterilan pristup i dobro osvjetljenje. Postupak ispiranja katetera provodi jedna osoba.

Zavisno o svrsi kateterizacije, važno je odabrati vrstu i veličinu katetera.

Urinarni kateteri se razlikuju prema duljini, promjeru, vrsti materijala od kojega su izrađeni, broju kanala i obliku vrha. S obzirom na duljinu kateterizacije, kateteri mogu biti jednokratni i trajni. Trajni kateteri imaju retencijski mehanizam (balon), kako ne bi ispali iz mokraćnog mjehura (Foleyev kateter).

4.1. Priprema pribora/materijala

– sterilni kateter (lateks ili silikonski) – prosječna veličina za djecu od 6–10 Frencha, za odrasle 16–20 Frencha,
– šprica sa 5–8 ml fiziološkog rastvora,
– šprica sa 5–8 ml aqua redestillata,
– pean,
– antiseptik za sluznicu,
– posuda/kontejner za nečisto (bubrežnjak),
– podmetač (celštof),
– sterilne i nesterilne rukavice,
– posuda za urin ili kesa za urin,
– sterilni vodorastvorljivi lubrikant (lidokain gel),
– sterilni tupferi gaze,
– leukoplast.

4.2. Priprema pacijenta

- identificirati pacijenta,
- pacijent svojim potpisom potvrđuje saglasnost za izvođenje postupka, uz prethodno objašnjenje postupka i mogućih komplikacija,
- osigurati privatnost pacijenta,
- oprati ruke i navući nesterilne rukavice za jednokratnu upotrebu,
- postaviti pacijenta u odgovarajući položaj: za pacijenta ženskog spola – leđni položaj sa razmaknutim stopalima (60 cm), savijenih koljena, a za pacijenta muškog spola – leđni položaj sa ispruženim nogama,
- uraditi toaletu spolovila,
- kod pacijenta ženskog spola nedominantnom rukom, palcem i kažiprstom razmaknuti male usne (labia minor) otkrivajući urinarni kanal, toaletu vršimo peanom i tupferima gaze nakvašenim dezinfekcijskim sredstvom, po principu jedan tupfer, jedan okomiti potez, od klitorisa prema perineumu,
- kod pacijenta muškog spola uhvatiti penis nedominantnom rukom, povući prepucijum unazad i dole, zatim penis blago podignuti pod uglom 60–90 stepeni,
- dominantnom rukom dezinficirati spolovilo služeći se peanom i tupferima gaze nakvašenim dezinfekcijskim sredstvom, očistiti glans penisa kružnim pokretom počevši od otvora uretre ka spolja,
- tupfere odložiti u kontejner za nečisto.

4.3. Postupak uvođenja katetera

- osoba koja uvodi kateter navlači sterilne rukavice, dok medicinska sestra/tehničar koja asistira (asistent) navlači nesterilne rukavice za jednokratnu upotrebu,
- asistent otvara pakovanje s kateterom i dodaje ga u dominantnu ruku osobe koja će plasirati kateter,
- osoba koja uvodi kateter, dominantnom rukom uzima kateter 5–7 cm od vrha katetera, a kraj katetera drži uzdignut između četvrtog i petog prsta, a zatim osoba koja asistira nanosi lubrikant na vrh katetera,
- da bi se kateter lakše uveo neophodno je da pacijent opusti sfinktere, pa ga treba zamoliti da kašlje dok se kateter plasira, a zatim da diše duboko i polako za dalje opuštanje sfinktera i spazma.

Ne primjenjivati silu tokom uvođenja katetera, a ako postoji otpor treba prekinuti intervenciju i obavijestiti ljekara ukoliko postupak provodi medicinska sestra/tehničar. Najčešće otpor nastaje uslijed spazma sfinktera, traume, uvećanja prostate kod muškarca ili tumora.

- kod žena uvesti kateter 3–5 cm, dok urin ne počne da teče,
- kod muškaraca uvesti kateter do račve i provjeriti da li teče urin; kada je kateter plasiran u mokraćnoj bešici, nikada ga ne povlačiti natrag,
- ako je prepucijum povučen, vratiti ga da bi se spriječilo kompromitiranje cirkulacije i bolni otok,
- pričvrstiti špricu sa redestilatom na ventil, pritisnuti klip i naduvati balon da bi se kateter zadržao u mokraćnoj bešici.

Napomena: Koristiti isključivo aqua redestillata, a ne koristiti fiziološku otopinu zbog mogućnosti kristalizacije i začepljenja kanala balona. Količina aque potrebna za punjenje balona je propisana uputama proizvođača, navedenim na omotu katetera.

- kesa za urin treba da bude postavljena ispod nivoa mokraćne bešike da bi se spriječilo vraćanje urina u bešiku,
- ukoliko je pacijent pokretan, fiksirati kateter za butinu leukoplastom.

4.4. Održavanje i uklanjanje katetera

- rutinsko održavanje katetera je neophodno da bi se spriječila infekcija i druge komplikacije,
- stalni kateter se uklanja (određuje ljekar): kada više nije neophodno da se na taj način raste-rećuje mokraćna bešika, kada pacijent može ponovo da samostalno mokri, kada je kateter zapušen ili kada se vrši zamjena katetera,
- prije uklanjanja katetera, oprati ruke, navući rukavice, objasniti pacijentu proceduru, naglasiti da će osjetiti malu nelagodu,
- pričvrstiti špricu na ventilni mehanizam na kateteru, povući klip šprice da bi se aspirirala tečnost iz balona katetera,
- uhvatiti kateter upijajućim papirom (celštof) i nježno ga izvući iz uretre.

4.5. Ispiranje katetera

Ispiranje se vrši samo ako je kateter zapušen.

4.5.1. Potreban materijal:

- fiziološki rastvor,
- šprica od 50 ml,
- rukavice.

4.5.2. Postupak ispiranja katetera

- navući rukavice i objasniti pacijentu postupak,
- staviti celštof kako bi se zaštitila posteljina,
- u špricu navući do 50 ml fiziološke otopine,
- razdvojiti kateter i cijev za drenažu,
- špricom ubaciti fiziološki rastvor,
- skloniti špricu i povratni mlaz usmjeriti iz katetera u namjensku posudu (lavor),
- ponovo vratiti cijev za drenažu na kateter.

Napomena

- obavezno poštovati principe asepse,
- ako nastane otpor tokom ubrizgavanja rastvora za ispiranje ne pokušavati na silu,
- ako je kateter potpuno neprolazan, ukloniti ga i zamijeniti novim,
- savjetovati pacijente, kojima nije ograničen unos tečnosti, da povećaju unos tečnosti do 3000 ml dnevno i radi održavanja kiselosti urina i stvaranja kalusa savjetovati pacijentu da jede hranu bogatu C vitaminom uključujući i čaj ili sok od brusnice.

4.6. Evidencija i dokumentacija

4.6.1. Evidencija

Po završetku ove procedure medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme (plasiranje, ispiranje, zamjena ili vađenje katetera) ili uzimanja uzorka urina za analizu),
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

4.6.2. Dokumentacija

Nakon uvođenja katetera zabilježiti u dokumentaciju pacijenta (sestrinski list, karton):

- datum,
- veličinu i tip upotrijebljenog katetera,

– evidentirati ako je ispražnjena veća količina urina,
– evidentirati boju urina,
– evidentirati ako je uzet uzorak urina za analizu,
– evidentirati sve promjene koje su zapažene.

Kod promjene ili uklanjanja katetera zabilježiti datum i vrijeme promjene katetera.

Evidentirati bilo kakve promjene na otvoru uretre, perianalnoj regiji i izgledu urina.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

37 PROCEDURA OBRADE PUPKA KOD NOVOREĐENČETA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Obrada pupka kod novorođenčeta predstavlja jednu od aktivnosti patronažnih sestara/tehničara na terenu i medicinskih sestara/tehničara u ustanovi, a u cilju prevencije infekcije i mogućih komplikacija kod novorođenčeta.

Pupak se obrađuje dok ne otpadne pupčani batrljak i dok pupčana ranica potpuno ne zaraste.

Svrha procedure je da se obrada pupka radi na jedinstven i siguran način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Obradu pupka vrši medicinska sestra/tehničar u patronažnoj posjeti ili ambulanti.

4.1. Priprema prostora i opreme

– osigurati povoljne uvjete u prostoriji (prostorija mora biti prozračna, osvijetljena i optimalne temperature),
– pripremiti sto ili prostor za previjanje bebe.

4.2. Priprema materijala

– sterilna gaza različitih veličina,
– sterilni instrumenti (peani, makaze, pincete),
– NaCl 0,9% (fiziološka otopina),
– Lapis (AgNO3) za lapiziranje pupka,
– propisana terapija za njegu pupka,
– zaštitna mrežica ili zavoj za fiksaciju,
– rukavice,
– bubrežnjak.

4.3. Priprema novorođenčeta

– prije kontakta sa novorođenčetom oprati ruke mlakom vodom i sapunom,
– raspremiti bebu, kako bi pupak bio dostupan.

4.4. Postupak

4.4.1. Obrada neinflamiranog pupka

– navući rukavice,
– odmotati gazu ne dirajući štipaljku,

- sterilni tupfer gaze natopiti fiziološkom otopinom, i očistiti područje oko pupka,
- postupak ponavljati dok tupfer gaze ne ostane čist, i na kraju posušiti,
- sterilnu gazu omotati oko batrljka pupčanika i fiksirati,
- educirati majku ili drugog člana porodice o njezi pupka i važnosti pravilne njege.

4.4.2. Obrada pupka kad je primjetan crveni obrub

- odmotati gazu, ne dirajući štipaljku,
- sterilni tupfer gaze natopiti fiziološkom otopinom, i očistiti područje oko pupka,
- obraditi pupak novim tupferom sterilne gaze, koristeći fiziološku otopinu,
- posušiti sterilnom gazom,
- na crveni obrub nanijeti propisanu terapiju,
- omotati pupak sterilnom gazom i odvojiti ga od podloge,
- savjetovati majci ili drugom članu porodice, da se pupak štiti od kvašenja.

4.4.3. Obrada pupka kad postoji granulom

- ako se nakon otpadanja pupka stvori granulom, obrada (lapizacija) se vrši po nalogu ljekara,
- sterilni tupfer gaze natopiti fiziološkom otopinom i očistiti područje oko pupka,
- lapizirati samo granulom,
- prekriti pupak sterilnom gazom,
- savjetovati majku ili drugog člana porodice da ne kvasi pupak,
- raspremiti upotrijebljeni pribor,
- skinuti rukavice i oprati ruke.

4.5. Evidencija

Po završetku ove procedure, medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću, važeću dokumentaciju ustanove:

- opće podatke za majku i bebu,
- datum i vrijeme obrade pupka,
- savjetovanje majke ili člana porodice,
- demonstraciju obrade pupka,
- datum ponovne posjete ili upućivanje ljekaru,
- u rubrici „napomena“ navesti eventualne promjene na koži i stanje pupka,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvela postupak.

4.6. Mjere opreza

- Provjeriti ambalažu, izgled, rok trajanja i sterilnost materijala.
- Obezbijediti prisustvo majke ili drugog člana porodice dok traje obrada pupka.
- U slučaju pojave patoloških stanja (krvarenje, vlaženje, osip, granulom) novorođenče odmah uputiti ljekaru.
- Ukoliko batrljak visi na tankoj niti, ne smije se vući, nego pustiti da sam otpadne.
- Ukoliko batrljak ne otpadne do 15–og dana, novorođenče uputiti ljekaru.
- Spriječiti kvašenje pupka namještanjem ruba pelene ispod pupka.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

38 PROCEDURA OBRADE USNE DUPLJE DOJENČETA KOD STOMATITISA (SOOR–A)

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Soor je gljivična infekcija usne duplje koju izaziva gljivica Candida albikans. Manifestira se bjeličastim naslagama nalik ugruščima mlijeka na jeziku i sluznici usne duplje dojenčeta. Za razliku od ugrušaka mlijeka, čvrsto prijanjaju uz sluznicu obraza i jezika. Ako se ne liječi, može uzrokovati poteškoće pri sisanju i gutanju, te izazivati bolnu nadraženost sluznice usne šupljine. Posljedica je teškoća pri dojenju, pa čak i odbijanje dojke.

Ovom procedurom se definira postupak obrade usne šupljine dojenčeta kod soor–a na siguran i pravilan način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Obradu usne duplje dojenčeta vrši medicinska sestra/tehničar u ambulanti ili patronažnoj posjeti, sa lijekom u obliku kapljica ili gela koje je propisao ljekar.

4.1. Priprema prostora

- osigurati povoljne uvjete u prostoriji (prostorija mora biti osvijetljena i optimalne, ugodne temperature),
- pripremiti prostor za izvođenje postupka (stol ili krevet na kojem se beba previja).

4.2. Priprema materijala

- doboš sa sterilnom gazom,
- sterilan pean kojim se uzima gaza iz doboša,
- propisani lijek (primijeniti postupak 5P),
- bubrežnjak,
- rukavice,
- kesa za infektivni otpad (u patronažnoj posjeti).

4.3. Priprema dojenčeta

- prije kontakta sa dojenčetom oprati ruke tekućom vodom i sapunom u ambulanti, a u kućnim uvjetima dezinficirati ruke,
- dojenče staviti u ležeći položaj (na leđa).

4.4. Postupak

4.4.1. Oprati, posušiti ruke i navući rukavice.

4.4.2. Sterilnu gazu omotati oko kažiprsta dominantne ruke.

4.4.3. Na gazu nakapati lijek ili istisnuti gel.

4.4.4. Palcem i kažiprstom nedominantne ruke lagano pritisnuti obraze dojenčeta, kako bi se otvorila usta.

4.4.5. Kažiprstom na kojem je omotana gaza, lagano očistiti bijele naslage kružnim pokretom u smijeru kazaljke na satu.

4.4.6. Postupak ponoviti 2–3 puta mijenjajući gazu.

4.4.7. Nakapati na jezik dojenčeta 3–5 kapi lijeka (ukoliko nije drugačije propisano).

4.4.8. Svući rukavice.

4.4.9. Savjetovati i educirati majku ili drugog člana porodice o važnosti njege usne duplje i načinu primjene lijeka.

4.5. Evidencija

Po završetku postupka medicinska sestra/tehničar evidentira u postojeću, važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o majci i dojenčetu,
- vrstu postupka (obrada usne duplje),
- vrstu lijeka,
- datum i vrijeme obrade usne duplje,
- savjetovanje i edukacija majke ili člana porodice,
- demonstraciju postupka,
- potpis medicinske sestre/tehničara.

4.6. Mjere opreza

- Obezbijediti prisustvo majke ili člana porodice dok traje obrada usne duplje.
- Prilikom čišćenja naslaga u usnoj duplji moguće je blago krvarenje nakon skidanja naslaga, koje ne predstavlja barijeru za dalje provođenje postupka.
- Nakon primjene lijeka savjetovati majku da ne doji najmanje pola sata kako bi lijek djelovao.
- Savjetovati nanošenje lijeka na jezik i usnu šupljinu nakon svakog dojenja.
- Savjetovati majku o pravilnoj higijeni dojki da bi se spriječio prijenos infekcije na dojku.
- Ukoliko se ipak pojave simptomi infekcije na bradavici (probadajući, gorući bol „kao oštre iglice“ koji zrači od bradavice prema unutrašnjosti dojke, areola sjajna, bradavica sa mogućim ljuspicama), tretirati bradavicu ordiniranim lijekom.
- Nanositi lijek na bradavicu nakon podoja, prije toga ukloniti ostatke mlijeka i sline s bradavice.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

VI DIO

PROCEDURE PROMOTIVNO–PREVENTIVNOG RADA

39 Promotivno–preventivni rad medicinskih sestara/tehničara (edukacija i savjetovanje)

40 Patronažna posjeta trudnici

41 Patronažna posjeta novorođenčetu

42 Patronažna posjeta porodilji

43 Pregled dojki porodilje u kući

44 Patronažna posjeta hroničnom pacijentu

45 Procjena rizika za nastanak dekubitusa i mjere prevencije

46 Patronažna posjeta pacijentu u terminalnoj (palijativnoj) fazi bolesti

39 PROMOTIVNO–PREVENTIVNI RAD MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA (EDUKACIJA I SAVJETOVANJE)

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Edukacija i savjetovanje pacijenata su esencijalne komponente procesa zdravstvene njege, jer samo zdravstveno educiran čovjek predstavlja aktivnog saradnika u procesu unapređenja i očuvanja zdravlja, zadovoljenja osnovnih životnih potreba i liječenja bolesti.

Svrha ove procedure je jedinstven način pripreme, obavljanja i evidentiranja edukativnih aktivnosti od strane medicinske sestre/tehničara u cilju promocije zdravlja, sprječavanja nastanka oboljenja, kao i sprječavanja ili odlaganja komplikacija već prisutnih hroničnih oboljenja, te pružanja zdravstvene njege najvišeg kvaliteta u cjelokupnosti.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Medicinske sestre/tehničari edukacijom i savjetovanjem mogu pomoći da se pacijenti aktivno uključe u preventivne aktivnosti, da saznaju što više o svom zdravstvenom stanju i da pridržavanjem dobivenih smjernica pomognu u postizanju boljih ishoda liječenja. Pružanje zdravstvene njege znači osigurati pacijentima u potpunosti dostupnu edukaciju i savjetovanje o njihovom zdravstvenom stanju, potrebnom zdravstvenom ponašanju te sprječavanju potencijalnih mogućnosti za razvoj komplikacija.

Osnova za adekvatnu edukaciju i savjetovanje pacijenata jeste kontinuirano i kvalitetno educirana medicinska sestra/tehničar.

Medicinska sestra/tehničar kao edukator mora imati: znanje i sposobnost, razvijene etičke principe, empatiju i jasan cilj u provođenju edukativnih aktivnosti.

Proces edukacije pacijenta mora biti prilagođen stanju pacijenta, starosnoj dobi, intelektualnim sposobnostima, stepenu obrazovanja, materijalnim mogućnostima i sl.

4.1. Metode zdravstvene edukacije i savjetovanja

4.1.1. Razgovor je glavna metoda koja se koristi prilikom edukacije i savjetovanja.

4.1.2. Govori, predavanja, prezentacija putem sredstava javnog informiranja (ako se želi obuhvatiti više korisnika).

4.1.3. Diskusija je metoda kada više ljudi govori sa raznih stanovišta, da bi se nakon toga razvila diskusija o tome.

4.1.4. Demonstracija je metoda pokazivanja određenog postupka (priprema hrane za dojenče, samopregled dojki, upotreba peak–flow metra i mjernih doznih inhalatora).

4.2. Zdravstveno–promotivna sredstva

- izložbe,
- pokretne slike (film),
- nepokretne slike (slika, crtež),
- modeli,
- štampana (pisana) sredstva,
- prenošenje žive riječi,

- radio,
- televizija,
- štampa.

4.3. Individualna edukacija pacijenta

4.3.1. Edukacija pojedinca je jedan od najboljih vidova edukacije pacijenata. Obezbijeđen je dobar kontakt, dvosmjerne informacije, razvijanje povjerenja i brzo usvajanje određenih vještina.

4.3.2. Obavlja je medicinska sestra/tehničar u prostoriji gdje je privatnost pacijenta zaštićena (prijemna soba, intervencija ili u kući pacijenta).

4.3.3. Poželjno je sa pacijentom dogovoriti termin dolaska na edukaciju, kako bi medicinska sestra/tehničar mogla planirati vrijeme koje je potrebno za edukaciju, a da to ne utječe na svakodnevne aktivnosti vezane za timski rad.

4.3.4. Prije svake individualne edukacije potrebno je napraviti procjenu pacijenta (pregledati medicinsku dokumentaciju, uzeti anamnezu, procijeniti riziko faktore, procijeniti potrebu pacijenta za vrstom i načinom edukacije, procijeniti već postojeće znanje o temi).

4.3.5. Prije edukacije potrebno je pripremiti: edukativni materijal, brošure, slike, algoritme, modele.

4.3.6. Tokom edukacije pokazati zainteresiranost, brižnost, otvorenost, prihvatanje, saosjećanje, iskrenost i poštovanje.

4.3.7. Ostvariti dobru komunikaciju: saslušati, postavljati prava pitanja i znati ohrabriti pacijenta na razgovor.

4.3.8. Tempo edukacije treba prilagoditi pacijentu i njegovim mogućnostima usvajanja informacija.

4.3.9. Edukacija ne treba da traje duže od 20 minuta.

4.4. Edukacija u malim grupama pacijenata

4.4.1. Edukacija u malim grupama (3–6 osoba) se obavlja periodično u cilju promocije zdravlja, prevencije bolesti i njenih komplikacija za skupine pacijenata/osoba zajedničkog interesa (isto oboljenje ili problem, određena dobna skupina i dr.).

4.4.2. Edukaciju u malim grupama može voditi jedna ili dvije medicinske sestre/tehničara.

4.4.3. Edukaciju treba planirati, odrediti optimalno vrijeme, pripremiti prostor (sala za edukaciju, sala za sastanke, veća soba).

4.4.4. Pozvati pacijente telefonom, postaviti obavijest na oglasnu tablu ili obavijestiti putem elektronskih medija.

4.4.5. Pripremiti promotivno–preventivni materijal za određenu temu, obezbijediti dovoljan broj stolica, prozračiti prostor, poželjeti dobrodošlicu.

4.4.6. Edukacija može trajati 20–45 minuta uz interaktivnu komunikaciju (dozvoliti pitanja i dati odgovore, omogućiti učesnicima međusobnu diskusiju i razmjenu iskustava).

4.5. Edukacija u zajednici (velike grupe)

4.5.1. Edukacija u zajednici zahtijeva pripreme u zavisnosti gdje i za koga bi se edukacija obavljala, a podrazumijeva tehničku podršku i saradnju lokalne zajednice.

4.5.2. Edukaciju u zajednici obavlja medicinska sestra/tehničar, više njih ili multidisciplinarni tim, u salama za predavanja doma zdravlja ili sličnim prostorima, mjesnim zajednicama, u školama, vrtićima, učešćem u radio i TV emisijama i sl.

4.5.3. Za provođenje edukacije moguće je koristiti više metoda, koje uključuju: diskusije, demonstracije, prezentacije slučaja i dr.

4.5.4. Obrađuju se aktuelne teme vezane za promociju zdravlja, prevenciju i liječenje, a značajne su široj populaciji (štetnost pušenja, značaj fizičke aktivnosti, prevencija riziko faktora za najčešće hronične bolesti, zarazne bolesti, vakcinaciju i sl.).

4.5.5. Ove aktivnosti mogu uključivati praktični sadržaj (mjerenje GUK–a, TA, mjerenje tjelesne težine, tjelesne visine i izračunavanje BMI, higijena zuba, učenje djece kroz igru i sl.).

4.6. Preporuke

4.6.1. Koristiti jezik koji je razumljiv i prilagođen svakom pacijentu i njegovoj pratnji.

4.6.2. Sa pacijentom/pacijentima razgovarati:

- staloženo (bez usiljenosti, prinude, žurbe, razgovjetno, iste boje glasa, mirno),
- precizno (bez viška riječi i podataka, bez terminoloških nejasnoća i nesigurnosti),
- argumentirano (koristiti isključivo provjerene podatke, nikako nagađanja ili poluinformacije).

4.7. Evidencija

Po završetku edukativnih aktivnosti evidentirati u postojeću važeću dokumentaciju ustanove (sestrinsku dokumentaciju i protokol):

4.7.1. Individualnu edukaciju pacijenta evidentirati u sestrinski list za edukaciju pacijenta. (Obrazac u prilogu Sestrinska dokumentacija za edukaciju pacijenta). Evidentirati sve podatke dobivene procjenom, plan, implementaciju i evaluaciju kao i sadržaj edukacije uz potpis pacijenta i medicinske sestre koja je provela edukaciju.

U protokol evidentirati:

- opće podatke pacijenta,
- datum i vrijeme održane edukacije,
- tema/vrsta edukacije,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je provela edukaciju,
- potpis pacijenta.

4.7.2. Edukaciju u malim grupama evidentirati u protokol:

- datum i vrijeme održane edukacije/savjetovanja pacijenata,
- tema/vrsta edukacije,
- potpis medicinske sestre/tehničara koja je održala edukaciju,
- načiniti listu učesnika sa potpisima.

4.7.3. Edukaciju u zajednici evidentirati u protokol:

- datum i vrijeme održane edukacije,
- tema/vrsta edukacije,
- dokazi o održanoj edukaciji (potpisi, fotografije, spiskovi, snimci),
- potpis medicinske sestre/tehničara/osoblja koje je održalo edukaciju.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

JZU DOM ZDRAVLJA SA POLIKLINIKOM "Dr Mustafa Šehović" TUZLA str. 1/2

Služba/Poliklinika _____

Broj evidencije _____

SESTRINSKA DOKUMENTACIJA

(za edukaciju pacijenta)

IME I PREZIME PACIJENTA_____ _____ JMBG_____

Tim _____Broj kartona_____ Ljekarska dijagnoza_____

Bračno stanje_____ Zanimanje_____Zaposlen DA NE tel._____

PROCJENA

STIL ŽIVOTA

Ishrana		Fizička aktivnost		Loše navike
raznovrsna		dobra		
jednolična		umjerena		
umjerena		loša		
izražen apetit		nepokretan		
slab apetit				

FIZIČKA PROCJENA

TT	
TV	
BMI	
obim struka	
TA	
PEF	
ŠUK	

FAKTORI RIZIKA

pušenje			
alkohol			
gojaznost			
menopauza			

Dodatna procjena

Sestrinska dijagnoza

CILJ

1.	**3.**
2.	4.

PLAN

Planirane aktivnosti	DATUM	POTPIS SESTRE

IMPLEMENTACIJA

Provedene aktivnosti	DATUM	POTPIS SESTRE

Odstupanja od plana

EVALUACIJA

Edukacija		**Zainteresovanost za učenje**		**Barijere za učenje**		**CILJ-postignut**
Shvatljiva		Postavlja podesna pitanja		Nema barijera		
Dobra		Aktivno sluša		Nepismenost		
Ograničena		Nepoštuje edukatora		Vidne, slušne,		da ne
Loša		Nezainteresovan		Moć rasuđivanja		
Drugo (navesti)		Zbunjen		Motivacija		

Komentar /zapažanja

Potpis sestre_____

Služba za poboljšanje kvaliteta mart 2012g

Ime i prezime pacijenta _____ str 2/2

PLANIRANA EDUKACIJA	datum_____	trajanje edukacije _____minuta
SADRŽAJ		
Pisani materijal da / ne	Komentar:	
DEMONSTRACIJA	Cilj ispunjen da ne	Datum slijedeće posjete

Potpis pacijenta_____ Potpis sestre_____

PLANIRANA EDUKACIJA	datum_____	trajanje edukacije _____minuta
SADRŽAJ		
Pisani materijal da / ne	Komentar:	
DEMONSTRACIJA	Cilj ispunjen da ne	Datum slijedeće posjete

Potpis pacijenta_____ Potpis sestre_____

PLANIRANA EDUKACIJA	datum_____	trajanje edukacije _____minuta
SADRŽAJ		
Pisani materijal da / ne	Komentar:	
DEMONSTRACIJA	Cilj ispunjen da ne	Datum slijedeće posjete

Potpis pacijenta_____ Potpis sestre_____

PLANIRANA EDUKACIJA	datum_____	trajanje edukacije _____minuta
SADRŽAJ		
Pisani materijal da / ne	Komentar:	
DEMONSTRACIJA	Cilj ispunjen da ne	Datum slijedeće posjete

Potpis pacijenta_____ Potpis sestre_____

Služba za poboljšanje kvaliteta;mart 2012g

EDUKACIJA I SAVJETOVANJE

PRIPREMA I IZVOĐENJE EDUKATIVNIH AKTIVNOSTI

Odabir teme → **Priprema edukativnog materijala** → **Povezivanje/ obavještavanje pacijenta/ata** → **Priprema prostora** → **Izvođenje edukativnih aktivnosti**

Vrste i metode edukacija

Idividualna edukacija pacijenta 1 pacijent/1 edukator	Edukacija pacijenata u malim grupama 3–6 pacijenata	Edukacija pacijenata u velikim grupama 7 i više učesnika
Obavlja se: – u ambulanti – u kući	**Obavlja se:** – u ambulanti – u namjenskim prostorijama za edukaciju u domu zdravlja	**Obavlja se:** – u namjenskim prostorijama za edukaciju u domu zdravlja – u lokalnoj zajednici (škole, MZ) – putem sredstava javnog informisanja
Razgovor Procjena Plan Edukacija Demonstracija Promotivno-preventivni materijal	**Prezentacija Demonstracija Diskusija Promotivno-preventivni materijal**	**Prezentacija Demonstracija Diskusija Promotivno-preventivni materijal**
Trajanje do 20 minuta	**Trajanje od 20 do 45 minuta sa diskusijom**	**Trajanje od 20 do 45 minuta sa diskusijom**

Evidentirati planirane i provedene aktivnosti

40 PATRONAŽNA POSJETA TRUDNICI

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Djelatnost patronažne sestre/tehničara u njezi buduće majke počinje u toku trudnoće i nastavlja se nakon poroda i dolaska kući iz porodilišta. Upoznavanje buduće majke sa patronažnom sestrom/tehničarom za vrijeme trudnoće je od velike važnosti, jer će patronažna sestra/tehničar provoditi različite oblike zdravstvene njege nakon dolaska majke iz porodilišta, te je međusobna saradnja i povjerenje vrlo značajno.

Svrha ove procedure je obavljanje posjete patronažne sestre/tehničara trudnici na jedinstven i siguran način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Na osnovu obavijesti/prijave/naloga od strane ginekologa, izabranog ljekara ili poziva trudnice, patronažna sestra/tehničar planira posjetu.

Posjetu trudnici planirati najmanje dva puta tokom trudnoće, po potrebi i češće (ne prije 12. sedmice trudnoće), jednom u drugom i jednom u trećem tromjesečju.

4.1. Prva posjeta

Posjetu dogovoriti u vrijeme koje ja najpovoljnije za obje strane. Prilikom dolaska predstaviti se i pokazati akreditaciju. Vrijeme provedeno sa trudnicom iskoristiti za upoznavanje trudnice, okruženja, uvjeta života, predstavljanje usluga koje buduća majka može očekivati od patronažne sestre/tehničara.

Cilj posjete:

- stvaranje povjerljivog odnosa,
- utvrditi uvjete života,
- ukazati na značaj redovne kontrole kod ginekologa i stomatologa,
- upoznati trudnicu sa normalnim smetnjama u trudnoći i mjerama za ublažavanje,
- upoznati trudnicu sa higijensko–dijetetskim režimom (ishrana, lična higijena, higijena usta, zuba, dojke, odjeća, obuća...),
- usvajanje pozitivnih i suzbijanje negativnih navika i ponašanja (pušenje, alkohol),
- svi drugi savjeti vezani za trudnoću,
- odgovoriti na sva postavljena pitanja.

Ukoliko je potrebno, planirati dodatne posjete.

4.2. Posjeta u zadnjem trimestru trudnoće obuhvata:

- psihofizičku pripremu za porođaj (**tjelesne vježbe, vježbe disanja** i **teoretski časovi**),
- preporuke za opremanje prostora za porodilju i novorođenče,
- preporuke za nabavku opreme za novorođenče,
- preporuke za odlazak u porodilište,
- preporuke za ostvarivanje prava zdravstvene i socijalne zaštite majke i djeteta,
- pregled, savjetovanje i demonstracija pripreme dojki i bradavica za dojenje,
- promociju dojenja – kao najbolje ishrane,
- kontrolu zdravstvenog stanja trudnice – obavezno je mjerenje krvnog pritiska, pulsa, ŠUK–a, prisustvo edema.

4.3. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi zdravstveni karton polivalentne patronažne zdravstvene njege, patronažni list o aktivnostima koje je provela u kućnoj posjeti i nalog.

Po povratku u ustanovu patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke trudnice,
- datum i vrijeme patronažne posjete,
- provedene aktivnosti,
- potpis patronažne sestre/tehničara.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

41 PATRONAŽNA POSJETA NOVOROĐENČETU

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Novorođenče je dijete od rođenja do 28 dana života. Patronažna posjeta novorođenčetu je medicinsko–socijalna i edukativna djelatnost koju provodi patronažna sestra/tehničar, u svrhu promocije zdravlja novorođenčeta. Patronažna posjeta novorođenčetu zahtijeva partnerski i međusobno povjerljiv odnos sa porodicom ili starateljima, a koji se postiže uz dobro razvijene komunikacijske vještine, znanje i stručnost patronažne sestre/tehničara.

Cilj ove procedure je jedinstven i siguran pristup patronažne sestre/tehničara novorođenčetu.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Patronažna posjeta novorođenčetu obuhvata:

- upoznavanje sa zdravstvenim stanjem novorođenčeta (otpusno pismo i pregled),
- uzimanje anamnestičkih podataka,
- uvid u opće uvjete života (uvjeti stanovanja u kući, podatke o ukućanima, prostoriji u kojoj boravi novorođenče i slične podatke koji će stvoriti socijalnu sliku),
- provjeru znanja, stavova i prakse u vezi sa njegom i ishranom novorođenčeta,
- provođenje zdravstveno vaspitnih aktivnosti,
- pružanje informacija o dostupnim resursima u zajednici,
- unos podataka u medicinsku dokumentaciju.

Patronažna djelatnost medicinske sestre/tehničara novorođenom djetetu se provodi kroz najmanje 3 posjete.

Nakon obavijesti o izlasku novorođenčeta iz porodilišta, patronažna sestra/tehničar planira patronažnu posjetu u roku od 24–48 h.

4.1. Sadržaj torbe za patronažnu posjetu novorođenčetu:

- vaga (patronažna),
- plastificirani centimetar,
- rukavice za jednokratnu upotrebu,

– maska za lice,
– dezinfekcijsko sredstvo za ruke,
– materijal i pribor za njegu pupka,
– termometar,
– potrebnu dokumentaciju,
– pisani promotivno–preventivni materijal.

4.2. Prostor

– Prostorija u kojoj boravi novorođenče treba biti osvijetljena, prozračna i topla (temperatura sobe oko 24 stepena Celzijusa).
– Osigurati privatnost tokom posjete (ukoliko u kući u tom trenutku boravi više osoba koji nisu roditelji ili staratelji).

4.3. Priprema novorođenčeta

– identificirati novorođenče,
– raspremiti novorođenče od odjeće.

4.4. Prva posjeta patronažne sestre/tehničara novorođenčetu podrazumijeva:

– objasniti roditeljima/starateljima ili članovima porodice svrhu patronažne posjete i saradnju koja se očekuje,
– napraviti uvid u medicinsku dokumentaciju i postupiti po preporukama na otpusnici iz porodilišta,
– izvršiti procjenu ishrane – vrsta i način hranjenja, broj i raspored obroka, dužina podoja, položaj za vrijeme dojenja, podrigivanje, bljuckanje, priprema obroka, higijena pribora (ukoliko se dijete hrani vještačkom prehranom),
– procjenu eliminacije stolica – broj, raspored i učestalost, izgled, boja, količina, konzistencija i miris,
– procjenu eliminacije urina – broj mokrih pelena, boja i miris urina,
– procjenu spavanja – broj sati spavanja, omjer spavanja i budnosti, kvaliteta sna, ležaj i položaj pri spavanju,
– izvršiti vizuelni pregled novorođenčeta
– dezinficirati, ugrijati ruke,
– uraditi toaletu pupčanog batrljka.

4.4.1. Patronažna sestra/tehničar roditeljima ili njegovatelju tokom posjete savjetuje i/ili demonstrira:

– prednosti prirodne ishrane,
– tehnike dojenja i rješavanje mogućih problema kod dojenja,
– toaletu kože i sluznica novorođenčeta,
– njegu vlasišta novorođenčeta,
– vlažno brisanje novorođenčeta,
– održavanje prohodnosti disajnih putova novorođenčeta,
– promjenu pelena i pravilno presvlačenje,
– pravilnu njegu pupčanog batrljka,
– pravilno držanje i nošenje novorođenčeta,
– posjetu pedijatru radi prvog pregleda,
– prava i obaveze iz područja zdravstvene i socijalne zaštite.

4.5. Druga i treća posjeta patronažne sestre/tehničara novorođenčetu podrazumijeva:

- provjeru razine usvojenog znanja roditelja/staratelja o njezi novorođenčeta,
- provjeru vitalnih funkcija novorođenčeta (disanje, puls, temperatura),
- mjerenje težine i dužine novorođenčeta,
- mjerenje obima glave i veličine fontanele, procjenu vrata (pokretnost), simetrije lica, stanje vlasišta i očiju,
- mjerenje obima i simetrije grudnog koša,
- kontrolu izgleda i simetrije ramena, leđa, i kičme,
- procjenu napetosti trbušne stjenke,
- procjenu stanja kože (boja, turgor, integritet, vlažnost, temperatura i promjene na koži),
- pregled spolovila i anusa (izgled, proporcionalnost, stanje prepucija, skrotuma i testisa, stanje labija, klitorisa, prisustvo iscjedka i izgled anusa),
- pregled ekstremiteta (izgled, veličina, simetrija, položaj, gibljivost, pozicija stopala i stanje kukova),
- pregled i savjetovanje o održavanju pupčanog batrljka i po potrebi uraditi toaletu,
- neurološku procjenu (položaj i držanje tijela, stanje i tonus mišića, reflekse i stanje svijesti),
- u slučaju uočenih patoloških promjena ili sumnje obavijestiti nadležnog pedijatra i odmah uputiti roditelje/staratelja i dijete istom,
- podsjetiti roditelje/staratelje na važnost primjene mjera prevencije oboljenja (vakcinacija, skrining testovi).

4.6. Preporuke za patronažnu sestru/tehničara

- Ukoliko okolnosti dozvoljavaju telefonski kontaktirati roditelje/staratelja novorođenčeta, provjeriti adresu i najaviti posjetu.
- Kontakt telefonom treba biti kratak i konkretan, uz predstavljanje i obaveznu čestitku informirati roditelje o cilju i svrsi dolaska patronažne sestre/tehničara.
- Prosječno trajanje posjete je od 30 do 60 minuta.
- Pri prvom dolasku u patronažnu posjetu novorođenčetu uvijek se treba predstaviti – pokazati akreditaciju.
- Treba biti ljubazan i strpljiv sa roditeljima/starateljima i članovima porodice.
- Na postavljena pitanja odgovarati jasno i razumljivo.
- Po potrebi, u svrhu osiguranja kontinuiteta njege novorođenčeta, patronažna sestra/tehničar uspostavlja komunikaciju sa službom socijalne zaštite, ili drugim institucijama.

4.7. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi karton polivalentne patronažne zdravstvene njege za evidenciju aktivnosti koje je provela u kućnoj posjeti.

Patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o novorođenčetu,
- datum i vrijeme patronažne posjete,
- provedene aktivnosti,
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila posjetu,
- potpis roditelja ili staratelja.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

PATRONAŽNA POSJETA NOVOROĐENČETU

- Priprema prostora
- Priprema materijala
- Priprema novorođenčeta

METODOLOGIJA RADA PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA

Savjetovanje:
- prehrana
- odmor i san
- sigurnost
- posjeta pedijatru
- cijepljenje
- skrining testovi
- prava i obaveze iz područja zdravstvene i socijalne zaštite

Demonstracija postupaka:
- dojenje – položaj
- toaleta kože i sluzokože
- obrada pupka
- kupanje
- njega vlasišta
- pravilno držanje/nošenje novorođenčeta
- povijanje i oblačenje

Mjerenja
- dužina
- težina
- opseg grudnog koša
- opseg glave

Evidentirati provedene postupke

42 PATRONAŽNA POSJETA PORODILJI

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Babinje, babine, (puerperium) je period koji nastaje nakon poroda žene i traje oko šest sedmica (postpartalno razdoblje). Sestrinska njega porodilje u postpartalnom razdoblju započinje prvom patronažnom posjetom, procjenom, a nastavlja se planiranjem i provođenjem mjera unapređenja i zaštite zdravlja. Ključni zadaci patronažne sestre/tehničara su kontrola i praćenje fizioloških zbivanja kod porodilje i uočavanje mogućih patoloških promjena.

Cilj procedure je obavljanje patronažne posjete porodilji na jedinstven i siguran način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Nakon obavijesti o izlasku porodilje iz porodilišta, patronažna sestra/tehničar obavlja posjetu porodilji u roku od 24–48 h.

Patronažna sestra/tehničar tokom posjete treba stvoriti osjećaj povjerenja u porodici porodilje, kroz svoje komunikacijske vještine, stručnost i kompetentnost.

4.1. Posjeta patronažne sestre/tehničara

4.1.1. Priprema materijala

U patronažnu posjetu porodilji ponijeti standardiziranu torbu patronažne sestre/tehničara koja sadrži:

- rukavice za jednokratnu upotrebu,
- masku za lice,
- dezinfekcijsko sredstvo za ruke,
- materijal i pribor za obradu rane,
- termometar,
- tlakomjer,
- glukometar,
- potrebnu dokumentaciju,
- pisani promotivno–preventivni materijal.

4.1.2. Prostor

- prostorija u kojoj boravi porodilja treba biti osvijetljena, prozračna i topla (temperatura sobe oko 24 stepena Celzijusa),
- osigurati privatnost tokom posjete (ukoliko u kući u tom trenutku boravi više osoba).

4.1.3. Posjeta patronažne sestre/tehničara porodilji

- predstaviti se,
- identificirati porodilju,
- objasniti razoge dolaska,
- uzeti anamnezu (kako je protekla trudnoća, da li je koristila neku medikamentoznu terapiju tokom trudnoće, da li je pohađala tečajeve psihofizičke pripreme za trudnice, kako je protekao porod, uzimanje osnovnih podataka iz otpusnice),
- oprati ruke i pristupiti pregledu porodilje.

4.2. Pregled, procjena i savjetovanje porodilje

Pregled porodilje podrazumijeva sveobuhvatni pregled stanja u kojem se porodilja nalazi.

4.2.1. Pregled dojki

Postupiti prema "Proceduri pregleda dojki porodilje".

4.2.2. Dojenje

U sklopu sveobuhvatne brige za zdravlje majke i novorođenčeta, od posebne je važnosti edukacija majke u vezi s dojenjem.

Pomoć patronažne sestre/tehničara se sastoji od slijedećih postupaka:

- pomoći porodilji da se namjesti u udoban položaj, pokazati joj moguće položaje za dojenje,
- provjeriti da li je novorođenče dobro postavljeno na dojku i da li je pravilno obuhvatilo bradavicu,
- pratiti znakove uspješnog dojenja,
- strpljivo ispravljati pogreške, dopustiti da porodilja i članovi porodice postavljaju pitanja,
- pomoći i pokazati načine izdajanja mlijeka,
- kod zastoja mlijeka u dojkama savjetovati stavljanje toplih obloga 15–20 minuta prije podoja,
- pomoći porodilji u rješavanju problema sa bradavicama (ragade),
- objasniti da djeca koja doje imaju potrebu za češćim obrocima, približno svakih 2–3 sata, nekada i češće (prve četiri sedmice),
- objasniti kako upotreba bočice i dodavanje bilo kakve tekućine može imati loš učinak na dojenje.

4.2.3. Pregled visine fundusa – dna maternice

Drugog dana poslije poroda dno maternice nalazi se u visini pupka. Petog dana dno maternice se nalazi u sredini između pupka i simfize, a desetog dana u visini simfize.

4.2.4. Pregled epiziotomije

Epiziotomija je ginekološko–hirurški rez na međici koji omogućuje lakši prolaz novorođenčeta kroz porođajni put i spriječava pucanje, odnosno laceraciju vagine.

- Porodilji je potrebno naglasiti kako pranjem anogenitalne regije poslije svake eliminacije (urin i stolica) spriječava infekciju epiziotomije i omogućava brže zarastanje rane.
- Preporučuje se održavanje higijene tuširanjem mlakom vodom, a nikako kupanjem u kadi. Od sredstava za pranje koristiti pH neutralna sredstva koja ne nadražuju kožu.
- Preporučuje se korištenje uložaka od prirodnih vlakana i redovno mijenjanje.
- Porodilji savjetovati da što manje sjedi zbog pritiska na ranu, u slučaju jakog bola, otoka i crvenila u području epiziotomije, povišene tjelesne temperature, porodilji savjetovati da se javi nadležnom ljekaru.

4.2.5. Previjanje rane nakon carskog reza

Ako se porodilja previja u kući, patronažna sestra/tehničar vrši slijedeće radnje:

- namjestiti porodilju u odgovarajući položaj,
- osloboditi donji dio trbuha od odjeće,
- oprati ruke,
- navući sterilne rukavice,
- lagano odlijepiti flaster i odstraniti gazu sa rane,
- pregledati da li je rana crvena, upaljena, da li vlaži,
- suhu ranu previti suhom sterilnom gazom,

– u slučaju pojave bilo kakvih patoloških promjena na rani, porodilju uputiti nadležnom ljekaru.

4.2.6. Savjeti o ishrani porodilje

– Ishrana porodilje mora biti bazirana na što većem i raznovrsnijem odabiru namirnica potrebnih da zadovolje dnevne potrebe porodilje i novorođenčeta.
– Hrana koja sadrži kiseline (konzervirano voće i povrće), suhomesnati proizvodi, gazirana pića ili prevelike količine slatkiša, mogu kod porodilje izazvati poremećaj probave i stolice, te preko mlijeka mogu izazvati grčeve kod novorođenčeta. Porodilji savjetovati dovoljan unos tečnosti.

4.2.7. Dodatni savjeti za porodilju

– porodilja mora imati dovoljno sna, odmora i pomoć porodice,
– obavezno je nošenje steznika, čak i nakon sekcije,
– savjetovati porodilji da radi Kegelove vježbe,
– upozoriti porodilju da ne koristi tampone bar 6 nedjelja poslije poroda.

4.2.8. Porođajna tuga (baby blues)

Porođajna tuga javlja se od 2 do 5 dana nakon poroda i traje do mjesec dana, veliki utjecaj na ovo stanje osim psihičkog stresa zbog poroda imaju i hormonalne promjene, umor, neispavanost, bol i drugi problemi majke i bebe.

Glavne krakteristike porođajne tuge su:

– manjak energije,
– slabost,
– ranjivost,
– nagle promjene raspoloženja,
– plačljivost i zbunjenost.

Važno je napomenuti da je to prolazno stanje i da ne zahtijeva zbrinjavanje, jer će proći za nekoliko dana. Porodilji je potrebno nekoliko dana odmora, pomoć i podrška porodice i sredine.

4.2.9. Postpartalna depresija (PPD) – Postporođajna depresija

PPD je patološki poremećaj koji se javlja kod porođenih žena, a manifestira se simptomima tuge, plačljivosti, razdražljivosti i bespomoćnosti, značajno smanjen interes za novorođenče i većinu životnih aktivnosti. Porodilju treba što prije uputiti nadležnom ljekaru. Što se PPD prije prepozna, uspješnije se liječi.

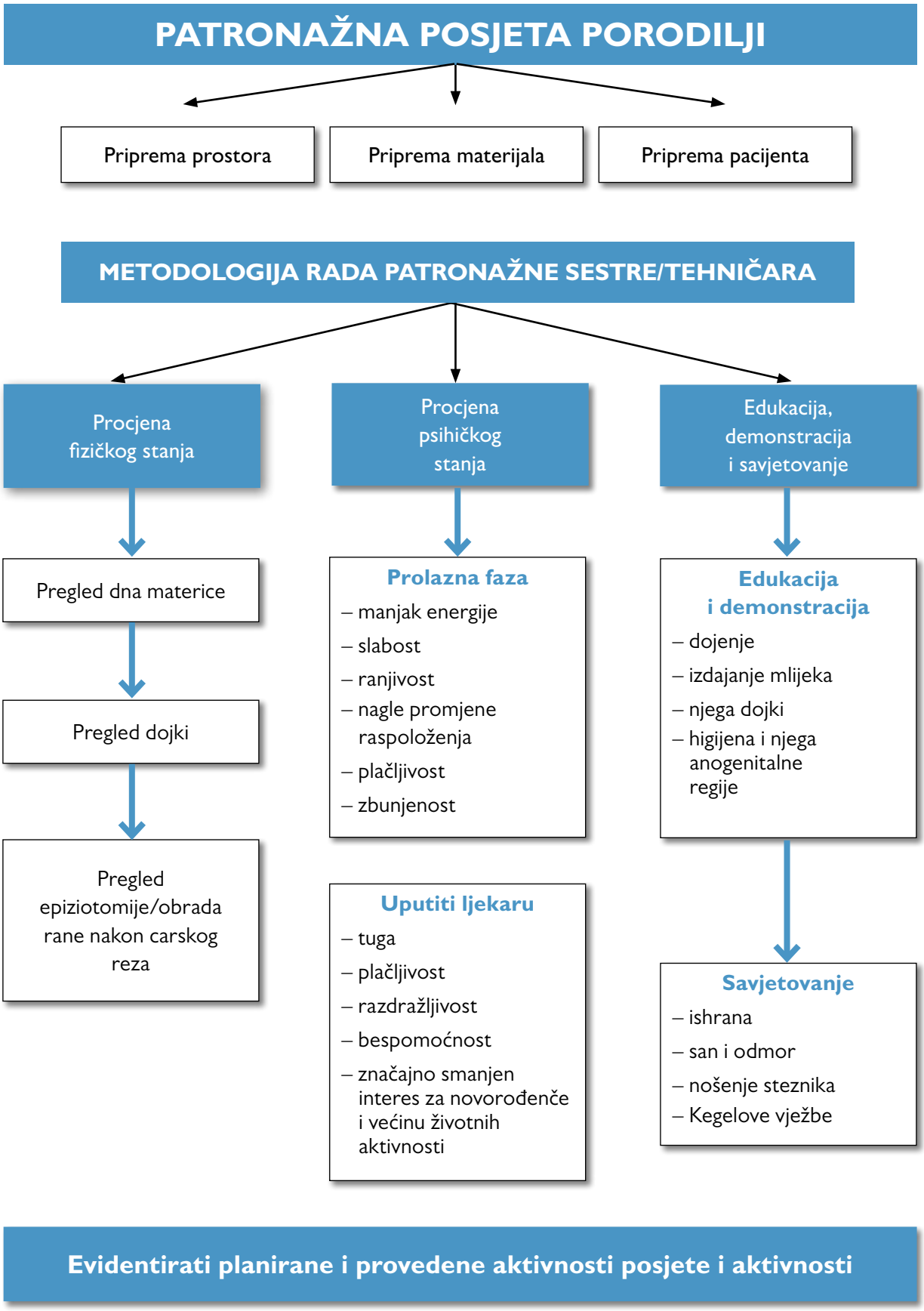
4.3. Evidencija

Po završetku patronažne posjete porodilji patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

– opće podatke o porodilji,
– datum i vrijeme patronažne posjete,
– provedene aktivnosti,
– potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila posjetu,
– u Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege evidentirati podatke dobivene procjenom, kao i obavljene aktivnosti.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.


PATRONAŽNA POSJETA PORODILJI
Priprema prostora
Priprema materijala
Priprema pacijenta
METODOLOGIJA RADA PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA
Procjena fizičkog stanja
Procjena psihičkog stanja
Edukacija, demonstracija i savjetovanje
Pregled dna materice
Pregled dojki
Pregled epiziotomije/obrada rane nakon carskog reza
Prolazna faza
– manjak energije
– slabost
– ranjivost
– nagle promjene raspoloženja
– plačljivost
– zbunjenost
Uputiti ljekaru
– tuga
– plačljivost
– razdražljivost
– bespomoćnost
– značajno smanjen interes za novorođenče i većinu životnih aktivnosti
Edukacija i demonstracija
– dojenje
– izdajanje mlijeka
– njega dojki
– higijena i njega anogenitalne regije
Savjetovanje
– ishrana
– san i odmor
– nošenje steznika
– Kegelove vježbe
Evidentirati planirane i provedene aktivnosti posjete i aktivnosti

43 PREGLED DOJKI PORODILJE U KUĆI

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Pregled dojki porodilje u patronažnoj posjeti obavlja patronažna sestra/tehničar.

Patronažna sestra/tehničar pruža pomoć majkama u otpočinjanju i održavanju dojenja kroz informacije, savjete, pregled dojki i praćenje postupka dojenja, kao i prijedloge rješavanja problema nastalih prilikom dojenja.

Svrha procedure je da se pregled dojki porodilje obavlja na jedinstven i siguran način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Pregled dojki porodilje se vrši zbog procjene stanja žljezdanog tkiva i eventualnih patoloških promjena.

4.1. Priprema porodilje

- patronažna sestra/tehničar, nakon identifikacije porodilje, treba objasniti postupak pregleda i saradnju koju očekuje od nje,
- preporučuje se pregled dojki nakon dojenja, kad su dojke ispražnjene od mlijeka,
- porodilja se postavlja u sjedeći, stojeći ili ležeći položaj.

4.2. Priprema prostora

- prostorija mora biti svijetla, prozračna i topla,
- osigurati privatnost porodilje.

4.3. Priprema patronažne sestre/tehničara

- patronažna sestra/tehničar pere ruke mlakom vodom i sapunom i ugrije ih.

4.4. Pregled dojki porodilje

Uzeti detaljnu anamnezu (datum poroda, broj podoja, način postavljanja bebe na dojku, dužina podoja, način ishrane porodilje, ranija oboljenja porodilje i opće stanje porodilje).

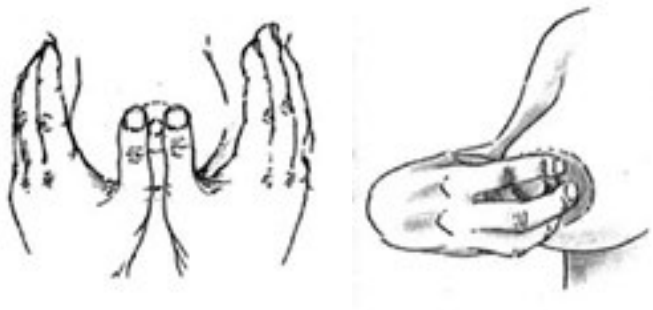
Oprati ili dezinficirati ruke i ugrijati ih trljanjem ruku o ruku.

4.4.1. Vizuelni pregled dojki

Inspekcijom procijeniti oblik dojki, simetriju, deformacije, boju, venski crtež, otekline, crvenilo, stanje bradavica.

Problemi koji se mogu uočiti inspekcijom:

- **prepunjenost dojki** – nadutost i otok dojki koji nastaje kada se poveća proizvodnja mlijeka, tipično za 3–4 dan, koža dojke je napeta, prozirna i sjajna, bolna, a porodilja može da ima:
  - **blago povišena temperatura**,
  - **ragade** – pukotine na koži bradavice,
  - **plik (blester)** – zapušen mliječni kanalić na bradavici – bijele boje, providan, žućkast i/ili crven,
  - **uvučene ili ravne bradavice** – ozbiljan problem za dojenje,
  - **gljivična infekcija bradavica i areola** – često udružena sa oralnom infekcijom bebe (areola sjajna, bradavica sa mogućim ljuspicama),
  - **ljuštenje bradavice** – praćeno cirkulatornim poremećajima,



Slika 1. Manuelni pregled dojke

- **zastojna dojka** – uslijed nakupljanja mlijeka u alveolama – može biti lokalizirana ili generalizirana, raste temperatura i puls, javlja se groznica, bolna i crvena mjesta na dojci,
- **mastitis** – upala tkiva dojke (crvena, otečena, bolna, jednostrano ili obostrano),
- **apsces dojke** – posljedica loše tretiranog mastitisa (apsces je lokalna gnojna upala koja se može razviti u potkožnom tkivu dojke).

4.4.2. Manuelni pregled dojki

- manualni pregled dojki obavlja se sa obje ruke u cilju procjene mlječnosti dojke, a podrazumijeva pregled obje dojke i pregled bradavica,
- pregled dojki se obavlja kada je porodilja u sjedećem, odnosno uspravnom položaju, sa rukama spuštenim niz tijelo (oslonjenim na bokove) i potom podignutim iznad glave i u ležećem položaju (procijeniti koji položaj je najpovoljniji za porodilju),
- ležeći položaj porodilje za pregled je najpovoljniji, jer omogućava da se tkivo dojke „razlije“ preko zida grudnog koša, visinski promjer žljezdanog tkiva dojke se smanji, što olakšava pregled, posebno kad su dojke voluminozne i hipertrofične,
- pregled obaviti nježno,
- nakon pregleda dojki, patronažna sestra/tehničar pomaže porodilji da se obuče,
- opere i posuši ruke.

4.4.3. Savjetovanje porodilje

- prije i poslije dojenja mlakom vodom oprati bradavice i posuši ih,
- ukoliko novorođenče nije ispraznilo dojku, izvršiti ručno izdajanje mlijeka ili izdajanje pumpicom,
- nositi grudnjak odgovarajuće veličine (koji ne steže).

4.5. Evidencija

Po završetku patronažne posjete porodilji, patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o porodilji,
- datum i vrijeme patronažne posjete,
- provedene aktivnosti,
- potpis patronažne sesetre/tehničara koja je obavila posjetu,
- u Karton zdravstvene njege evidentirati podatke dobivene procjenom, kao i obavljene aktivnosti.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

44 PATRONAŽNA POSJETA HRONIČNOM PACIJENTU

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Najčešći hronični pacijenti u njezi patronažne sestre/tehničara su oboljeli od dijabetesa, hipertenzije, nakon infarkta miokarda, cerebrovaskularnih bolesti, alkoholizma, bubrežnih bolesti, hroničnih respiratornih bolesti, malignih bolesti, mentalnih bolesti, bolesti mišićno–koštanog sistema, itd.

Cilj procedure je provođenje patronažne posjete medicinske sestre/tehničara hroničnom pacijentu na siguran i jedinstven način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Prva posjeta patronažne sestre/tehničara hroničnom pacijentu se obavlja na osnovu naloga ljekara porodične medicine, a svaka naredna po procjeni patronažne sestre/tehničara. Posjetu je potrebno planirati i dogovoriti u vrijeme koje odgovara i pacijentu i patronažnoj sestri/tehničaru.

Broj posjeta ovisi o vrsti i stadiju bolesti.

4.1. Priprema prostora

Prostorija u kojoj se vrši patronažna posjeta bi trebala biti osvijetljena, prozračna i ugodne temperature.

4.2. Priprema materijala

U patronažnu posjetu hroničnom pacijentu ponijeti standardiziranu torbu patronažne sestre/tehničara sa kompletnim sadržajem.

4.3. Priprema pacijenta

- predstaviti se (pokazati identifikacijsku karticu–akreditaciju),
- identificirati pacijenta,
- objasniti razloge dolaska,
- osigurati privatnost pacijenta.

4.4. Patronažna djelatnost hroničnom pacijentu podrazumijeva:

- upoznavanje sa zdravstvenim stanjem pacijenta,
- uzimanje anamnestičkih podataka,
- uvid u opće uvjete života,
- provjeru znanja, stavova i prakse u vezi sa oboljenjem,
- zdravstveno–vaspitne aktivnosti,
- pružanje pomoći u saradnji sa zajednicom,
- unos podataka u medicinsku dokumentaciju.

4.5. Metodologija rada patronažne sestre/tehničara obuhvata:

- **p**rocjenu zdravstvenog i funkcionalnog statusa pacijeta,
- izradu plana i programa patronažnih posjeta,
- implementaciju plana i programa patronažnih posjeta,
- evaluaciju provedenih aktivnosti i ocjenu ispunjenosti plana i programa.

4.5.1. Procjena općeg stanja pacijenta je postupak pri kojem patronažna sestra/tehničar detaljno prikuplja podatke o stanju pacijenta, uvjetima života i riziko faktorima u prvoj patronažnoj posjeti. Patronažna sestra/tehničar prikuplja podatke uvidom u medicinsku dokumentaciju pacijenta u ustanovi/timu gdje je pacijent registriran i kod kuće pacijenta, intervjuom – razgovorom s pacijentom i njegovom porodicom/okolinom, posmatranjem pacijenta (inspekcija), mjerenjem. Prikupljenim podacima definira sestrinsku anamnezu – skup podataka o tjelesnim, psihološkim i socijalno–ekonomskim aspektima prošlog i sadašnjeg zdravstvenog stanja i ponašanja pacijenta.

4.5.2. Izrada plana – na osnovu prikupljenih podataka patronažna sestra/tehničar analizira i utvrđuje probleme i potrebe pacijenta, postavlja sestrinske dijagnoze, izrađuje plan i program patronažnih posjeta. Plan i program patronažnih posjeta definira intervencije, aktivnosti, ciljeve i vremenske rokove provođenja patronažne zdravstvene njege. Ove aktivnosti provodi zajedno sa pacijentom i njegovom porodicom uz naglašavanje važnosti njihovog učešća u definiranju, prihvatanju i primjeni navedenih aktivnosti.

4.5.3. Implementacija plana i programa patronažnih posjeta

4.5.3.1. Primjena propisane terapije

Prilikom svake posjete potrebno je:

- kontrolirati ispravnost uzimanja lijekova,
- educirati pacijenta i članove porodice o neophodnosti uzimanja lijekova prema preporuci ljekara,
- osigurati pisani informativni materijal o bolesti, terapiji, komplikacijama terapije,
- provjeravati redovno provođenje dijagnostičkih i terapijskih kontrola.

4.5.3.2. Ishrana

Nakon procjene, ako je potrebno, zajedno sa pacijentom i porodicom:

- izraditi plan ishrane,
- pružati pomoć u planiranju dnevnog jelovnika,
- ukazati na načine pripreme hrane (pirjanje, kuhanje, pečenje u foliji i slično),
- ukazati o značaju unosa namirnica primjerenih za određenu bolest,
- savjetovati o štetnosti konzumiranja alkoholnih pića, korištenju umjetnih šećera, soli,
- osigurati pisani informativni i edukativni materijal.

4.5.3.3. Fizička aktivnost

- Planirana i umjerena fizička aktivnost doprinosi očuvanju i unapređenju funkcionalnosti i sposobnosti.
- Preporučiti primjenu fizičke aktivnosti, prilagođenu aktivnostima, sposobnostima i potrebama pacijenta.

4.5.3.4. Procjena riziko faktora za pad u kući:

- Procjena faktora rizika za pad u kući je od velike važnosti za zdravlje i sigurnost pacijenta. Faktori rizika iz okruženja pacijenta, mogu da otežavaju kretanje i dovedu do padova i povreda pacijenta (loša osvijetljenost, nered, klizav pod, stepenice i sl.).
- Savjetovati pacijenta o načinima otklanjanja ili smanjivanja djelovanja, riziko faktora iz okoline na sigurnost i zdravlje pacijenta.

4.5.3.5. Procjena riziko faktora po zdravlje i procjena pojave komplikacija bolesti

Patronažna sestra/tehničar prilikom svake posjete oboljelom procjenjuje:

- riziko faktore po zdravlje (pušenje, alkohol, nepravilna ishrana, nepravilna i nedovoljna fizička aktivnost),
- pojavu komplikacija bolesti,
- savjetuje pacijenta i članove porodice o načinima otklanjanja, odnosno smanjenja i sprječavanja negativnog djelovanja riziko faktora po zdravlje i sigurnost pacijenta,
- educira pacijenta i članove porodice o uzrocima, prepoznavanju i toku komplikacija kako bi se one prevenirale i spriječilo negativno djelovanje na zdravlje i stanje bolesnika.

4.5.3.6. Edukacija

Prilikom svake patronažne posjete provoditi edukaciju pacijenta, izvršiti procjenu o vrsti, načinu i količini informacija koje oboljeli može razumjeti, provjeravati prihvatanje i primjenu usvojenih informacija.

Edukaciju, savjetovanje i informiranje pacijenta i članova porodice je potrebno provoditi o:

- Bolesti, načinu liječenja, razlozima provođenja pojedinih dijagnostičkih i terapijskih postupaka.
- Samostalnoj primjeni lijekova, pomoć u savladavanju cijelog postupka primjene terapije (poštivanje doza, vremenskih intervala, itd.), s ciljem razumijevanja i prihvatanja terapijskih mjera i postupaka.
- Savladavanju vještina samozbrinjavanja u skladu s ciljevima liječenja, kao što je samostalno mjerenje temperature, pulsa, vrijednosti šećera u krvi i urinu, arterijskog pritiska, uočavanje pojave edema, promjene boje kože, rukovođenju samonjegom, očitavanje i interpretacija rezultata, uz vođenje dnevnika samokontrole.
- Prepoznavanju simptoma i pružanju samopomoći u stanjima poremećenih vrijednosti šećera u krvi, arterijskog pritiska, temperature.
- Komplikacijama bolesti i nuspojava primjene terapije kako bi ih pacijent prepoznao i pravovremeno uočio. U slučaju njihove pojave potrebno je javiti se ljekaru.
- Redovnim pregledima i kontrolama kod nadležnog ljekara.
- Važnosti lične i oralne higijene, higijene okoline.
- Načinu izbjegavanja nepotrebnog i prekomjernog stresa.
- Potrebi bavljenja nekim hobijem tokom kojeg bi se pacijent opustio, posvetio nečemu što voli i na taj način se osjećao zadovoljnije.
- Pravima na određene oblike zdravstvene i socijalne pomoći (ortopedska pomagala, pribor za njegu, naknadu za njegu i pomoć i sl.).
- Upoznati, preporučiti i poticati pacijenta na uspostavu komunikacije, saradnje, učestvovanje i učlanjenje u rad udruženja, klubova i drugih službi i institucija u zajednici.
- Potrebno je raditi na zdravstvenom prosvjećivanju ne samo pacijenta, nego njegove cijele porodice, a u cilju razumijevanja stanja i pružanja podrške pacijentu.

4.5.4. Evaluacija provedenih aktivnosti – ocjena ispunjenosti plana i programa.

- Prilikom posjete patronažna sestra/tehničar vrši kontrolnu procjenu stanja pacijenta po svim parametrima i utvrđuje rezultate primjene dogovorenih i usvojenih mjera, intervencija i aktivnosti, odnosno doprinos preduzetih mjera održavanju, poboljšanju ili pogoršanju stanja pacijenta.
- Na osnovu procjene stanja pacijenta planira daljnje patronažne posjete – intervencije, aktivnosti, ciljeve i vremenske rokove izvršavanja.
- Procjenjuje potrebu za kućnim liječenjem pacijenata, o čemu obavještava nadležnog ljekara.
- Nakon što oboljeli preuzme kontrolu nad svojom bolesti, posjete patronažne sestre/tehničara postaju rjeđe i služe za provjeru usvojenih znanja i vještina i procjenu zdravstvenog i funkcionalnog statusa pacijenta.

– O svim značajnijim promjenama vezanim za kontrolu bolesti, potrebno je obavještavati nadležnog ljekara i preporučiti pacijentu posjetu ljekaru porodične medicine.

4.6. Evidencija

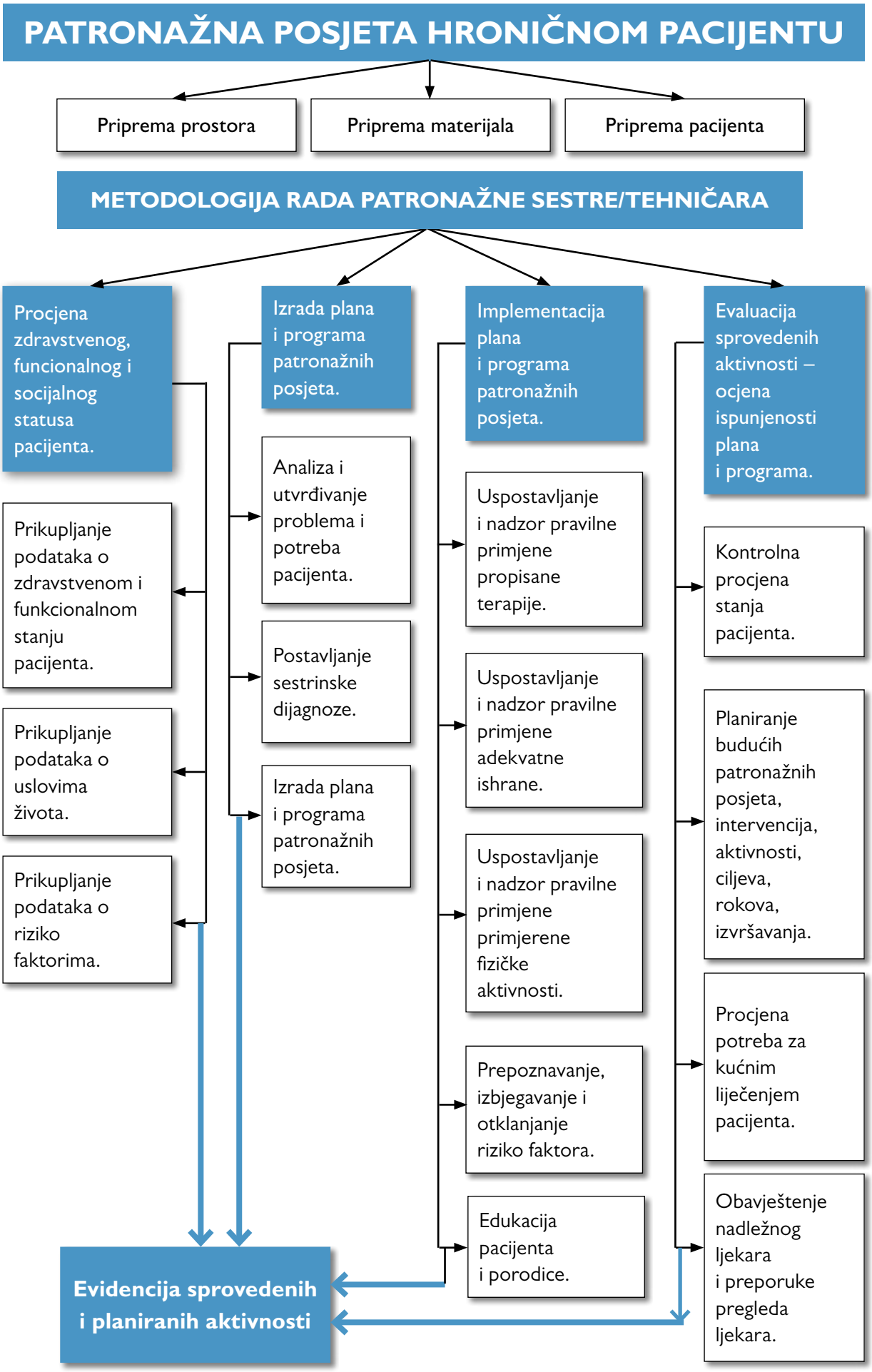
Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege za evidenciju aktivnosti koje je provela u kućnoj posjeti.

Po povratku u ustanovu patronažna sestra/tehnicar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

– opće podatke o pacijentu,
– datum i vrijeme patronažne posjete,
– provedene aktivnosti,
– potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila posjetu.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.


PATRONAŽNA POSJETA HRONIČNOM PACIJENTU
Priprema prostora
Priprema materijala
Priprema pacijenta
METODOLOGIJA RADA PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA
Procjena zdravstvenog, funcionalnog i socijalnog statusa pacijenta.
Prikupljanje podataka o zdravstvenom i funkcionalnom stanju pacijenta.
Prikupljanje podataka o uslovima života.
Prikupljanje podataka o riziko faktorima.
Izrada plana i programa patronažnih posjeta.
Analiza i utvrđivanje problema i potreba pacijenta.
Postavljanje sestrinske dijagnoze.
Izrada plana i programa patronažnih posjeta.
Implementacija plana i programa patronažnih posjeta.
Uspostavljanje i nadzor pravilne primjene propisane terapije.
Uspostavljanje i nadzor pravilne primjene adekvatne ishrane.
Uspostavljanje i nadzor pravilne primjene primjerene fizičke aktivnosti.
Prepoznavanje, izbjegavanje i otklanjanje riziko faktora.
Edukacija pacijenta i porodice.
Evaluacija sprovedenih aktivnosti – ocjena ispunjenosti plana i programa.
Kontrolna procjena stanja pacijenta.
Planiranje budućih patronažnih posjeta, intervencija, aktivnosti, ciljeva, rokova, izvršavanja.
Procjena potreba za kućnim liječenjem pacijenta.
Obavještenje nadležnog ljekara i preporuke pregleda ljekara.
Evidencija sprovedenih i planiranih aktivnosti

45 PROCJENA RIZIKA ZA NASTANAK DEKUBITUSA I MJERE PREVENCIJE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Najčešća sestrinska dijagnoza kod dugoležećih pacijenata je „Rizik od nastanka dekubitusa". Dekubitus je lokalno oštećenje kože sa ili bez oštećenja potkožnog tkiva, različitog stepena, koje se javlja kao posljedica produženog djelovanja pritiska ili kombinacije pritiska, smicanja i/ili trenja. Obično je to pritisak tijela na podlogu, ali i bilo kakav drugi produženi pritisak može dovesti do pojave dekubitusa. Zbog pritiska dolazi do slabljenja cirkulacije i posljedično slabijeg dotoka kiseonika i hranjivih tvari, pa koža postaje najprije crvena, pa izrazito blijeda ili ljubičastoplava, zatim smeđa, tvrda i bezbolna (nekrotična), a na kraju se razvija i ulkus.

Ovom procedurom se definira postupak procjene rizika za nastanak dekubitusa, kao i mjere prevencije. Primjenom procedure se osigurava jedinstven i siguran pristup svakom pacijentu koji je u riziku od nastanka dekubitusa.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Patronažna sestra/tehničar prilikom kućne posjete, svim pacijentima koji su nepokretni ili slabo pokretni, vrši procjenu rizika od nastanka dekubitusa. Važno je na vrijeme uočiti početne znake i poduzeti odgovarajuće preventivne mjere. Da li će pacijent dobiti dekubitalnu ranu zavisi od dosta faktora koji doprinose nastanku.

Unutrašnji faktori: motorni deficit, nepokretnost, senzorni deficit, poremećaj svijesti, inkontinencija urina i stolice, poremećaj ishrane (manjak proteina i vitamina), pothranjenost, anemija, kardiovaskularne bolesti, dijabetes, bolesti CNS–a, dehidracija, koštana izbočenja, oslabljena perfuzija.

Spoljašnji faktori: pritisak, trenje, prekomjerna vlažnost ili suhoća kože, hladnoća, vrućina, hemijski agensi, radijacija, neprimjereni krevet, imobilizacijska sredstva, nazalna sonda.

4.1. Procjena rizika

Postoji više skala za procjenu rizika nastanka dekubitusa (Braden, Norton, Knoll).

4.1.1. Procjena rizika pomoću Braden skale

Prvi korak u prevenciji dekubitusa je identifikacija pacijenta koji ima rizik za nastanak dekubitusa. Braden skala je alat za procjenu rizika nastanka dekubitusa. Patronažna sestra/tehničar u obrazac unosi podatke o pacijentu i boduje svaki podatak. Zbir bodova po skali određuje rizik za nastanak dekubitalnih rana. Raspon bodova kreće se od 6 do 23. Manji broj bodova predstavlja veći stepen rizika za nastanak dekubitusa.

Nakon procjene po Braden skali, svakom pacijentu sa brojem bodova 18 i manje potrebne su mjere prevencije za nastanak dekubitusa.

Važno–procjenu pacijentu uvijek raditi po istoj skali.

4.2. Mjere prevencije

4.2.1. Pregled kože – Postupak podrazumijeva svakodnevni pregled rizičnih dijelova tijela sa istaknutim koštanim elementima koji su izloženi pritisku i/ili trenju i/ili prisutnoj maceraciji. Pregled obavlja patronažna sestra/tehničar prilikom svake posjete, a u međuvremenu pregled nakon edukacije i demonstracije obavlja njegovatelj.

4.2.1.1. Priprema pacijenta

- objasniti pacijentu/porodici/njegovatelju svrhu pregleda kože,
- objasniti postupak,
- zamoliti za saradnju,
- osloboditi od odjeće dijelove tijela koji se procjenjuju.

4.2.1.2. Postupak

U okviru pregleda patronažna sestra/tehničar inspekcijom, palpacijom i pritiskom prstom procjenjuje stanje kože, na rizičnim dijelovima tijela, kako bi se na vrijeme uočile i pratile eventualne promjene.

Pregledom se može uočiti	Klasifikacija promjene	Aktivnosti
Crvenilo koje blijedi na pritisak	I stepen	Mjere prevencije + praćenje + edukacija
Crvenilo koje ne blijedi na pritisak	I stepen	Mjere prevencije + praćenje +edukacija
Bljedilo kože – obezbojavanje	I stepen	Mjere prevencije + praćenje + edukacija
Lokalizirani edem +crvenilo	II stepen	Obavijestiti ljekara + liječenje + mjere prevencije
Bule, erozije + crvenilo + toplota	II stepen	Obavijestiti ljekara + liječenje + mjere prevencije
Otvrdnuće (induracija)	III stepen	Obavijestiti ljekara + liječenje + mjere prevencije
Rana koja zahvata sve slojeve kože, sa nekrozom ili bez	III stepen	Obavijestiti ljekara + liječenje + mjere prevencije
Rana sa destruktivnim procesima koja zahvata mišiće i kosti	IV stepen	Obavijestiti ljekara + liječenje + mjere prevencije
Ekstremno duboki životno ugrožavajući defekti svih slojeva tkiva sa prisutnom infekcijom i nekrozom.	V stepen	Obavijestiti ljekara + liječenje + mjere prevencije

Tabela br.1 – Klasifikacija promjena sa aktivnostima

Uočene promjene (vrstu, klasifikaciju i lokaciju) evidentirati u sestrinsku dokumentaciju i obavijestiti izabranog ljekara.

4.2.1.3. Edukacija porodice/njegovatelja o važnosti i načinu pregleda rizičnih mjesta. Savjetovati svakodnevni pregled rizičnih mjesta.

4.2.2. Promjena položaja, pozicioniranje i repozicioniranje

- Vrijeme provedeno u jednom položaju ograničiti na period do 2 (dva) sata.
- Kod promjene položaja pacijenta, savjetovati podizanje, a ne povlačenje (demonstrirati).
- Minimizirati pritisak na koštanim ispupčenjima tijela i izbjegavati postavljanje pacijenta na već postojeći dekubitalni ulkus.
- Podučiti pacijenta, ako je moguće, da samostalno ili bar u manjoj mjeri, promijeni položaj prilikom sjedenja ili ležanja ili da prebacuje težište tijela sa jedne strane na drugu.
- Ne podizati uzglavlje kreveta za više od 30°, jer se pojačava pritisak i dolazi do smicanja kože na trtičnoj kosti (izbjegavati Fowlerov položaj).



Slika 2. Postavljanje podupirača

4.2.3. Pomagala i podupirači

Pomagala se koriste za specifičnu distribuciju pritiska na potporne tačke tijela (antidekubitalni dušeci, jastuci i pjenasti prekrivači za dušeke).

Kao podupirač koristiti peškire, male jastučiće i sl. Naizmjenično stavljati podupirače ispod ramena, bokova, peta i sl.

- Kod ležanja na boku staviti jastuk između koljena, iza leđa i ispod pete.
- Kod ležanja na leđima staviti jastuk ispod peta, laktova i lopatica.

4.2.4. Higijena – prati kožu blagim sapunom i vodom, dobro posušiti mekim peškirom (ne trljajući), upotrebljavati hidratantna sredstva za njegu intaktne kože.

- Spriječiti maceraciju kože redovnim mijenjanjem pelena.
- Ne koristiti puder.
- Masaža kože iznad koštanih prominencija je kontraindicirana.
- Redovito mijenjati posteljinu koja mora biti zategnuta i bez nabora.
- U krevetu ne smije biti stranih predmeta (olovka, novčić, papirići, mrve).

4.2.5. Ishrana i hidracija – preporučiti visoko proteinsku hranu, vitamine C i A, kao i oligoelement cink (ukoliko nije kontraindicirano). Konzumirati dovoljno tečnosti.

4.3. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege za evidenciju aktivnosti koje je sprovela u kućnoj posjeti.

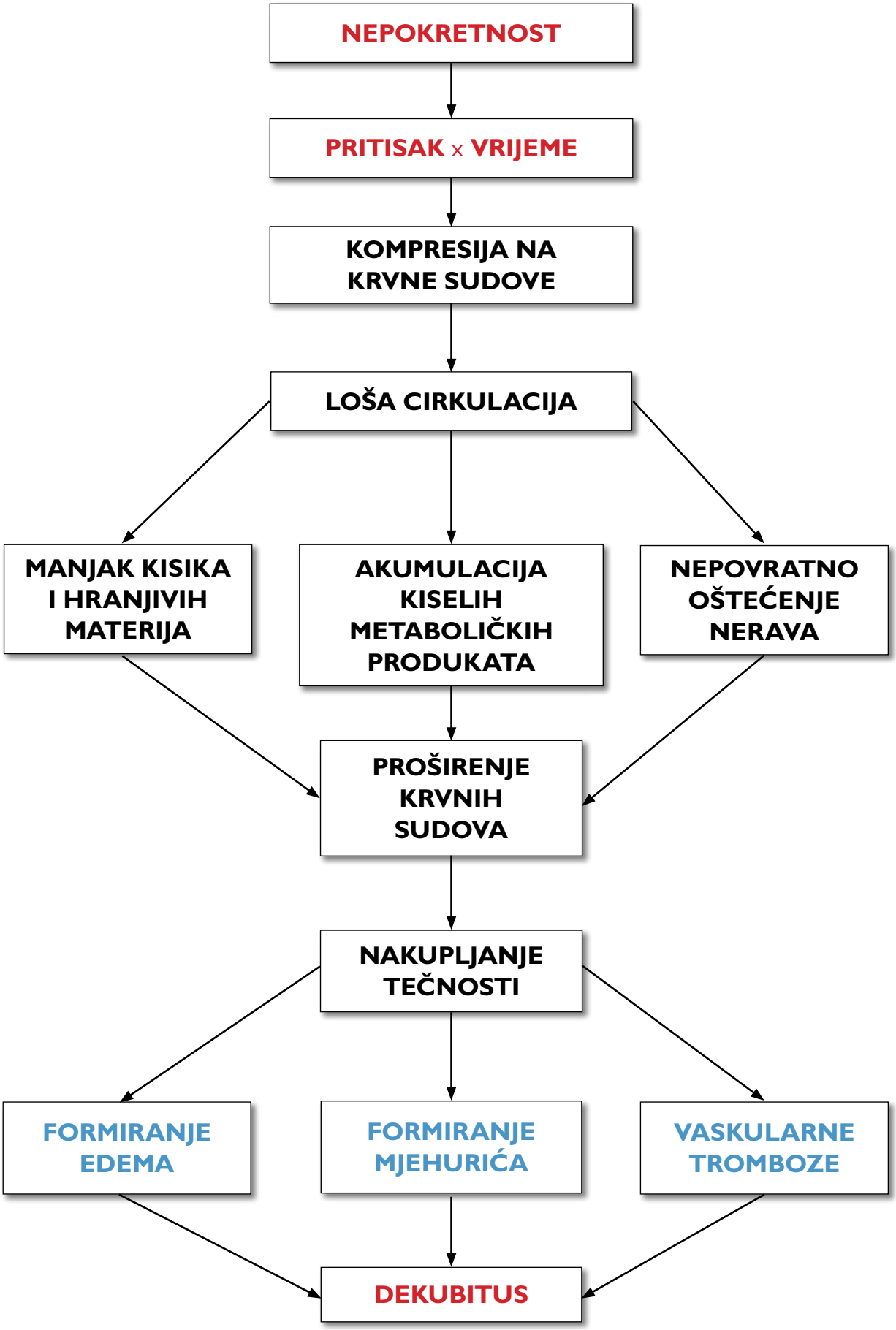
Patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću i važeću medicinsku dokumentaciju ustanove.

- opće podatke o pacijentu,
- datum izvršene usluge,
- vrstu usluge (procjena rizika za nastanak dekubitusa, demonstracija postupka repozicioniranja, edukacija pacijenta/njegovatelja o mjerama prevencije),
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je pružila uslugu.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake 3 godine, po potrebi i ranije.

ALGORITAM NASTANKA DEKUBITUSA



Prilog: Obrazac za procjenu rizika nastanka dekubitusa

BRADENOVA SKALA ZA PROCJENU RIZIKA NASTANKA DEKUBITUSA/DEKUBITALNOG ULKUSA

Ime i prezime pacijenta:						Datum procjene		
						Bodovi		
I	SENZORNA PERCEPCIJA	1. Kompletno ograničena Ne reaguje na podražaje. ograničen osjećaj bola na većem dijelu tijela	2. Jako ograničena Reaguje na bolni podražaj. Reagira jaukom i nemirom ili zbog oštećenja ima smanjenu sposobnost osjećaja.	3. Lako ograničena Reaguje na verbalne podražaje ali ne može iskazati potrebu da se okrene i reaguje.	4. Bez oštećenja Reaguje na verbalne podražaje. Nisu prisutna oštećenja, može iskazati bol i nelagodnost.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
II	VLAŽNOST	1. Koža stalno vlažna Stalno prisutna. Primjećuje se pri svakom okretanju.	2. Koža često vlažna Često, ali ne uvijek.	3. Koža povremeno vlažna Posteljina se mijenja jednom u toku dana.	4. Koža je rijetko vlažna Koža je obično suha. Posteljina se rutinski mijenja.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
III	AKTIVNOSTI	1. Leži Pacijent je stalno u postelji	2. Sjedi Hodanje je ograničeno ili ne može da hoda.	3. Povremeno hoda U toku dana, na kratko, sa ili bez pomoći. Većinu dana provodi dana u postelji ili stolici.	4. Često hoda Barem dva puta izvan sobe u toku dana. Po sobi šeta barem 2 sata tokom dana.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
IV	POKRETLJIVOST	1. Potpuno nepokretan Ne mijenja položaj tijela i ekstremiteta bez pomoći.	2. Značajno ograničena Povremeno učini samo male promjene položaja tijela ili ekstremiteta.	3. Lako ograničena Pravi samostalno učestale male promjene položaja.	4. Nema ograničenja Pravi samostalno velike i česte promjene položaja.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
V	ISHRANA	1. Značajno slaba Nikad ne pojede cijeli obrok. Jede manje od 2 obroka proteina, slab unos tečnosti, (tečna dijeta ili infuzija)	2. Značajno neadekvatna Rijetko pojede 1/2 obroka. dnevno unese tri obroka proteina, prima manje od dijete ili se hrani NG sondom.	3. Adekvatna Jede više od pola obroka, unese.	4. Odlična Pojede većinu obroka na odbija , jede između obroka.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
VI	TRENJE	1. Prisutan problem Velika pomoć pri kretanju. dizanje bez klizanja po posteljije nemoguće. Cesta promjena položaja Spastičnost, agitiranost ili kontrakture dovode uvijek do trenja.	2. Potencijalni problemi Malaksalost pri kretanju, zahtijeva pomoć. Tokom pokreta koža vjerovatno kliži po poselji, pri sjedenju povremeno skliznne.	3. Nema problema U postelji i stolici. Samostalno se kreće i ustaje. Održava dobar položaj tijela u postelji i na stolici		1 2 3	1 2 3	1 2 3
					Konačni zbir			

Potpis medsestre-teh

1. _____ datum _____
2. _____ datum _____
3. _____ datum _____

Izračunavanje rizika po Bradenovoj skali.

Raspon bodova kreće se od 6 do 23.
Bodovi iz kategorija I-VI se sabiju u konačni zbir.
Manji broj bodova predstavlja veći stepen rizika za nastanak dekubitusa/dekubitalnog ulkusa

19-23	Nema rizika
15-18	Prisutan rizik
13-14	Umjeren rizik
10-12	Visoki rizik
9 i manje	Vilo visoki rizik

46 PATRONAŽNA POSJETA PACIJENTU U TERMINALNOJ (PALIJATIVNOJ) FAZI BOLESTI

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO, 2002.), palijativna njega je aktivna potpuna briga za pacijente čija bolest više ne reagira na postupak liječenja. Svrha patronažne posjete medicinske sestre/tehničara u okviru multidisciplinarnog pristupa je pružanje palijativne njege pacijentu, kao i savjetovanje članova porodice i njegovatelja u cilju postizanja što kvalitetnijeg ostatka života i dostojanstvene smrti pacijenta. Cilj ove procedure je definiranje postupaka u njezi pacijenta koji su u terminalnoj fazi bolesti na siguran i jedinstven način.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Posjetu pacijentu u terminalnom stadiju bolesti obavlja patronažna medicinska sestra/tehničar na osnovu naloga ljekara. Prije dolaska u kuću oboljelog potrebno je informirati se o pacijentu (uvidom u medicinsku dokumentaciju), dogovoriti vrijeme dolaska i pripremiti torbu za patronažnu posjetu.

Sadržaj torbe uključuje:

- opremu za dijagnostiku (tlakomjer, slušalice, svjetiljku za pregled pupile, termometar, glukometar sa pripadajućim trakicama, špatule za jednokratnu upotrebu, airway),
- pribor za primjenu ampuliranih lijekova,
- pribor za standardnu zaštitu od infekcija (rukavice, maske),
- pribor za obradu i previjanje rana (po potrebi),
- oprema za aspiraciju (po potrebi),
- set za kateterizaciju (po potrebi),
- makaze,
- bubrežnjak,
- kontejner za oštri otpad,
- kesu za infektivni otpad,
- obrasce (sestrinska dokumentacija).

U zavisnosti od indikacija za kućnu posjetu torba se može dopuniti sa lijekovima i sredstvima za njegu.

4.1. Procjena i planiranje potreba za njegom

Po dolasku u kuću potrebno je predstaviti se, pokazati akreditaciju, identificirati pacijenta i objasniti razlog dolaska.

Prilikom uzimanja anamnestičkih podataka (intervju), pacijentu treba omogućiti da iskaže svoja osjećanja, koja mogu imati raspon od bijesa do bespomoćnosti i straha. Odgovoriti mu na sva pitanja što je moguće iskrenije.

4.1.1. **Procjena potrebe za zdravstvenom njegom obuhvata:**

- procjenu vitalnih funkcija pacijenta,
- procjenu stanja svijesti pacijenta (Glasgow Coma Scale),
- pokretljivosti (hodanje, stajanje, sjedenje, ležanje, okretanje u postelji),
- procjenu ishrane,

- procjenu higijenskih uvjeta,
- procjenu eliminacije (stolica, urin),
- procjenu bola (skala bola od 1–10),
- procjenu rizika od pada,
- procjenu rizika od nastanka dekubitusa,
- procjenu podrške porodice.

4.1.2. **Plan njege**

Izrada plana njege zavisi od procjene i prioriteta.

Plan podrazumjeva:

- pružanje njege,
- primjenu propisane terapije,
- postupke prevencije (dekubitus i opstipacija i dr.),
- savjetovanje porodice ili njegovatelja o načinu pružanja njege,
- pokazivanje razumijevanja i pružanje utjehe terminalno oboljelom i porodici,
- davanje informacija o pristupu i pravima na zdravstvene i socijalne usluge,
- koordinacija između različitih službi i osoba (susjedi, članovi porodice, socijalni radnici, vjerske zajednice i dr.),
- prilagođavanje okruženja pacijentovom stanju,
- priprema porodice za žalovanje,
- vođenje sestrinske dokumentacije.

4.2. Implementacija i evaluacija

Implementacija planiranih aktivnosti (intervencije), treba da je usmjerena na uklanjanje simptoma, naročito boli, otežanog disanja i prepoznavanje simptoma i znakova agonalnog stanja. U postupku evaluacije zadatak patronažne sestre/tehničara je da vrši stalnu procjenu i aktivnosti prilagoditi stanju pacijenta.

4.3. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege za evidenciju postupaka koje je provela u kućnoj posjeti.

Po povratku u ustanovu, patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu,
- datum i vrijeme patronažne posjete,
- provedene postupke,
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila posjetu.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

LITERATURA

1. Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine. Akreditacijski standardi za dom zdravlja, Sarajevo, 2017.
2. Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine. Akreditacijski standardi za timove porodične medicine, Sarajevo, 2014.
3. Ausserhofer D., Novo A., Rakić S., Dropić E., Fišeković E., Sredić A. &Van Malderen, G., Standardi, vodiči i protokoli za zdravstvenu njegu u Bosni i Hercegovini - izvještaj o najboljoj praksi. Finalni izvještaj. Fondacija fami, Sarajevo, 2015.
4. Aziz AM., Variations in aseptic technique and implications for infection control. British Journal of Nursing, 2009;18(1):26-31.
5. Bianchi J., Causes and strategies for moisture lesions. Nursing Times, 2012;108(5):20-22.
6. BQM, časopis Udruženja za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH, br.1; 2006.
7. Cameron J., Exudate and care of periwound skin. Nursing Standard, 2004;19(7):62-68.
8. Eide H., Eide T., Komunikacija sestra-pacijent. Udruženje medicinskih sestara i tehničara, Beograd, 2005.
9. Ferreira AM., de Andrade D., Integrative review of the clean and sterile technique, agreement and disagreement in the execution of dressing. Acta Palulista de Enferma- gem, 2008;21:117-21.
10. Flour M., The pathophysiology of vulnerable skin. World Wide Wounds, 2009.
Dostupno na: www.worldwide- wounds.com/2009/September/Flour/vulnerable- skin- 1.html
Datum pristupa informaciji: 22.1.2013.
11. Grgurić B., Osnovni principi asepse i antisepse. Acta Med Croatica, 2009;63(4):97-8.
12. Grubauer G., Feingold KR., Harris RM., Elias PM., Lipid content and lipid type as determinants of the epidermal permeability barrier. Journal of Lipid Research, 1989;30:89-96.
13. Gvožđak M., Tomljanović B., Temeljni hitni medicinski postupci. Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatski zavod za hitnu medicinu, Zagreb, 2011.
14. http://astma.rs/astma/pravilna-upotreba-pumpice-inhalatora/
15. http://kcnis.rs/files/TEKST-SESTRINSKE-INTERVENCIJE.pdf
16. http://klokanica.24sata.hr/beba/mama-poslije-poroda/kako-vam-moze-pomoci-patronazna-sestra-879 - klokanica.24sata.hr
17. http://nika.rs/v3/sta-lecimo/lecenje-i-rehabilitacija-u-domu-pacijenta-patronaza/
18. http://nursing411.org/Courses/MD0919_Nursing_care_sensory_neurologic/1-16_Nursing_Care_sensory_neuro.html
19. https://velikirecnik.com/2016/05/07/imobilizacija/
20. https://vssvalzbety.files.wordpress.com/2015/10/tehnike-terapija-bp-2015.pdf
21. http://www.adiva.hr/ispravna-primjena-lijekova.aspx
22. http://www.akaz.ba/Index/Politike_procedure.htm
23. http://www.cochrane.org/hr/CD003588/optimalno-vrijeme-zamjene-kanila-braunila-spojenih-na-krvne-zile
24. http://www.goal.com/hr/news/6935/sve-vijesti/2015/04/02/10174122/pr-pravilno-koristite-kapi-i-sprej-za-nos
25. http://www.hitnapomoc.net/zavoj-lakta/
26. http://www.hitnazg.hr/prva-pomoc/zavoj
27. http://www.hitnazg.hr/prva-pomoc/imobilizacija
28. http://www.judzks.ba/Portals/0/Radovi_uposlenika/Medicinska%20sestra-edukator.pdf
29. http://www.kcus.ba/updf/31_Vodic%20za%20sestre%20i%20tehnicare%20instrumentare.pdf
30. http://www.medicalcg.me/izdanje-br-90/uloga-i-znanje-medicinske-sestre-kao-edukatora-radno-vaspitanje/
31. http://www.medicinskaedukacija-timkme.com/wp-content/uploads/2015/09/TEHNIKA-PLASIRANJA-INTRAVENSKE-KANILE.pdf
32. http://www.mzss.hr/hr/programi_i_projekti/prevencija/nacionalni_program_zdravstvene_zastite_osoba_sa_secernom_bolescu
33. http://www.roditelji.hr/beba/0-3-mjeseca/1467-mljecac-ili-soor-cesta-gljivicna-infekcija-kod-beba/
34. https://www.scribd.com/doc/124935486/Dekubitus

35. http://www.udrugahups.hr/wp-content/uploads/2016/02/Priruc%CC%8Cnik-za-majke-2015.pdf
36. Huljev D., Gajić A., Triller C., Kecelj Leskovec N., Uloga debridmana u liječenju kroničnih rana. Acta Medica Croatica, 2013;66(1):79-84.
37. Hunter J., Intramuscular injection techniques. *Nursing Standard,* 2008, 22: 24, 35 -40.
38. Infant Feeding Guidelines. National Helth and Medical Research Council. Australia, 2012.
39. International Journal "Total Quality Management & Excellence", Vol. 36, No. 1 - 2, 2008, YUSQ IeQ 2008.
40. Jovanovski Dašić M., Simović S., Dakić D., Dukić M., Đuranović M., Vujnović A., Vodič za dojenje. Ministarstvo zdravlja Crne gore, 2014.
41. Kim KY, Kang JH, Na JY, Kang DK, The Effect of Extracorporeal Shock Wave Therapy on Pressure Ulcer. J Korean Acad Rehabil Med, 2010.34(2):227-232. Korean.
42. Kocić L.,Mitić P., Milosavljević V., Pajević Ž., Sestrinske intervencije. Klinički Centar Niš,decembar, 2009.
43. Langøen A., Lawton S., Dermatological problems and periwound skin. World Wide Wounds, 2009. Dostupno na: www.worldwidewounds.com/2009/November/Lawton Langoen/vulnerable-skin-3.html. Datum pristupa informaciji: 22.5.2013.
44. Lawton S., Langøen A.,Assessing and managing vulnerable periwound skin. World Wide Wounds, 2009. Dostupno na: www.worldwidewounds.com/2009/October/Lawton-Langoen/vulnerable-skin-2.html. Datum pristupa informaciji: 22.5.2013.
45. LEMON stručni tekstovi iz sestrinstva. SZO, Regionalni ured za Evropu, prijevod Jež Sarajevo, 1992.
46. Lippincor W.,&Wilkins USA; Sestrinske procedure- prevod sa engleskog/DATA STATUS, IV izdanje, Beograd, 2010.
47. Marinović Kulišić S., Lipozenčić J., Uloga neutralnih pripravaka u njezi okolne kože venskog vrijeda. Acta Med Croatica, 2011;65(2):41-45.
48. mz.ks.gov.ba/njega majke i novorođenčeta
49. Nola I., Pus J., Jakić Budišić J., Njega okolne kože vrijeda. Acta Med Croatica, 2009;63(4):99-103.
50. NPUAP-EPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel-European Pressure Ulcer Advisory Panel). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline.Washington DC: National Pressure Advisory Panel; 2009.
51. Paravlić F., RIJEČ KAO LIJEK, Priručnik za medicinske sestre i tehničare.Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo, JU Opća bolnica "Prim. Dr. Abdulah Nakaš", Sarajevo, 2006.
52. Pegram A., Bloomfield J.,Wound care: principles of aseptic technique. Mental Health Pract, 2010;14:14-8.
53. Pravilnik o upravljanju medicinskim otpadom, „Službene novine Federacije BiH", br. 77/08.
54. Rowley S., Clare S., Macqueen S., Molyneux R., ANTT v2: An updatedpractice framework for aseptic technique. British Journal of Nursing, 2010: 19(5); S5-S11.
55. Sedmak D., Vrhovec M., Huljev D., Prevencija tlačnog vrijeda (dekubitusa). Acta Med Croatica, 2013, 67 (Supl. 1); 29-34.
56. Sestrinske intervencije. Klinički centar Niš, decembar, 2009.
57. Sestrinske procedure. IV izdanje, Beograd, 2010.
58. Stamenović M., Zdravstveno vaspitanje. Clipart, Ćuprija, 2004, (277-278).
59. Standardi i normativi zdravstvene zaštite i nomenklatura usluga u Federaciji Bosne i Hercegovine. Plava knjiga, 2014. Federalno ministarstvo zdravstva, Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine, Sarajevo/Mostar, 2014.
60. Stojiljković J., Zdravstvena nega, 3 izdanje - Beograd 2013.
61. Tijanić M., Đuranović D., Rudić R., Milović L., Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo. Beograd, Naučna KMD, 2010.
62. Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva, "Službene novine Federacije BiH", br. 37/12.
63. Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata, "Službene novine Federacije BiH", br. 40/10.
64. *Zakon o sestrinstvu* i primaljstvu, „S*lužbene novine Federacije BiH", br. 43/13.*
65. Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, „Službene novine Federacije BiH" br. 59/05, 52/11, 6/17.
66. Zakon o slobodi pristupa informacijama, „Službene novine Federacije BiH", br. 32/01.
67. Zakon o zdravstvenoj zaštiti,„Službene novine Federacije BiH", br.46/10.
68. Džino S., Krnić K., Katava Bašić A., Vodič za postpartalnu njegu majke i novorođenčeta. Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo, Institut za naučnoistraživački rad i razvoj Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, 2009.
69. Šepec S. i sur., Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi. Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2010.
70. Švrakić S., Vuković S., Bajramović E., Peševski Z., Vodič za prevenciju i liječenje dekubitusa. Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo, Institut za naučnoistraživački rad i razvoj Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, 2009.
71. www.akaz.ba/korisni_dokumenti/procedura/DZ Tuzla
72. www.msd-priručnici-/placebo.hr/msd-priručnik/pedijatrija/rast_i razvoj/tjelesni rast
73. www.zzjzpgz.hr/uzl/gu/njega_pupka.htm

ProSes
Projekat jačanja sestrinstva u Bosni i Hercegovini
Strengthening Nursing in Bosnia and Herzegovina

Izradu ove publikacije je podržala Ambasada Švicarske u Bosni i Hercegovini.
Sadržaj i nalazi izneseni u publikaciji ne odražavaju obavezno stavove Vlade Švicarske.

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra