STANDARDNE OPERATIVNE PROCEDURE ZDRAVSTVENE NJEGE U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

(polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici)

II. DIO

Sarajevo, 2019.

STANDARDNE OPERATIVNE PROCEDURE ZDRAVSTVENE NJEGE U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

II DIO

(polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici)

Sarajevo, 2019. godine

Autori

Mr. Dragana Galić, dipl. med. sestra
Spomenka Omanović, dipl. med. sestra
Pero Krtalić, dipl. med. teh.
Dr. sc. Halid Mahmutbegović, dipl. mng. u zdravstvu
Mr.sc. Ivona Ljevak, dipl. med. sestra
Ismeta Krako, dipl. med. sestra
Zdenka Lujić, dipl. med. sestra

Recenzenti

Mr. Dragana Galić, dipl. med. sestra
Spomenka Omanović, dipl. med. sestra
Pero Krtalić, dipl. med. teh.
Dr. sc. Halid Mahmutbegović, dipl. mng. u zdravstvu
Mr.sc. Ivona Ljevak, dipl. med. sestra
Ismeta Krako, dipl. med. sestra
Zdenka Lujić, dipl. med. sestra

Nakladnik

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

Fondacija fami, Sarajevo
Višegradska 24
www.fondacijafami.org

Za nakladnika

Dejan Sredić

Lektor

Zlatan Peršić

Tisak

Agencija Aligo, Ilidža

Naklada

100

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

616-083

STANDARDNE operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti : (polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici). Dio 2 / [autori Dragana Galić ... [et al.]. - Sarajevo : Fondacija Fami, 2019. - 114 str. : ilustr. ; 30 cm

Tekst na hrv. jeziku. - Bibliografija: str. 111-113.

ISBN 978-9958-1925-6-2

1. Galić, Dragana

COBISS.BH-ID 28352774

KAZALO

PREDGOVOR 5

UVOD 6

I PROCEDURE KOJE REGULIRAJU PATRONAŽNE POSJETE

1. PROCEDURA O UVJETIMA ZA OSTVARIVANJE PRAVA KORISNIKA NA ZDRAVSTVENU NJEGU U KUĆI 10

2. PROCEDURA POVJERLJIVOSTI INFORMACIJA I ZAŠTITE OSOBNIH PODATAKA PACIJENATA 11

3. PROCEDURA KOJA DEFINIRA KRITERIJE ZA ANGAŽIRANJE SOCIJALNOG RADNIKA 13

4. PROCEDURA POSTUPANJA S PACIJENTOM KOJI ODBIJA PATRONAŽNU POSJETU ILI INTERVENCIJU U KUĆI 16

5. PROCEDURA POSTUPANJA PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA U SLUČAJU NEPOŠTIVANJA DOGOVORENOG TERMINA KUĆNE POSJETE OD STRANE PACIJENTA 19

6. PROCEDURA POSTUPANJA PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA U SLUČAJU NASILJA ILI SUMNJE NA NASILJE U OBITELJI 20

7. PROCEDURA PRUŽANJA PATRONAŽNIH USLUGA OSOBAMA S MENTALNIM POREMEĆAJIMA 21

8. PROCEDURA PATRONAŽNE POSJETE OBOLJELOM OD MALIGNE BOLESTI 23

9. PROCEDURA PATRONAŽNE POSJETE OBOLJELOM OD TUBERKULOZE 26

10. PROCEDURA PRIMJENE STANDARDNIH MJERA OSOBNE ZAŠTITE PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA OD INFEKCIJA 29

II PROCEDURE PROCJENE, MJERENJA I UZORKOVANJA

11. PROCEDURA PREGLEDA STOPALA I PROCJENA RIZIKA OD NASTANKA „DIJABETIČKOG STOPALA“ 32

12. PROCEDURA PROCJENE RIZIKA OD PADA U KUĆI I MJERE PREVENCIJE 36

13. PROCEDURA PROCJENE KOGNITIVNOG STATUSA PACIJENTA 42

14. PROCEDURA KATEGORIZACIJE PACIJENATA U KUĆI 46

15. PROCEDURA MJERENJA PULSA I SATURACIJE KISIKOM (PULSNA OKSIMETRIJA) 48

16. PROCEDURA MJERENJA VRŠNOG EKSPIRACIJSKOG PROTOKA ZRAKA (PEF) 49

17. PROCEDURA UZIMANJA UZORKA VENSKE KRVI U KUĆI I SIGURAN TRANSPORT DO LABORATORIJA 54

18. PROCEDURA UZIMANJA BRISA NOSA I NAZOFARINKSA ZA MIKROBIOLOŠKU PRETRAGU I SIGURAN TRANSPORT DO MIKROBIOLOŠKOG LABORATORIJA 57

19. PROCEDURA UZIMANJA BRISA ŽDRIJELA I TONZILA ZA MIKROBIOLOŠKU PRETRAGU I SIGURAN TRANSPORT DO MIKROBIOLOŠKOG LABORATORIJA 59
20. PROCEDURA UZIMANJA UZORAKA URINA U KUĆI PACIJENTIMA S URINARNIM KATETEROM I SIGURAN TRANSPORT UZORKA DO LABORATORIJA 61
21. PROCEDURA UZIMANJA BRISA RANE ZA MIKROBIOLOŠKU PRETRAGU 64

III PROCEDURE ZDRAVSTVENE NJEGE I TERAPIJSKIH POSTUPAKA
22. PROCEDURA PODIZANJA I PREMJEŠTANJA PACIJENTA 68
23. PROCEDURA HRANJENJA PACIJENTA PUTEM NAZOGASTRIČNE SONDE 71
24. PROCEDURA ZDRAVSTVENE NJEGE I HRANJENJA PACIJENTA S PERKUTANOM ENDOSKOPSKOM GASTROSTOMOM (PEG) U PATRONAŽNOJ POSJETI 73
25. PROCEDURA PRIMJENE KLIZME (KLISTIRANJE) U KUĆNIM UVJETIMA 75
26. PROCEDURA TOALETE TRAHEOSTOME 77
27. PROCEDURA TRETMANA ULKUSA DIJABETIČKOG STOPALA 81
28. PROCEDURA PRIPREME I PRIMJENE SUPKUTANE INFUZIJE (HIPODERMOKLIZE) U KUĆNIM UVJETIMA 84
29. PROCEDURA POSTUPANJA PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA S UMRLIM U KUĆI 87

IV PROCEDURE HITNIH POSTUPAKA
30. PROCEDURA POSTUPANJA U SLUČAJU ALERGIJSKE REAKCIJE NA LIJEK PRIMIJENJEN U PATRONAŽNOJ POSJETI 90
31. PROCEDURA PRUŽANJA PRVE POMOĆI U SLUČAJU EPILEPTIČKOG NAPADA PRILIKOM PATRONAŽNE POSJETE 92
32. PROCEDURA PRUŽANJA PRVE POMOĆI U SLUČAJU SINKOPE 93
33. PROCEDURA PRVE POMOĆI U SLUČAJU KARDIOPULMONALNOG ARESTA 95

V PROCEDURE PROMOTIVNO–PREVENTIVNIH POSTUPAKA
34. PROCEDURA PROCJENE I EDUKACIJE PACIJENTA ILI NJEGOVATELJA O PRAVILNOJ PRIMJENI LIJEKOVA U KUĆI 100
35. PROCEDURA SAVJETOVANJA PACIJENTA S DIJABETESOM O NJEZI STOPALA 103
36. PROCEDURA SAVJETOVANJA PACIJENTA OBOLJELOG OD MALIGNE BOLESTI PRILIKOM PATRONAŽNE POSJETE 106
37. PROCEDURA PREVENCIJE KOMPLIKACIJA DUGOTRAJNOG LEŽANJA/MIROVANJA 108

LITERATURA 111

PREDGOVOR
Poštovani/a,

pred Vama se nalazi publikacija koja je prvobitno nastala kao potreba za standardizacijom zdravstvenih usluga, ali i kao logički slijed brojnih rezultata ostvarenih u okviru projekta „Jačanje sestrinstva u Bosni i Hercegovini", a koji je financiran od strane Vlade Švicarske u Bosni i Hercegovini.

Tu u prvom redu treba istaknuti *Priručnik sa standardnim operativnim procedurama (SOP) zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti* koji je objavljen prije dvije godine i koji je osim primjene u svakodnevnoj praksi, uvršten i u obveznu literaturu za praktičnu nastavu na nekoliko fakulteta zdravstvene njege, kao i medicinskih škola, u Bosni i Hercegovini.

Navedeni Priručnik koji obuhvata 46 SOP-a i pratećih 12 algoritama za pojedine procese rada prvi je takve vrste ne samo u Bosni i Hercegovini, nego i u regiji, što je izazvalo pozitivne reakcije unutar zdravstvenog sustava, te potvrdilo neophodnost daljnjeg razvoja ovakvih dokumenata. Standardizacija svakodnevne prakse jača zdravstveni sustav, a jačanje sustava garantira poboljšanje sigurnosti, kvaliteta i učinkovitosti zdravstvenih usluga i u konačnici zadovoljstvo pacijenta.

S tim u svezi, u proteklih godinu i po dana radna grupa sastavljena od vodećih stručnjaka iz ovog područja pripremala je *Priručnik sa standardnim operativnim procedurama za usluge koje se pružaju u okviru patronažne djelatnosti,* još jedan, slobodno možemo reći, reformski dokument koji je pred Vama.

Priručnik obuhvata 37 SOP-a i 10 algoritama za područje patronažne djelatnosti, a u potpunosti je usklađen sa patronažnom sestrinskom dokumentacijom koja je razvijena u okviru ProSes projekta.

Svi ovi rezultati ne bi bilo mogući bez podrške ProSes projekta čiji je osnovni cilj 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.

Ovaj priručnik namijenjen je za medicinske sestre/tehničare koji pružaju usluge iz oblasti polivalentne patronažne zaštite/sestre u zajednici koja je vrlo bitan i nezamjenjiv segment zdravstvenog sustava svakako i neupitno doprinosi postavljenim navedenim ciljevima projekta, ali i što je mnogo bitnije unapređenju kvalitete i učinkovitosti zdravstvenog sustava.

Imajući u vidu važnost kvalitetnog sestrinstva i činjenicu da je uloga medicinske sestre-tehničara u timu ključna, Federalno ministarstvo zdravstva će i u narednom razdoblju podržavati aktivnosti na polju standardizacije sestrinske prakse na području Federacije BiH.

Ministar
Doc.dr. Vjekoslav Mandić

UVOD

Aktivnosti koje se trenutno provode na polju standardizacije prakse medicinskih sestara i tehničara u Federaciji BiH su od velike važnosti s obzirom na odavno prepoznatu potrebu za standardizacijom njihovih usluga.

Standardi sestrinske prakse ne postoje kao jedinstvena i izdvojena cjelina, nego su jednim i to nedovoljnim dijelom integrirani u važeće Standarde za domove zdravlja, Standarde za bolnice, Standarde za poliklinike, Standarde za timove obiteljske/porodične medicine, Standarde za centre mentalnog zdravlja, Standarde za centre za rani rast i razvoj, koje je razvio AKAZ, a odobrilo Federalno ministarstvo zdravstva.

Odstupanja u sestrinskoj praksi su ublažena izradom dokumenta (kliničkih protokola, kliničkih vodiča i standardnih operativnih procedura) za pojedine procese, koju su podržale različite međunarodne organizacije i agencije. Međutim, njihov lokalni karakter ne osigurava pružanje usluga na jedinstven način.

Donošenjem Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o sestrinstvu i primaljstvu, te Zakona o sustavu poboljšanja kvalitete, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, zdravstvene ustanove su u obvezi uspostaviti, razvijati i održavati sustav sigurnosti i kvalitete zdravstvenih usluga. To između ostalog podrazumijeva i izradu procedura za usluge koje se svakodnevno pružaju.

Zbog svega navedenog, uz potporu Projekta jačanja sestrinstva u Bosni i Hercegovini (ProSes), koji financira Švicarska agencija za razvoj i suradnju (SDC), federalni ministar zdravstva doc. dr. Vjekoslav Mandić je imenovao radnu grupu, sastavljenu od vrhunskih medicinskih sestara/tehničara, zaposlenih u zdravstvenom sustavu Federacije BiH. Rezultat rada ove grupe je Priručnik sa standardnim operativnim procedurama (SOP) zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koji obuhvaća 46 SOP–ova i pratećih 12 algoritama za pojedine procese rada.

Ovim će usluge koje medicinske sestre/tehničari svakodnevno pružaju biti ujednačene, kvalitetne i standardizirane, s konačnim ciljem poboljšanja sigurnosti, kvalitete i učinkovitosti zdravstvene zaštite. Pored toga što je uz potporu ProSes–a ovaj priručnik našao put do medicinskih sestara/tehničara u svim domovima zdravlja u FBiH, on je uvršten i u obveznu literaturu za praktičnu nastavu na nekoliko fakulteta zdravstvene njege u Bosni i Hercegovini, kao i medicinskih škola.

Zahvaljujući činjenici da je razvoj priručnika zainteresirao mnoge aktere u zdravstvenom sektoru FBiH, te potrebama standardizacije sestrinskih usluga koje se odnose na područje polivalentne patronaže/sestrinstva u zajednici, formirana je nova radna grupa sa zadatkom izrade priručnika sa SOP–ovima s glavnim fokusom na usluge koje se pružaju u okviru patronažne djelatnosti.

Kako je to bio slučaj s prvim dijelom, svrha drugog dijela priručnika jeste standardizirati sestrinske usluge iz područja patronaže/sestrinstva u zajednici, učiniti ih dostupnim najvećem broju patronažnih sestara/tehničara u FBiH, te ih uskladiti s patronažnom sestrinskom dokumentacijom razvijenom u okviru I faze projekta.

To je posebno važno zbog potrebe za evidentiranjem usluga koje medicinske sestre/tehničari svakodnevno pružaju. Sestrinske usluge pružene na standardiziran, ujednačen i kvalitetan način, koje su kao takve evidentirane u važećoj sestrinskoj dokumentaciji uvelike doprinose prepoznavanju rada, uloge i značaja koji medicinske sestre/tehničari svakako zaslužuju.

Radna grupa je u proteklih godinu i po dana vrijedno radila na izradi 37 SOP–ova i 10 algoritama za područje patronažne djelatnosti, koji su predstavljeni u ovoj publikaciji. Prilikom izrade ovih SOP–ova koristili smo domaću i stranu stručnu literaturu, te se u velikoj mjeri oslanjali na vlastito znanje i iskustva dobre prakse.

Po prvi put se pred vama nalazi priručnik koji obuhvaća najvažnije usluge koje pružaju patronažne sestre/tehničari. Uvjereni smo da će postojanje ovakvog dokumenta znatno olakšati izrazito kompleksan i zahtjevan rad patronažnih sestara/tehničara, koji će doprinijeti stvaranju neophodnog okvira za pružanje ujednačenih, standardiziranih i kvalitetnih usluga iz patronaže potrebnih pacijentima koji na njih imaju pravo, a posebno ranjive i socijalno osjetljive kategorije stanovništva.

Autori ovog priručnika izražavaju posebnu zahvalnost Eldinu Fišekoviću, zaposleniku Fondacije fami, za nesebičan trud i zalaganje koji su doprinjeli nastanku ovog dokumenta, kao i cjelokupnom timu uključenom u implementaciju Projekta jačanje sestrinstva u Bosni i Hercegovini.

Napomena: Procedure obuhvaćene ovim priručnikom uključuju relevantna načela i standarde za eliminaciju svih oblika diskriminacije u njihovoj primjeni, uključujući i rodne standarde, u skladu s važećim pravnim okvirom koji je na snazi u Bosni i Hercegovini. Uporaba samo jednog gramatičkog roda u pisanju teksta procedura podrazumijeva ravnopravnu uporabu za oba spola.

I DIO

PROCEDURE KOJE REGULIRAJU PATRONAŽNE POSJETE

1. Procedura o uvjetima za ostvarivanje prava korisnika na zdravstvenu njegu u kući
2. Procedura povjerljivosti informacija i zaštite osobnih podataka pacijenata
3. Procedura koja definira kriterije za angažiranje socijalnog radnika
4. Procedura postupanja s pacijentom koji odbija patronažnu posjetu ili intervenciju u kući
5. Procedura postupanja patronažne sestre/tehničara u slučaju nepoštivanja dogovorenog termina kućne posjete od strane pacijenta
6. Procedura postupanja patronažne sestre/tehničara u slučaju nasilja ili sumnje na nasilje u obitelji
7. Procedura pružanja patronažnih usluga osobama s mentalnim poremećajima
8. Procedura patronažne posjete oboljelom od maligne bolesti
9. Procedura patronažne posjete oboljelom od tuberkuloze
10. Procedura primjene standardnih mjera osobne zaštite patronažne sestre/tehničara od infekcija

I PROCEDURA O UVJETIMA ZA OSTVARIVANJE PRAVA KORISNIKA NA ZDRAVSTVENU NJEGU U KUĆI

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Svaka osigurana osoba ima pravo na usluge zdravstvene njege u kući u medicinski indiciranim slučajevima. Usluge u kućnim uvjetima provode se radi poboljšanja zdravstvenog stanja korisnika i sprječavanja pogoršanja bolesti.

Ovom procedurom se reguliraju uvjeti za ostvarivanje prava na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Procjena i indikacije

Procjenu i indikacije za pružanje zdravstvenih usluga u kući za osigurane osobe određuje liječnik obiteljske medicine na temelju obavljene posjete i/ili pregleda ili nakon uvida u medicinsku dokumentaciju (otpusno pismo, specijalistički nalaz), iz kojeg se jasno može zaključiti da je potrebna zdravstvena njega ili liječenje u kućnim uvjetima u sljedećim situacijama:

- nepokretnost ili teška pokretljivost (osobe koje za kretanje trebaju pomoć druge osobe ili koriste pomagala za kretanje);
- kronične bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacije bolesti;
- prolaznih ili trajnih zdravstvenih stanja kod kojih nije moguće samozbrinjavanje;
- nakon složenijih operacijskih zahvata koji zahtijevaju previjanje i njegu rane, te njegu stome, i sl;
- kod pacijenta u terminalnoj fazi bolesti.

Neosigurane osobe mogu ostvariti pravo na zdravstvenu njegu u kući prema važećem cjeniku ustanove.

4.2. Nalog za kućnu posjetu

Nakon procjene o potrebi pružanja usluga zdravstvene njege u kući, liječnik piše nalog s nalazom i mišljenjem o potrebnim postupcima, dinamiku (učestalost), te razdoblje koje je potrebno za pružanje usluga, evidentirajući:

- *aktualni problem*, odnosno razlog pružanja usluge u kući (dijagnoza ili opis stanja pacijenta);
- *vrstu usluge* koju patronažna sestra/tehničar treba da obavi.

Za usluge koje zahtijevaju kontinuitet (previjanje, primjena parenteralne terapije i sl.) pored gore navedenog potrebno je evidentirati:

- *učestalost obavljanja posjete* radi pružanja usluge (npr. svakodnevno, svaki drugi dan) maksimalno 5 dana tjedno i samo u iznimnim slučajevima (spinalna mišićna atrofija hemiplegija, paraplegija, tetraplegija, ovisnost o respiratoru) 7 dana tjedno;
- *vremenski interval* (razdoblje od–do navesti datume ili broj dana).

Liječnik obiteljske medicine poziva patronažnu sestru/tehničara i upućuje je u obavljanje postupaka.

4.3. Usluge patronažne sestre/tehničara

Patronažna sestra/tehničar kao nositelj poslova zdravstvene njege u kući obavlja:

- prevenciju komplikacija dugotrajnog ležanja (dekubitus, pneumonija, tromboza, kontrakture),
- aktivno i pasivno razgibavanje;
- pripremu i primjenu peroralne i lokalne terapije (klizma, O2, kapi, masti);
- uzimanje dijagnostičkog materijala;
- toaletu i previjanje rana (ulcus cruris, dekubitus, gangrena, postoperativne rane, opekline, tumorozni infiltrati);
- toaletu stoma (kanila, anus praeter, uro i cisto stoma);
- kateterizaciju mokraćnog mjehura žene;
- kateterizaciju mokraćnog mjehura muškarca uz nazočnost doktora medicine;
- mjerenje i registraciju vitalnih funkcija;
- edukaciju bolesnika i članova njegove obitelji u provođenju mjera zdravstvene njege i rehabilitacije.

Navedeni postupci i organizacija posjeta se provode po usvojenim procedurama.

2 PROCEDURA POVJERLJIVOSTI INFORMACIJA I ZAŠTITE OSOBNIH PODATAKA PACIJENATA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

U ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, svaki građanin ima pravo na povjerljivost informacija koje se odnose na njegovo zdravlje kao i na zaštitu osobnih podataka. Pod osobnim podatcima se podrazumijeva bilo koji podatak na temelju kojeg je moguće identificirati osobu (ime i prezime, matični broj, adresa, broj telefona i dr.).

Ovom procedurom se definira:

- obveza čuvanja osobnih podataka i informacija o pacijentu;
- način korištenja informacija u cilju kvalitetne i kontinuirane zdravstvene zaštite pacijenta;
- način ustupanja informacija radi zaštite javnog zdravlja i općeg interesa.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Tijekom pružanja patronažnih usluga, dužnost patronažne sestre/tehničara je da osobne podatke, kao i informacije o pacijentu, čuva kao službenu i profesionalnu tajnu čak i nakon smrti pacijenta.

Povreda obveze čuvanja profesionalne tajne je zakonski prekršaj.

4.1. Prikupljanje i čuvanje informacija

4.1.1. Patronažna sestra/tehničar je dužna sigurno pohranjivati informacije o pacijentu, koristeći zakonom propisanu medicinsku dokumentaciju (karton zdravstvene njege, protokol bolesnika, nalog za posjetu i dr.).

4.1.2. Informacije se mogu unositi i pohranjivati u papirnatom i elektroničkom obliku.

4.1.3. Sva medicinska dokumentacija koju koristi patronažna sestra/tehničar mora biti sigurna, da bi se otklonila mogućnost pristupa dokumentaciji neovlaštenim osobama (prostorija koja se zaključava nakon radnog vremena).

4.1.4. Podatci koji se unose i pohranjuju u elektroničkom obliku moraju biti zaštićeni individualnim lozinkama za pristup računaru.

4.2. Korištenje i pristup osobnim podatcima i informacijama

4.2.1. Osobnim podatcima pacijenta može raspolagati:

- pacijent;
- roditelj/skrbnik maloljetnog ili radno nesposobnog djeteta;
- druga osoba na temelju pisanog ili drugog jasno i nedvosmisleno izrečenog pristanka pacijenta/roditelja/skrbnika/zakonskog zastupnika, ili u slučajevima predviđenim propisima o kaznenom postupku FBiH, kao i propisima o parničnom postupku.

4.2.2. Informacije o pacijentu osim patronažne sestre/tehničara mogu koristiti i drugi zdravstveni djelatnici i suradnici, isključivo u cilju: liječenja, pružanja kontinuirane zdravstvene njege i zdravstvene i socijalne zaštite. To uključuje potrebu da se informacije proslijede drugoj patronažnoj sestri/tehničaru, liječniku obiteljske/porodične medicine i/ili medicinskom suradniku (psiholog, socijalni radnik) koji također moraju poštivati načelo povjerljivosti i zaštite podataka o pacijentu.

4.2.3. Informacije o pacijentu se mogu ustupati prema Zakonu o pravima, obvezama i odgovornostima pacijenata:

- za istraživačke projekte u interesu javnog zdravstva, a sudionici projekta se moraju pridržavati strogog protokola, kojeg odobrava Etičko povjerenstvo ustanove u kojoj se pacijent liječi;
- za obuku osoblja, učenika i studenata (bez otkrivanja identiteta pacijenta ili uz suglasnost pacijenta/roditelja/skrbnika ili zakonskog zastupnika za nazočnost treće osobe);
- za predavanje ili publiciranje u znanstvenim časopisima bez otkrivanja identiteta.

4.2.4. Prema Zakonu o zaštiti duševnih bolesnika, osobne podatke i informacije o pacijentu patronažna sestra/tehničar može ustupiti bez suglasnosti, ako je to nužno učiniti u općem interesu ili interesu druge osobe, koji je važniji od interesa čuvanja tajne.

Općim interesom ili interesom koji je važniji od interesa čuvanja tajne smatra se:

- otkrivanje saznanja da pacijent priprema počinjenje kaznenog djela;
- suđenje za najteža kaznena djela ako bi ono bilo znatno usporeno ili onemogućeno bez otkrivanja inače zaštićenih podataka;
- zaštita javnog zdravlja i sigurnosti;
- sprječavanje izlaganja druge osobe neposrednoj i ozbiljnoj opasnosti za njezin život ili zdravlje.

4.3. Mjera opreza

Svaku uočenu nepravilnost koja se odnosi na povjerljivost informacija i podataka, potrebno je odmah prijaviti (prijava incidentne situacije) kako bi se izbjegle veće posljedice po pacijenta i spriječilo narušavanje ugleda ustanove u kojoj se pacijent liječi.

3 PROCEDURA KOJA DEFINIRA KRITERIJE ZA ANGAŽIRANJE SOCIJALNOG RADNIKA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

U procjeni stanja i planiranju funkcionalne zdravstvene zaštite treba uzeti u razmatranje tjelesno, psihičko, ekonomsko, socijalno i druga stanja pacijenta, njegove obitelji i zajednice u kojoj se nalazi.

Aktivno sudjelovanje socijalnog radnika kao člana tima u pružanju zdravstvene zaštite značajno doprinosi poboljšanju socijalne situacije, odnosno stvaranju povoljnijih uvjeta koji izravno i/ili neizravno utječu na zdravstveno stanje pacijenata.

Cilj procedure je definirati stanja koja patronažna sestra/tehničar treba da identificira kod pacijenta, u obitelji, zajednici, a koja mogu i trebaju biti razlog, odnosno kriterij za angažiranje socijalnog radnika.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Socijalni radnik radi s pojedincem, obitelji, grupom, lokalnom zajednicom i surađuje sa zavodima zdravstvenog i mirovinskog osiguranja, centrom za socijalni rad, općinskim organom uprave, i drugim službama i društvenim institucijama, odnosno spona je suradnje pojedinaca i svih relevantnih ustanova i institucija.

U okviru patronažne posjete, patronažna sestra/tehničar je u obvezi uzeti socijalnu anamnezu koristeći Obrazac PAT 1 strana 2. Na temelju procjene socijalnog statusa, patronažna sestra/tehničar daje preporuku za uključivanje socijalnog radnika.

4.1. Kriteriji za uključivanje socijalnog radnika od strane patronažne sestre/tehničara:

- pacijent bez materijalnih primanja;
- višečlane obitelji lošeg materijalnog stanja;
- pacijent s težim oboljenjem bez materijalnih primanja, i/ili koji živi sam;
- loši higijenski uvjeti života;
- neregulirano zdravstveno osiguranje, ostvarivanje prava iz socijalne zaštite, mirovinskog i invalidskog osiguranja, nasilje u obitelji;
- osobe s poteškoćama u psihičkom i tjelesnom razvoju, osobe oboljele od težih duševnih oboljenja, bivši i aktivni ovisnici o psihoaktivnim tvarima, alkoholu i drugim toksikomanijama;
- narušeni socijalni odnosi između pacijenta, obitelji, njegovatelja i zajednice;
- vaspitna ili odgojna zapuštenost djeteta.

4.2. Evidencija

Patronažna sestra/tehničar koristi sljedeću dokumentaciju u patronažnoj posjeti:

- nalog za posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege;
- Obrazac preporuka centru za socijalni rad (popuniti u tri primjerka – socijalni radnik, dokumentacija patronažne službe i medicinska dokumentacija pacijenta). Prilog proceduri.

KANTON _____
OPĆINA _____
ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
SLUŽBA _____

Broj patronažnog kartona: _____
Broj kartona: _____
Datum otvaranja: I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

PREPORUKA CENTRU ZA SOCIJALNI RAD

Mjesto _____

Upućuje se: _____
Ime (ime oca) i prezime

Matični broj I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I **Spol:** 1-Muško I__I
2-Žensko I__I

Mjesto boravka / adresa _____
Adresa i kontakt telefon _____
Školska sprema 1-VSS I__I 2-VŠS I__I 3-SSS I__I 4-NSS I__I

Zanimanje _____
Zaposlenje
1-DA I__I navesti _____
2-NE I__I
Bračno stanje I__I__I **Broj članova porodice sa kojima živi:** I__I__I

Broj djece I__I__I **Godine rođenja** _____
_____
_____

SOCIJALNI STATUS PORODICE

Broj djece koja pohađaju					
obdanište	**osnovnu školu**	**srednju školu**	**višu školu**	**fakultet**	**ništa od navedenog**

Broj djece		Broj ostalih članova porodice	
zaposlenih	**nezaposlenih**	**zaposlenih**	**nezaposlenih**

Stambene prilike
1-stan/kuća I__I 3-smještaj u ustanovi I__I
2-podstanar I__I 4-beskućnik I__I

Razlog upućivanja (kratak opis problema)

_____
_____

Napomena: u koliko se upućuje dijete navesti ime roditelja ili staratelja

Datum posjete:
I__I__I I__I__I I__I__I__I__I MP. _____
Potpis patronažne sestre/tehničara

KRITERIJ ZA ANGAŽIRANJE SOCIJALNOG RADNIKA

Prikupiti podatke o fizičkom, psihičkom, zdravstvenom i funkcionalnom stanju, ekonomskim, socijalnim i drugim uvjetima života pacijenta, njegove obitelji i zajednice – SOCIJALNA ANAMNEZA.

Procijeniti socijalni status pacijenta.

Identificirati stanja kod pacijenta, u obitelji, zajednici koja su INDIKACIJE ZA ANGAŽIRANJE SOCIJALNOG RADNIKA – procijeniti potrebu za angažiranje socijalnog radnika.

- pacijent bez materijalnih primanja,
- višečlane obitelji lošeg materijalnog stanja,
- pacijent s težim oboljenjem bez materijalnih primanja, i/ili koji žive sami,
- loši higijenski uvjeti života,
- neregulirano zdravstveno osiguranje, mirovinsko i invalidsko osiguranje, socijalna zaštita,
- nasilje u obitelji,
- osobe s poteškoćama u psihičkom i fizičkom razvoju,
- osobe oboljele od težih duševnih oboljenja,
- bivši i aktivni ovisnici o psihoaktivnim tvarima, alkoholu i drugim toksikomanijama,
- narušeni socijalni odnosi između pacijenta, obitelji, njegovatelja i zajednice,
- vaspitna ili odgojna zapuštenost djeteta.

Evidentirati planirane i provedene aktivnosti.

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 patronažnu posjetu.

4 PROCEDURA POSTUPANJA S PACIJENTOM KOJI ODBIJA PATRONAŽNU POSJETU ILI INTERVENCIJU U KUĆI

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Ova procedura se donosi sukladno čl. 19. stavak 5, a u svezi s čl. 80. Zakona o pravima, obvezama i odgovornostima pacijenata („Službene novine FBiH", br. 40/10).

Poštivanjem zakonskih normi, svakom pacijentu se garantira pravo na samoodlučivanje i informirani pristanak, uključujući i zaštitu prava pacijenta koji nije sposoban dati pristanak.

Cilj ove procedure je definirati postupke patronažne sestre/tehničara u situacijama kad pacijent odbija patronažnu posjetu ili određenu sestrinsku intervenciju u cilju etičke i zakonske sigurnosti patronažne sestre/tehničara.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Pravo na odbijanje posjete i/ili intervencije

- Pacijent ima pravo da predloženu posjetu i/ili intervenciju odbije, sukladno propisima o pravima, obvezama i odgovornostima pacijenata,
- Najčešći razlozi odbijanja su različiti, od straha pacijenta zbog neizvjesnosti, boli, ishoda intervencije, nepovjerenja u patronažnu sestru/tehničara ili nepovjerenja u rezultat intervencije, do "vjerskih" i drugih uvjerenja.

4.2. Postupak u slučaju odbijanja posjete i/ili intervencije

- Objasniti pacijentu svrhu i dobrobiti patronažne posjete i/ili intervencije, postupak izvođenja, ali i razvoja mogućih nepovoljnih događaja ako se predložena intervencija ne uradi, poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja,
- Ne vršiti izravan pritisak na pacijenta ili zloupotrijebiti svoj utjecaj da bi se tretman uradio. Ako i nakon odrađenih svih nabrojanih postupaka pacijent i dalje odbija posjetu i/ili određenu intervenciju, patronažna sestra/tehničar obavještava pacijenta da će se o odbijanju morati izjasniti pismeno odnosno potpisati – Obrazac izjave o odbijanju posjete.

4.3. Primjena Obrasca izjave o odbijanju posjete

- Obrazac izjave o odbijanju posjete ili predložene intervencije pacijent/roditelj/zakonski skrbnik potpisuje nakon što je dobio dovoljno obuhvatnu, točnu i pravodobnu informaciju

sukladno propisima o pravima, obvezama i odgovornostima pacijenata i o mogućim posljedicama ako odbije posjetu i/ili intervenciju.

4.4. Postupak u slučaju odbijanja pacijenta da potpiše Obrazac izjave o odbijanju

- Ako pacijent/roditelj/zakonski skrbnik odbija da potpiše Obrazac, patronažna sestra/tehničar je dužna ispuniti Obrazac i obavijestiti nadležnog liječnika koji je dao nalog za posjetu/predloženu intervenciju,
- O daljnjem postupku liječenja i njege pacijenta odlučuje nadležni liječnik.

4.5. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi:

- nalog za posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege;
- potpisan Obrazac *Izjava o odbijanju posjete patronažne sestre/tehničara* se ulaže u medicinsku dokumentaciju pacijenta. Prilog proceduri.

Po povratku u ustanovu, patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- u protokol pacijenta unijeti zabilješku o odbijanju posjete ili intervencije s navedenim razlogom odbijanja;
- prijaviti mogući nepovoljni događaj (incidentnu situaciju);
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila posjetu.

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

IZJAVA O ODBIJANJU POSJETE PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA

Potpisani (a): _____

Mjesto prebivališta: _____

Datum rođenja: I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

1. Izjavljujem da se **NE SLAŽEM** da patronažna medicinska sestra izvede intervenciju zdravstvene njege koju je liječnik/ljekar opredijelio na radnom nalogu i/ili u otpusnom listu.

Naručilac radnog naloga: _____

Naručena intervencija: _____

2. Želim da me patronažna medicinska sestra više ne obilazi da bi izvela intervenciju koja je navedena u radnom nalogu do sljedećeg izdanog radnog naloga od strane zdravstvene službe.

I__I Potvrđujem da mi je patronažna medicinska sestra dala objašnjenje o naručenoj intervenciji i o načinu izvedbe, te o očekivanoj koristi od zdravstvene njege.

I__I Razumijem da odbijanje propisane intervencije zdravstvene njege za mene može imati i posljedice po moje zdravlje i stanje.

I__I Razumijem primljena usmena uputstva.

I__I Razumijem značaj i posljedice odbijanja.

I__I Odbijam intervenciju u slobodnjoj volji.

Mjesto i datum: _____ I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Potpis pacijenta (ice): _____

Potpis druge osobe: _____

(roditelja/ skrbnika/rodbine/zakonitih zastupnika za osobe/lica koja nisu sposobna odlučivati sama o sebi).

Potpis patronažne medicinske sestre: _____

5 PROCEDURA POSTUPANJA PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA U SLUČAJU NEPOŠTIVANJA DOGOVORENOG TERMINA KUĆNE POSJETE OD STRANE PACIJENTA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Zakon o pravima, obvezama i odgovornostima pacijenata („Službene novine Federacije BiH", br. 40/10) definirao je odgovornost pacijenata prema zdravstvenim djelatnicima u svrhu partnerskog uzajamnog povjerenja i poštivanja na svim razinama zdravstvene zaštite.

Cilj ove procedure je definiranje postupaka patronažne sestre/tehničara u situacijama kada pacijent ne poštuje prethodno dogovoreni termin kućne posjete.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Na temelju naloga liječnika, patronažna sestra/tehničar dogovara termin kućne posjete, telefonskim putem ili osobnim kontaktom s pacijentom ili članom obitelji/zakonskim skrbnikom/njegovateljem i ukazuje na važnost poštivanja, i u slučaju potrebe pravodobnog otkazivanja dogovorenog termina kućne posjete.

4.1. Postupak u slučaju nepoštivanja dogovorenog termina

Patronažna sestra/tehničar postupa na sljedeći način:

- izvješćuje nadležnog liječnika da pacijent nije zatečen na kućnoj adresi;
- evidentira nepoštivanje dogovorenog termina u Obrazac „Izjava patronažne sestre/tehničara o nepoštivanju dogovorenog termina kućne posjete od strane pacijenta", u tri primjerka (prilog 1);
- jedan ispunjeni obrazac ostavlja za pacijenta (poštanski sandučić i dr.), drugi ulaže u zdravstveni karton pacijenta, a treći zadržava u dokumentaciji patronažne službe;
- ako pacijent ne kontaktira nadležnu ambulantu (24 sata), patronažna sestra/tehničar zove pacijenta i obavještava ga o mjestu ostavljenog obrasca i daje ostale informacije;
- iz razgovora doznaje razlog nepoštivanja dogovorenog termina;
- upozorava na moguće posljedice koje mogu nastupiti zbog izostanka pravodobno pružene usluge;
- upoznaje pacijenta da nepoštivanje termina dovodi do poremećaja pružanja usluga ostalim pacijentima;
- dogovara ponovni termin kućne posjete;
- ukoliko pacijent, iz bilo kojeg razloga odbija uslugu patronažne sestre/tehničara, postupiti po *Proceduri postupanja s pacijentom koji odbija kućnu posjetu ili tretman u kućnoj posjeti*.

4.2. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi:

- nalog za posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege;

– Obrazac izjave patronažne sestre/tehničara o nepoštivanju dogovorenog termina kućne posjete od strane pacijenta.

Po povratku u ustanovu patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

– podatke o pacijentu;
– datum i vrijeme dogovorenog termina;
– u Napomenu navesti da usluga nije pružena uz obrazloženje.

6 PROCEDURA POSTUPANJA PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA U SLUČAJU NASILJA ILI SUMNJE NA NASILJE U OBITELJI

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Nasilje u obitelji postoji ukoliko postoje osnove sumnje da su učinjene radnje kojima član obitelji nanosi tjelesnu, psihičku ili seksualnu bol ili patnju, i/ili ekonomsku štetu kao i prijetnje koje izazivaju strah od fizičkog, psihičkog ili seksualnog nasilja, i/ili ekonomske štete kod drugog člana obitelji.

Oblici nasilja u obitelji su fizičko, psihičko, ekonomsko, seksualno nasilje i zanemarivanje (nebriga) djece i starih i iznemoglih osoba u obitelji. Često se istodobno susreće više oblika nasilja u obitelji.

Cilj procedure je dati smjernice patronažnoj sestri/tehničaru da prepozna i ispravno postupi u slučaju postojanja nasilja ili sumnje na nasilje u obitelji.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Nasilje u obitelji može biti prouzročeno od strane jednog ili više članova obitelji, nad bilo kojim članom obitelji, a najčešće se manifestira kao nasilje nad osobama u partnerskim odnosima, nasilje nad djecom i nasilje nad starim osobama u obitelji.

4.1. Prepoznavanje nasilja u obitelji

Žrtve nasilja u obitelji često skrivaju, negiraju ili nerado govore o nasilju zbog različitih razloga:

– strah od nerazumijevanja, pogoršanja stupnja nasilja ako se netko uključi, da će djeca biti uključena u ciklus nasilja, da će policija ili sudski organi biti uvučeni u problem;
– stid i nelagoda;
– nedostatak povjerenja da je problem moguće riješiti.

Patronažna sestra/tehničar može posumnjati da se radi o mogućem nasilju u obitelji na temelju vidljivih ozljeda, tegoba koje žrtva navodi, ponašanja, postupaka i priznanja žrtve nasilja i/ili počinitelja nasilja.

4.2. Najčešći znaci, ponašanja i simptomi koji mogu ukazivati na nasilje u obitelji

– Lokalizacija ozljeda na glavi, licu, vratu, prsnom košu, abdomenu i anogenitalnoj regiji.
– Modrice, opekline, ožiljci, kontuzije, laceracije u različitim fazama zacjeljenja, traumatska alopecija, loša higijena, pothranjenost i dehidracija (djeca i osobe ovisne o tuđoj njezi i pomoći).
– Žrtva sakriva ozljede. Tijekom razgovora nasilna osoba je dominantna i govori u ime žrtve.

I svi ostali pokazatelji koji mogu navesti patronažnu sestru/tehničara na sumnju nasilja u obitelji.

4.3. Postupci patronažne sestre/tehničara ukoliko posumnja na moguće nasilje u obitelji

- Kroz razgovor s članovima obitelji ili njegovateljem, dobiti informacije koje mogu potvrditi ili opovrgnuti sumnju na postojanje nasilja.
- Upoznati žrtvu s kontaktima za traženje pomoći (policija 122, hitna pomoć 124, SOS telefon za žrtve nasilja 1265 za FBiH i 1264 za RS, i preporučiti obraćanje nadležnom centru za socijalni rad i obiteljskom savjetovalištu).
- Sva zapažanja, saznanja i navode potencijalne žrtve uredno dokumentirati i prijaviti nadležnom liječniku.

U slučaju uočavanja teških tjelesnih ozljeda, uporabe vatrenog oružja i seksualnog kriminaliteta, ili nazočnosti nasilnoj situaciji, patronažna sestra/tehničar je obvezna obavijestiti službu hitne medicinske pomoći i nadležnu policijsku stanicu.

4.4. Mjere opreza i preporuke

- Ne suprotstavljati se nasilnoj osobi kako se ne bi ugrozila vlastita sigurnost i sigurnost žrtve.
- Ne interpretirati izjave, ne mijenjati, ne tumačiti.
- Imati u vidu da su žrtve ponekad sklone mijenjanju izjava ili svjesno izostavljaju neugodne potankosti incidenta.
- Oprez – odgovor „NE“ ne mora uvijek značiti NE.
- Evidentirati sve ozljede i izjave doslovno kako su izrečene.
- Pročitati žrtvi šta je zapisano i zatražiti potpis.
- Sačuvati dokumentirano.

4.5. Evidencija

Patronažna sestra/tehničar koristi sljedeću dokumentaciju:

- nalog za posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege.

Po povratku u ustanovu patronažna sestra/tehničar informira nadležnog liječnika o stanju pacijenta/ice, zapažanjima, saznanjima i danim preporukama. Sve evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- osobne podatke o pacijentu/ici;
- datum i vrijeme patronažne posjete;
- stanje pacijenta, izjave pacijenta vezane za nasilje, provedene postupke i dane preporuke,
- raspoložive podatke o nasilnoj osobi;
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila patronažnu posjetu.

7 PROCEDURA PRUŽANJA PATRONAŽNIH USLUGA OSOBAMA S MENTALNIM POREMEĆAJIMA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Posjete i usluge osobama s mentalnim oboljenjima, patronažna sestra/tehničar dužna je obavljati i pružati sukladno stručnim, moralnim i etičkim načelima uz poštivanje odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti (“Službene novine Federacije BiH”, broj 46/10 i 75/13), Zakona o pravima, obvezama i

odgovornostima pacijenata ("Službene novine Federacije BiH", broj 40/10) i Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama ("Službene novine Federacije BiH", broj 37/01, 40/02, 52/11 i 14/13).

U slučaju da se radi o maloljetnom pacijentu ili o pacijentu kojem je oduzeta poslovna sposobnost, za ponašanje pacijenta u skladu s danim savjetima i preporukama, odgovoran je roditelj/skrbnik, odnosno zakonski zastupnik.

Najčešći poremećaji mentalnog zdravlja su: depresija, anksioznost, posttraumatski stresni poremećaj, shizofrenija, zlouporaba alkohola, zlouporaba psihoaktivnih tvari i tugovanje/žalovanje.

Svrha ove procedure je pravilno i sigurno postupanje patronažne sestre/tehničara u situacijama kada pruža zdravstvene usluge osobi s mentalnim poremećajem/ima, koja istodobno ima i određeni zdravstveni problem zbog kojeg je upriličena patronažna posjeta.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Pružajući usluge osobama s mentalnim poremećajima, patronažna sestra/tehničar treba postupati kao kod pružanja zdravstvenih usluga osobama koje nemaju mentalni poremećaj. Diskriminacija po bilo kojoj osnovi, a osobito na temelju oboljenja, nije dozvoljena.

4.1. Priprema za patronažnu posjetu

Patronažna sestra/tehničar posjetu obavlja po nalogu liječnika obiteljske medicine.

U cilju pripreme posjete, potrebno je:

- informirati se o vrsti mentalnog poremećaja iz medicinske dokumentacije i nadležnog CMZ/TOM ukoliko je potrebno, kao i rizičnim čimbenicima za sigurnost patronažne medicinske sestre (samac, psihotičan pacijent, pogoršanje mentalnog stanja, ovisnosti, više članova obitelji su duševni bolesnici, nasilje, ranije evidentirana agresivnost, itd), te ukoliko je potrebno organizirati zajedničku patronažnu posjetu;
- kontaktirati telefonom pacijenta ili člana obitelji radi planiranja termina posjete i dobivanja potrebnih informacija o zdravstvenom stanju pacijenta, koje su važne za samu pripremu i planiranje posjete;
- pripremiti (ažurirati) sadržaj torbe za patronažnu posjetu.

4.2. Postupci patronažne sestre/tehničara u kući

- Predstaviti se.
- Objasniti razlog svog dolaska.
- Zamoliti pacijenta za suradnju kako bi obavili planirane intervencije.
- Uspostaviti odnos povjerenja i poštivanja, poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.
- Prilagoditi komunikaciju trenutnom mentalnom stanju pacijenta (sumnjičav, uplašen, agresivan i sl.).
- Pažljivo slušati pacijenta i regulirati tijek razgovora.
- Kroz razgovor s pacijentom procijeniti bolesnikovo znanje o bolesti, uzimanju terapije, preporučenom načinu života vezano za njegovu kroničnu bolest.
- Obaviti planiranu intervenciju.

4.3. Najčešći problemi s kojima se patronažna sestra/tehničar može susresti u patronažnoj posjeti zbog kojih ne može provesti intervenciju

- Odbijanje suradnje;
- uplašen pacijent (strah od intervencije ili strah kao sastavni dio psihičke bolesti);
- narušena komunikacija;
- visok rizik za nasilje usmjeren prema sebi i prema drugim osobama;
- socijalna izolacija oboljelog;
- narušeni obiteljski odnosi koji onemogućavaju izvođenje intervencije.

Ako patronažna sestra/tehničar nije u mogućnosti provesti intervenciju, obvezna je obavijestiti liječnika obiteljske medicine, koji odlučuje o daljnjem postupku.

4.4. Evidencija

Od dokumentacije patronažna sestra/tehničar koristi Karton polivalentne patronažne njege u koji evidentira aktivnosti koje je obavila. Po povratku u ustanovu evidentira u postojeću dokumentaciju:

- opće podatke o pacijentu:
- datum i vrijeme patronažne posjete;
- provedene aktivnosti;
- osobna zapažanja vezano za promjene zdravstvenog stanja;
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila posjetu.

4.5. Preporuke i mjere opreza

- Kada postoji neposredna opasnost da će osoba s mentalnim smetnjama svojim ponašanjem ugroziti zdravlje ili život sebi ili nekoj drugoj osobi, oštetiti svoju ili tuđu imovinu, potrebno je kontaktirati policiju i hitnu medicinsku pomoć.
- Teža mentalna stanja i poremećaji mogu biti povezani s nepredvidivošću i mogućom opasnošću za pacijenta i okolinu.
- Ne zanemariti osobnu sigurnost.
- Poštivati osjećaj prisutne opasnosti.
- Ako pacijent ispoljava agresiju, nikada ne prilaziti suviše blizu, izbjegavati izravan duži pogled u oči i ukloniti potencijalno opasne predmete iz neposredne okoline.
- Ne dodirivati pacijenta bez njegovog dopuštenja.
- Tijekom pružanja usluga zatražiti nazočnost člana obitelji ili neke druge osobe bliske pacijentu kad god je to moguće i ukoliko je pacijent suglasan (da se ne ugrožava njegova privatnost).

8 PROCEDURA PATRONAŽNE POSJETE OBOLJELOM OD MALIGNE BOLESTI

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Pacijentu oboljelom od maligne bolesti patronažna sestra/tehničar pruža pomoć u zadovoljavanju osnovnih ljudskih i životnih potreba u cilju očuvanja i unapređenja postojećeg zdravlja, sprječavanja daljnjeg gubitka, ali i poboljšanja zdravlja.

Postojanje maligne bolesti kod oboljelih izaziva šok, nevjericu, strah (od boli, patnje, moguće smrti). Najčešće je prisutna ljutnja i žalost zbog prekida uobičajenog načina života i poremećaja životnih planova.

U skrbi za bolesnike patronažna sestra/tehničar treba uspostaviti specifičan odnos koji će joj omogućiti da sazna bolesnikove stvarne probleme i brige, da pruži potrebne informacije i primijeni intervencije usmjerene rješavanju ili ublažavanju problema. Od velike je važnosti pružiti potporu bolesniku, ali i obitelji jer je obitelj važan čimbenik i karika u njegovom prilagođavanju na malignu bolest.

Cilj procedure je definiranje postupaka patronažne sestre/tehničara prilikom prve i ponovnih posjeta oboljelom od maligne bolesti.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Priprema patronažne sestre/tehničara za odlazak u prvu kućnu posjetu

- Prije odlaska u kućnu posjetu informirati se o pacijentu uvidom u medicinsku dokumentaciju.
- Podatke iz medicinske dokumentacije evidentirati u Karton zdravstvene njege oboljelog od maligne bolesti (Obrazac PAT 8).
- Ukoliko je moguće, kroz razgovor s nadležnim liječnikom i/ili obitelji pacijenta, saznati potankosti o stanju i upućenosti pacijenta u svoju bolest.
- Planirati i odvojiti dovoljno vremena za kućnu posjetu oboljelom.
- Najaviti se (dogovoriti termin i vrijeme dolaska u kućnu posjetu).

4.2. Postupanje pri prvoj kućnoj posjeti

- Predstaviti se pri dolasku i pojasniti razlog posjete.
- Razgovor započeti nekom laganom temom koja nije vezana za pacijentovu bolest.
- Pokazati dovoljno empatije da pacijent stekne dojam da razumijemo probleme koje nosi njegova bolest.
- Komunikaciju prilagoditi tako da pacijent aktivno sudjeluje u razgovoru o njegovoj bolesti, poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.
- Provjeriti je li pacijent razumije pitanja, savjete ili informacije koje mu iznosimo (važno za starije pacijente ili pacijente smanjene intelektualne sposobnosti).
- Ukoliko stanje pacijenta dozvoljava, u prateći Karton zdravstvene njege oboljelog od maligne bolesti upisati datum prve posjete, utvrđene činjenice i mjerenja pri prvom pregledu koja podrazumijevaju:
- mjerenje tjelesne težine, visine i BMI;
- izmjerene vrijednosti krvnog tlaka i šećera u krvi;
- anamnestički podatak o nazočnosti boli, njenoj lokalizaciji te uporabom ljestvice boli odrediti intenzitet boli;
- nazočnost stome i njenu lokalizaciju;
- nazočnost inkontinencije i vrstu;
- nazočnost dekubitusa i lokalizaciju;
- procjenu pokretljivosti;
- procjenu potreba za pomoć druge osobe i navesti za što (odlazak u toalet, kupanje, oblačenje);
- ostala zapažanja patronažne sestre/tehničara (uvjeti života, pridružene bolesti);

- vrstu savjetovanja koja smo dali pacijentu/članu obitelji (njega kože i sluznica, njega stome, prevencija limfedema);
- podatke o rizičnom ponašanju (uporaba duhana, alkohola, psihoaktivnih tvari);
- vrstu intervencija patronažne sestre/tehničara pri prvoj posjeti;
- vrstu terapije boli ukoliko je propisana, te navesti ime i dozu lijeka;
- upisati u karton pod čijom liječničkom kontrolom se nalazi pacijent.

4.3. Postupanje pri ponovnim posjetama

- Upisati datum svake naredne posjete.
- Izvršiti procjenu stanja i identificirati nove poteškoće/probleme.
- Provesti planirane aktivnosti u cilju otklanjanja/smanjenja poteškoća.
- Upisati u karton stanje pacijenta pri ponovnoj posjeti (poboljšanje, pogoršanje).
- Upisati u karton provedene aktivnosti.
- Provjeriti je li pacijent obavlja redovite liječničke kontrole.
- Upisati u karton ukoliko je pacijent bio smješten u neku od ustanova koje pružaju njegu ovakvim bolesnicima, navesti u kojoj i datum smještanja.
- Dobiti informaciju od pacijenta je li član neke udruge oboljelih, ukoliko nije dati informacije o dostupnim udrugama.

4.4. Mjere opreza

- Nikad ne govoriti “znam kako se osjećate”.
- Dati informacije na razumljiv način ne upuštajući se u procjenu, tijek i prognozu bolesti.
- Ne koristiti medicinsku terminologiju koju pacijent ne razumije.
- Obratiti pažnju na promjene i probleme koje nosi maligna bolest, ali i nuspojave izazvane terapijom.
- Za sve uočene promjene koje mogu ugroziti život pacijenta odmah obavijestiti nadležnog liječnika.
- U slučaju agresije pacijenta ili člana obitelji ostati smiren i profesionalan.

4.5. Evidencija

Patronažna sestra/tehničar koristi sljedeću dokumentaciju u patronažnoj posjeti:

- nalog za kućnu posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege;
- Karton zdravstvene njege oboljelih od maligne bolesti.

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 i intervencije;
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila patronažnu posjetu.

9 PROCEDURA PATRONAŽNE POSJETE OBOLJELOM OD TUBERKULOZE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Tuberkuloza (TBC) je specifična upala, najčešće lokalizirana na plućima. Udisanjem uzročnik tuberkuloze dospijeva do pluća gdje se razmnožava, a iz pluća može dospjeti u bilo koji organ u tijelu. Njega oboljelog od tuberkuloze je vrlo zahtjevan posao patronažne sestre/tehničara, jer se susreće sa složenim intervencijama.

Cilj procedure je dati smjernice patronažnoj sestri/tehničaru o postupanju i savjetovanju oboljelog od TBC–a, prilikom kućnih posjeta.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Prva patronažna posjeta nakon otpusta iz bolnice

Patronažna sestra/tehničar obavlja prvu posjetu oboljelom od TBC–a na temelju naloga liječnika.

4.1.1. Priprema patronažne sestre/tehničara za odlazak u prvu kućnu posjetu

- Prije odlaska u kućnu posjetu informirati se o pacijentu:
- uvidom u medicinsku dokumentaciju;
- razgovorom s nadležnim liječnikom;
- razgovorom s obitelji pacijenta.
- Podatke iz medicinske dokumentacije evidentirati u Karton zdravstvene njege oboljelog od tuberkuloze (Obrazac PAT 11).
- Planirati i odvojiti dovoljno vremena za kućnu posjetu oboljelom.
- Nazvati i dogovoriti termin i vrijeme dolaska u kućnu posjetu.
- Sa sobom ponijeti sredstva za osobnu zaštitu od infekcije (masku, rukavice, mantil za jednokratnu uporabu, kaljače).

4.1.2. Aktivnosti patronažne sestre/tehničara u prvoj posjeti

Aktivnosti patronažne sestre/tehničara prilikom prve posjete nakon otpusta pacijenta iz bolnice uključuju procjenu stanja pacijenta, procjenu okruženja, planiranje i provođenje zdravstvene njege.

- procjenu uraditi na temelju promatranja pacijenta, sestrinske anamneze i podataka iz medicinske dokumentacije;
- plan sestrinske njege uraditi nakon izvršene procjene uključujući opće ciljeve koji se ostvaruju kroz najvažniju i vrlo kompleksnu sestrinsku intervenciju savjetovanja (savjetovanje o redovitom uzimanju terapije pacijenta, načinu prehrane, štetnost rizičnog ponašanja pacijenta (tablica 1), te savjetovanja pacijenta i članova kućanstva o mjerama sprječavanja širenja infekcije, (tablica 2), poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja).

Tablica 1. Plan sestrinske njege

Plan sestrinske njege	**Savjetovanje o:**
Terapija	važnosti redovitog uzimanja propisane terapije i terapijskog režima.
Prehrana	unosu hrane i tekućine obogaćene: **vitaminima i mineralima** – svježe ili umjereno termički obrađeno voće i povrće; **bjelančevinama** – meso, riba, jaja, mlijeko i mliječni proizvodi; **mastima** – biljna i životinjska, uzimanju češćih visokokaloričnih obroka tijekom dana (5–6 obroka), uz redukciju soli i ugljikohidrata; važnosti kontrole tjelesne težine.
Izolacija bolesnika u kući i načini sprječavanja širenja infekcije	važnosti izolacije bolesnika prema preporuci liječnika; reduciranju posjeta; korištenju zaštitne maske; dezinfekciji prostorija; redovitom pranju ruku; čestom prozračivanju prostorija; postupanju s ispljuvkom (korištenje pljuvačnica i jednokratnih maramica prilikom kašljanja i kihanja); čišćenju i dezinfekciji predmeta koji dolaze u kontakt s iskašljajem, posteljine, osobnog rublja i kreveta, pribora za jelo i pljuvačnice (tablica 2)..
Čimbenici rizika	prestanku pušenja (poboljšanje lokalne imunosti u dišnom sustavu); prestanku konzumacije alkohola (supresija imunog sustava, sklonost infekcijama); izbjegavanju tjelesne aktivnosti, izbjegavanju kontakta s osobama oboljelim od zaraznih bolesti; izbjegavanju stresa.
Socijalni status	zadovoljavanju uvjeta za kućno liječenje; mogućnosti pomoći ukućana kao i angažiranje drugih djelatnosti, kako bi se zadovoljili kriteriji za liječenje u kući.

Tablica 2. Preporuke za sprječavanje širenja infekcije

ŠTA?	**KADA?**	**KAKO?**	**ČIME?**
Posteljno rublje	Presvlačiti: jastučnice jedanput na dan, ostalo rublje jedanput tjedno	Otkuhavati Sušiti (po mogućnosti na suncu) Obavezno glačati	Uobičajeni deterdžent za otkuhavanje rublja
Madraci, pokrivači, jastuci	Jedanput mjesečno	Pranje i izlaganje suncu u trajanju od 6 sati (po mogućnosti)	Uobičajeni deterdžent za otkuhavanje rublja

ŠTA?	KADA?	KAKO?	ČIME?
Pljuvačnice	Svakodnevno	Prazniti, oprati i potopiti 4 sata u dezinficijens	Deterdžent i dezinfekcijsko sredstvo na bazi klora
Pribor za jelo	Nakon obroka	Odvojeno mehanički prati/potopiti/isprati	Deterdžent + topla voda + dezinfekcijsko sredstvo na bazi klora
Telefon	Nakon uporabe	Obrisati	Dezinfekcijsko sredstvo na bazi klora
Sanitarni čvor	Svakodnevno	Mehanički oprati	Dezinfekcijsko sredstvo na bazi klora

U dokumentaciju evidentirati sve aktivnosti provedene tijekom posjete kao i procjenu potreba pacijenta i moguće probleme.

4.2. Ponovna posjeta oboljelom od TBC–a

Ponovnu posjetu obaviti na temelju procjene potreba pacijenta, i identifikacije mogućeg problema nakon prve posjete i/ili u dogovoru s liječnikom i obitelji.

Tijekom posjete uraditi:

- nadzor nad uzimanjem terapije;
- pitati za redovite kontrole;
- kroz razgovor evaluirati stečeno znanje i ponašanje pacijenta, te ako je potrebno ponoviti savjetovanja;
- evidentirati provedene aktivnosti (intervencije, savjetovanja).

4.3. Mjere opreza

- Pridržavati se mjera zaštite na radu, koristeći zaštitna sredstva.
- Upotrijebljena osobna zaštitna sredstva tretirati kao infektivni otpad.
- Patronažne sestre za vrijeme trudnoće ne smiju biti u kontaktu s oboljelim.
- Posjetu pacijentu oboljelom od TBC–a obaviti na kraju radnog dana.

4.4. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi:

- nalog za posjetu;
- Obrazac PAT11 – „Karton zdravstvene njege oboljelog od tuberkuloze“;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege.

Po povratku u ustanovu, patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- datum i vrijeme posjete;
- provedene postupke;
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila posjetu.

10 PROCEDURA PRIMJENE STANDARDNIH MJERA OSOBNE ZAŠTITE PATRONAŽNE SESTRE/ TEHNIČARA OD INFEKCIJA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Pružajući zdravstvene usluge, patronažna sestra/tehničar svakodnevno se suočava s različitim opasnostima po vlastito zdravlje i sigurnost. Profesionalne opasnosti u patronažnoj posjeti pored bioloških, uključuju i fizičke, mehaničke (ergonomske) i psihološke čimbenike.

Sigurnost i zaštita zdravlja patronažne sestre/tehničara regulirana je aktima vezanim za sigurnost radnog mjesta (EU Direktiva 89/391/EEC, Zakon o zaštiti na radu, interni akti zdravstvenih ustanova).

Dužnost patronažne sestre/tehničara je, brinuti se za vlastitu sigurnost na radu, uključujući poštivanje mjera predekspozicijske i postekspozicijske zaštite.

Predekspozicijske mjere vrše se prije izloženosti infektivnom materijalu. Podrazumijevaju specifične mjere zaštite (cijepljenje) i opće ili standardne mjere zaštite.

Cilj procedure je primjena standardnih mjera osobne zaštite patronažne sestre/tehničara od infekcija.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Standardne mjere imaju za cilj smanjenje rizika od prijenosa krvnih i drugih patogena iz poznatih i neprepoznatih izvora. Mjere podrazumijevaju:

- pranje i dezinfekciju ruku,
- pravilnu uporabu zaštitne odjeće i obuće,
- pravilnu uporabu sredstava za osobnu zaštitu,
- pravilno rukovanje biološkim materijalima,
- propisno odlaganje infektivnog otpada.

4.1. Pranje i dezinfekcija ruku

Pranje ruku je najvažnija i najučinkovitija metoda prevencije prijenosa mikroorganizama. U ovisnosti od potreba patronažna sestra/tehničar pere ruke na dva načina:

- obično (higijensko) pranje ruku,
- higijenska dezinfekcija ili antisepsa ruku.

Postupati prema *Proceduri pranja i dezinfekcije ruku* (Priručnik I dio).

4.2. Uporaba sredstava osobne zaštite

U sredstva osobne zaštite koja patronažna sestra/tehničar koristi spadaju: zaštitna maska, zaštitne naočale, rukavice, kaljače i radno odijelo.

4.2.1. Zaštitna maska

- Koristi se za jednokratnu uporabu.
- Sprječava prijenos mikroorganizama izdahnutim zrakom i kapljicama pljuvačke.
- Pokriva usta i nos.
- Mijenja se u slučaju kihanja, kašljanja ili ako je mokra.
- Nakon uporabe odlaže se u posudu za infektivni otpad.

4.2.2. Zaštitne naočale

Koristiti uz zaštitnu masku kada postoji rizik od prskanja krvi, tjelesne tekućine, sekreta ili izlučevina u lice i oči.

4.2.3. Zaštitne rukavice

Prilikom svih intervencija u patronažnoj posjeti obvezno.

4.2.4. Kaljače

Prilikom ulaska u kuću pacijenta, koristiti kaljače za jednokratnu uporabu.

4.2.5. Radno odijelo

Matična zdravstvena ustanova definira propise nošenja radnog odijela Pravilnikom o korištenju radnog odijela i Etičkim kodeksom ponašanja i odijevanja.

4.3. Pravilno odlaganje oštrog i infektivnog otpada

Infektivni otpad je materijal koji sadržava patogene biološke agense koji zbog svog tipa, koncentracije ili broja mogu izazvati bolest.

U infektivni otpad spadaju:

- uzorci za mikrobiološku analizu;
- dijelovi opreme;
- materijal i pribor koji je došao u dodir s krvlju ili izlučevinama bolesnika ili je korišten pri previjanju rana;
- sustavi za infuziju;
- rukavice;
- PVC vrećice koje su sadržavale biološki materijal;
- kateteri;
- sonde, drenovi i drugi pribor za jednokratnu uporabu;
- korišteni oštri predmeti: igle, lancete, šprice, skalpeli i ostali predmeti koji mogu izazvati ubod ili posjekotinu.

Neoštri infektivni otpad (rukavice, maske, zavojni materijal, kateteri, sonde itd.) odlagati u namjenske PVC vrećice, koje patronažna sestra/tehničar vraća u ustanovu, a potom postupa sukladno važećem pravilniku o zbrinjavanju medicinskog otpada u ustanovi.

Igle, skalpele i druge oštre predmete, staklene epruvete i sl. odlagati u propisane plastične spremnike (kontejnere).

Spremnici se pune do dvije trećine posude, zatvore i zalijepe te nose u ustanovu, a potom postupa sukladno važećem pravilniku o zbrinjavanju oštrog otpada u ustanovi.

4.4. Mjere opreza

- Oštećenja na koži ruku patronažne sestre/tehničara mogu biti ulazna vrata za infekciju.
- U slučaju ubodnog incidenta, pravilno zbrinuti ubodno mjesto i prijaviti ubodni incident.
- Ubodni incidenti najčešće nastaju vraćanjem poklopca na upotrijebljenu iglu i tijekom manipuliranja oštrim instrumentima.
- Otvorenu iglu ili iglu na šprici nikada ne dodavati drugoj osobi ili uzimati od druge osobe.
- Jednom odložene igle, ne smiju se vaditi iz posude za oštri otpad.
- Posuda za oštri otpad se ne smije pretresati niti prepunjavati.
- Dugotrajna i neselektivna uporaba rukavica može izazvati neželjene reakcije i osjetljivost kože.
- Higijenski neuredni stanovi mogu biti izvor parazita, uključujući glodavce, uši, uzročnike svraba i termite.

II DIO

PROCEDURE PROCJENE, MJERENJA I UZORKOVANJA

11 Procedura pregleda stopala i procjena rizika od nastanka „dijabetičkog stopala“

12 Procedura procjene rizika od pada u kući i mjere prevencije

13 Procedura procjene kognitivnog statusa pacijenta

14 Procedura kategorizacije korisnika usluga u kući

15 Procedura mjerenja pulsa i saturacije kisikom (pulsna oksimetrija)

16 Procedura mjerenja vršnog ekspiracijskog protoka zraka (pef)

17 Procedura uzimanja uzorka venske krvi u kući i siguran transport do laboratorija

18 Procedura uzimanja brisa nosa i nazofarinksa za mikrobiološku pretragu i siguran transport do mikrobiološkog laboratorija

19 Procedura uzimanja brisa ždrijela i tonzila za mikrobiološku pretragu i siguran transport do mikrobiološkog laboratorija

20 Procedura uzimanja uzoraka urina u kući, pacijentima s urinarnim kateterom i siguran transport uzorka do laboratorija

21 Procedura uzimanja brisa rane za mikrobiološku pretragu

II PROCEDURA PREGLEDA STOPALA I PROCJENA RIZIKA OD NASTANKA „DIJABETIČKOG STOPALA“

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Prema definiciji SZO dijabetičko stopalo je stopalo kod pacijenta oboljelog od dijabetesa koje je narušenog funkcionalnog integriteta zbog infekcije, rane i razaranja tkiva te oštećenja živaca i krvnih žila nogu.

Pregled stopala, identifikacija i procjena rizika je temelj efektivnog menadžmenta prevencije nastanka dijabetičkog stopala.

Cilj ove procedure je jedinstven i siguran pristup patronažne sestre/tehničara pacijentu oboljelom od dijabetesa, prilikom pregleda stopala i procjene rizika od nastanka dijabetičkog stopala u ambulanti ili kući.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Procjenu rizika od nastanka dijabetičkog stopala u ambulanti, obavlja medicinska sestra/tehničar iz tima obiteljske/porodične medicine, a u kući, patronažna sestra/tehničar. Procjena se obavlja na temelju sestrinske anamneze i pregleda oba stopala.

4.1. Sestrinska anamneza – čimbenici rizika

Iz razgovora s pacijentom i iz medicinske dokumentacije saznati:

- dužinu trajanja dijabetesa (od kada pacijent ima oboljenje);
- tromjesečnu vrijednost šećera u krvi (HbA1C);
- kardiovaskularne, renalne, očne komplikacije;
- druge prateće bolesti;
- **životne navike** – pušenje, alkohol, pretilost;
- lijekove koje pacijent koristi (vrsta, način primjene);
- nazočnost alergije, iritacije kože;
- postojanje prethodne povijesti ulcera stopala;
- znanje, sposobnost i volju za samonjegu.

4.2. Pregled stopala

4.2.1. Priprema prostora

Prostorija u kojoj se obavlja pregled treba biti osvijetljena, prozračna i ugodne temperature, prilagođena zaštiti osobnosti pacijenta.

4.2.2. Priprema materijala za pregled (sadržaj patronažne torbe):

- rukavice;
- celštof ili kompresa;
- monofilament;
- zvučna vilica 128 Hz.

4.2.3. Priprema pacijenta

- Poželjno je prilikom pregleda stopala pacijenta da bude prisutan netko od članova obitelji ili njegovatelj, kako bi mogao pratiti demonstracije postupka u cilju edukacije.
- Objasniti, pacijentu/članu obitelji/njegovatelju, svrhu, postupak i suradnju koja se očekuje tijekom pregleda, poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.
- Postaviti pacijenta u sjedeći ili ležeći položaj ovisno od stanja pacijenta.
- Stopala osloboditi od obuće i odjeće.

4.2.4. Pregled uključuje pregled oba stopala:

- vizualnu inspekciju;
- palpaciju;
- procjenu senzibiliteta (površnog i dubokog);
- procjenu cirkulacije.

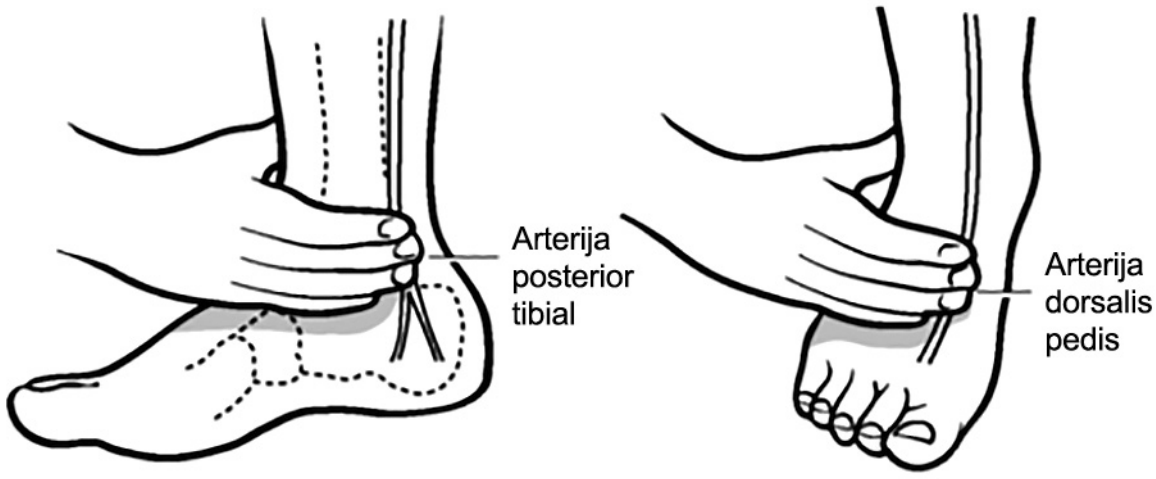
Vizualna inspekcija:

- pregledati stopala počevši od prstiju prema peti, uključujući i predjel između prstiju;
- pregledati na koži nazočnost ozljeda, zadebljanja, žuljeva, fisura, rana, ulcera kao i drugih neuobičajenih pojava;
- tražiti tanku, nježnu, sjajnu kožu (mjesta rizika za nastanak ulkusa);
- pregledati nokte – zadebljanja na noktima, urasle nokte, dužinu noktiju i nazočnost gljivičnih infekcija;
- pregledati čarape;
- pregledati obuću, podstave, materijal, nazočnost stranih predmeta, nošenje pogrešnog kalupa i neodgovarajuće veličine.

Palpacija podrazumijeva:

- palpaciju pulsa na arterijama dorzalis pedis i tibialis posterior (slika 1);
- opipati stopala (topla/hladna i/ili suha/vlažna stopala) – obično suha i topla;
- kapilarno punjenje velikog prsta (nakon pritiska nokta normalno je punjenje za manje od 2 sekunde).

Ukoliko prilikom procjene pulsa nije moguće napipati puls, obavijestiti liječnika koji će uputiti pacijenta na daljnju procjenu krvnih žila.



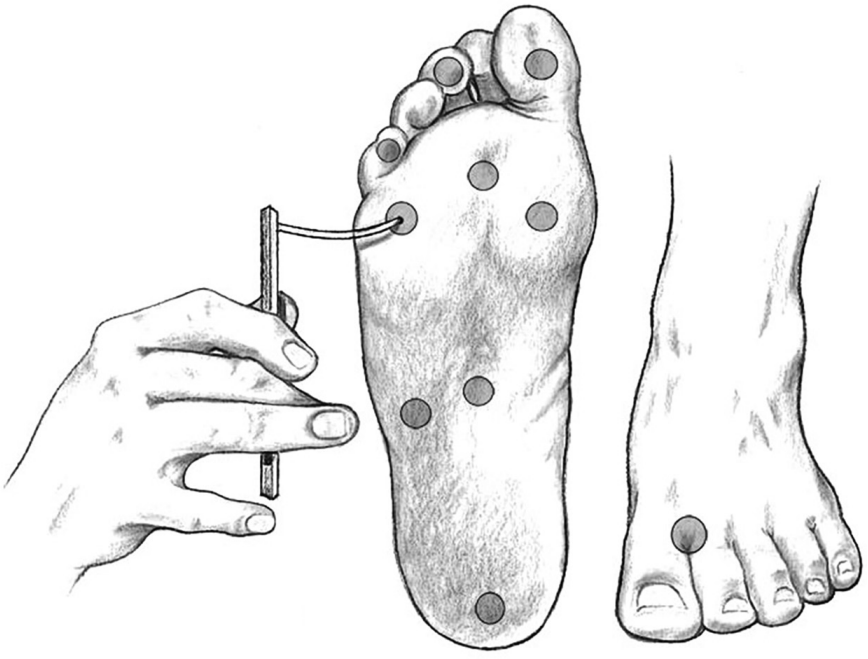
Slika 1. Palpacija pulsa

Ispitivanje površnog senzibiliteta pomoću monofilamenta (silikonska igla)

Ovim ispitivanjem se procjenjuje postojanje odgovora na nadražaj kože tabana, nakon dodira kože silikonskom iglom monofilamenta težine 10 g.

Način primjene monofilamenta:

- pokazati pacijentu monofilament, staviti kraj monofilamenta na šaku ili ruku pacijenta i pokazati da ova procedura neće nanijeti ozljedu;
- zamoliti pacijenta da zatvorenih očiju podigne glavu;
- uputiti pacijenta da kaže "da" kada osjeti dodir monofilamenta na njegovom stopalu; nikad ne pitati pacijenta: "je li osjećate ovo"? (time sugerirate odgovor);
- testirati točke po Semmens–Weinstein metodi (slika 2);
- držati monofilament okomito na koži (kut od 90°). Pokušati za 3 sekunde uraditi sljedeće:
  postaviti kraj monofilamenta na točku,
  potiskivati monofilament do početka blagog savijanja silikonske igle,
  podignuti monofilament s kože,
- ponoviti isto na sljedećem mjestu za testiranje;
- ako monofilament slučajno sklizne s kože, ponovo testirajte to mjesto;
- koristiti monofilament slučajnim slijedom, a ne kretanjem logičnim tijekom;
- ako pacijent ne kaže "da" kada je dotaknuto testirano mjesto, nastaviti testirati sljedeće mjesto;
- kada je testiranje završeno, ponovo se vratiti na mjesta gdje pacijent nije osjetio monofilament;
- ne koristiti monofilament na ranama, nekrotičnim područjima, kalusu ili ožiljcima;
- procjenu raditi za svako stopalo posebno, **evidentirati** broj pogrešnih odgovora po stopalu (0–10);
- pogreške > 5 = periferna neuropatija.



Slika 2.
Mjesta testiranja po Semmens–Weinsteinu



Slika 3. Zvučna vilica

1. Palac
2. Glava prve metatarzalne kosti
3. Glava pete metatarzalne kosti
4. Medijalni maleolus
5. Lateralni maleolus



Slika 4. Točke ispitivanja

Ispitivanje dubokog senzibiliteta pomoću zvučne vilice (osjet vibracijom)

Za ispitivanje dubokog senzibiliteta koristi se zvučna vilica (isključivo 128 Hz) na 5 mjesta tehnikom +/– (slika 3 i 4).

Pogreške > 5 = periferna neuropatija. Pogreške < 2 = nema periferne neuropatije.

Komentar vibracijskog senzibiliteta „**0“**– **ugašen; +/**– **oslabljen; 1** – **uredan.**

Pravilno izvođenje testa

- Pokazati pacijentu zvučnu vilicu. Staviti donji uski dio vilice na šaku ili ruku pacijenta i pokazati kako vilica vibrira.
- Zamoliti pacijenta da zatvorenih očiju podigne glavu; uputiti pacijenta da kaže “da” kada osjeti vibraciju na njegovom stopalu.
- Zvučnu vilicu uzeti za donji uski dio s dva prsta (palac i kažiprst) dominantne ruke, tako da ostali prsti ne dotiču krake vilice tijekom cijelog postupka (dodirom krakova, vibracija prestaje).
- S dva prsta druge ruke, brzim pokretom pokrenuti vibraciju krakova vilice; postaviti dno uskog dijela vilice na točku koja se ispituje (koštana prominencija palca, glave prve i pete metatarzalne kosti, medijalni i lateralni maleolus (slika 4).
- Zadržati se na svakoj točki 1–3 sekunde.
- Za svaku točku ponovno pokrenuti vibraciju.

4.3. Ocjena rizika za nastanak ulceracija kod pacijenata oboljelih od dijabetesa je prikazana u sljedećoj tablici

Desno stopalo			Lijevo stopalo		
Ocjena rizika	**da**	**ne**	**Ocjena rizika**	**da**	**ne**
Zadebljanja na koži			Zadebljanja na koži		
Senzibilitet poremećen			Senzibilitet poremećen		
Odsustvo pulzacija			Odsustvo pulzacija		
Deformacija stopala			Deformacija stopala		
Povijest ulkusa na stopalu			Povijest ulkusa na stopalu		
Prethodna amputacija			Prethodna amputacija		

Svi odgovori **ne** = mali rizik, 1 odgovor **da** = srednji rizik, > 1 odgovor **da** = veliki rizik

Nakon procjene postupiti prema Proceduri savjetovanja pacijenta o njezi stopala, a ukoliko se radi o velikom riziku obavijestiti i pacijentovog izabranog liječnika.

4.4. Učestalost obavljanja inspekcije/pregleda stopala

- Prilikom prve posjete pacijentu oboljelom od dijabetesa.
- Prilikom godišnje posjete oboljelom od dijabetesa.
- Procijenjen **veliki rizik** – prilikom svake posjete pacijenta.
- Procijenjen **srednji rizik** – najmanje dva puta godišnje.
- Procijenjen **mali rizik** – najmanje jednom godišnje.

4.5. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi:

- nalog za posjetu;
- Karton zdravstvene njege dijabetičara PAT 9.

Po povratku u ustanovu, patronažna sestra/tehničar 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.

12 PROCEDURA PROCJENE RIZIKA OD PADA U KUĆI I MJERE PREVENCIJE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Pad je neočekivani gubitak ravnoteže koji rezultira iznenadnom, nenamjernom promjenom položaja tijela koja dovodi osobu na nižu razinu, predmet, pod ili zemlju.

Sustavna procjena rizika od pada i intervencije su važni u prevenciji i smanjenju stope padova, odnosno ozljeda, dugotrajne medicinske njege i visokih troškova liječenja.

Cilj procedure je definirati postupke patronažne sestre/tehničara u procjeni rizika od pada u kući i smjernice za mjere prevencije.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Procjenu rizika od pada u kući obavlja patronažna sestra/tehničar.

4.1. Kriteriji za procjenu rizika od pada uključuju osobe:

- starije životne dobi;
- s poremećajem ravnoteže različite etiologije:
- sa slabim vidom i lošom percepcijom prostora;
- s kognitivnim oštećenjima;
- sa psihičkim poremećajima;
- s poviješću prethodnih padova;
- sva ostala stanja prema procjeni patronažne sestre/tehničara.

4.2. Postupak procjene i mjere prevencije

- Prikupiti podatke o pacijentu uvidom u medicinsku dokumentaciju pacijenta u ustanovi/timu gdje je pacijent registriran i kod kuće pacijenta, intervjuom – razgovorom s pacijentom i njegovom obitelji, promatranjem pacijenta (inspekcija), mjerenjem vitalnih parametara.
- Definirati unutarnje čimbenike rizika za pad.

  Prikupiti podatke o uvjetima okoline za kretanje i život pacijenta.
- Utvrditi sigurnost i identificirati izvanjske rizične čimbenike – opasnosti za kretanje u kući.
- Obaviti procjenu rizika od pada korištenjem Morseove skale za procjenu rizika od pada (u prilogu procedure).
- Na temelju utvrđenih rizika za pad, s pacijentom i/ili članovima obitelji definirati aktivnosti/intervencije, odnosno savjete i preporuke prevencije pada (tablica 1 i 2), poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.

Tablica 1. Unutarnji čimbenici rizika; aktivnosti/intervencije prevencije pada.

Unutarnji čimbenici rizika	Aktivnosti/intervencije prevencije pada
Problemi sa: – kretanjem, – ustajanjem iz stolice ili kreveta, – nedostatkom ili nepravilnim korištenjem ortopedskih pomagala, – nedovoljnim tjelesnim aktivnostima.	**Savjetovati pacijenta**: – da se kreće polako, manjim koracima, – da se kreće i ustaje iz stolice ili kreveta ispravnim korištenjem rukohvata ili ortopedskih pomagala, – da se bavi prilagođenim tjelesnim aktivnostima.
Poremećaji ravnoteže – vrtoglavice, smetnje u koordinaciji, smanjena sposobnost orijentacije u prostoru, usporeni refleksi, nestabilnost na nogama.	– Poticati aktivnosti, vježbanje i osposobljavanje pacijenta sukladno mogućnostima, radi održavanja ravnoteže i koordinacije, snage mišića, fleksibilnosti zglobova.
Posturalna hipotenzija. Gubitak svijesti. Sinkopa. Epilepsija.	Savjetovati pacijenta i članove obitelji: – o reguliranju i redovitoj kontroli krvnog tlaka, – o potrebi laganog ustajanja iz kreveta u sjedeću, a zatim u stojeću poziciju, pridržavajući se za rukohvate ili koristeći ortopedska pomagala, – o postupcima pri pojavi predsimptoma gubitka svijesti.
Neurološke promjene – smanjenje ili gubitak osjećaja za dodir i bol, motorički poremećaji, polineuropatija.	– Upozoriti pacijenta na moguće opasnosti u okruženju (predmete koji mogu nanijeti ozljedu pacijentu i izvore toplote). – Savjetovati konzultacije s nadležnim liječnikom.
Mentalne smetnje: snižena kognicija/spoznajne funkcije – zbunjenost, smetenost, dezorijentiranost, nemir, poremećaji rasuđivanja, mišljenja i pamćenja – demencija.	– Na temelju uočenih poremećaja funkcija i mentalnih smetnji definirati mjere pomoći iz okoline (obitelji, skrbnika, obiteljskog liječnika, CMZ, CSR, lokalne zajednice, udruge, volontera...).
Smetnje i promjene vida vezane za starenje.	– Savjetovati o redovitim kontrolama vida, pravilnom korištenju i održavanju naočala.
Smetnje i promjene sluha vezane za starenje.	– Savjetovati o redovitim kontrolama sluha, pravilnom održavanju slušnih aparata.
Poremećaj spavanja.	– Savjetovati o uravnoteženom spavanju, odmoru i aktivnostima. – Konzultirati nadležnog liječnika.

Unutarnji čimbenici rizika	Aktivnosti/intervencije prevencije pada
Iznenadni i učestali podražaji na eliminaciju (mokrenje, proljevi).	– Konzultirati nadležnog liječnika. – Mjere reguliranja iznenadnih i učestalih podražaja na eliminaciju, kao i mjere sigurnosti pri kretanju (zbog gubitka tekućine i elektrolita).
Nepristupačnost i otežana mogućnost uporabe telefona, zvona, (hitna pomoć, policija, vatrogasci, obitelj...).	Savjetovati pacijenta i članove obitelji o: – postavljanju telefona na dostupno mjesto, – držanju brojeva za hitnu intervenciju pored telefona, – osiguranju alarmnog uređaja i sustava za poziv u pomoć u slučaju nezgode!
Otežana samostalnost i samozbrinjavanje.	– S pacijentom i članovima obitelji definirati samostalne aktivnosti pacijenta i aktivnosti i pomoći iz okoline.
Nekritičnost, nedostatak saznanja i zaboravljanje vlastitih ograničenja i ograničenja i opasnosti okoline.	– Ukazati i obnavljati znanja o opasnostima i zaprekama koje ometaju funkcioniranje pacijenta, kao i na prilagođavanje aktivnosti i ponašanja pacijenta i prilagođavanje prostora.
Lijekovi za kronične bolesti – sedativi, antidepresivi, antipsihotici, antikonvulzivi, antihistaminici, antihipertenzivi, diuretici, antidijabetici. Polifarmacija.	– Pregledati sve lijekove i upozoriti na nuspojave lijekova, posebno na pospanost, vrtoglavicu.
Pothranjenost, pretilost.	– Savjetovati i educirati o adekvatnoj prehrani.
Konzumiranje duhana, alkohola i drugih psihoaktivnih tvari.	– Savjetovati o štetnom djelovanju, važnosti i načinu prestanka konzumiranja duhana, alkohola i drugih psihoaktivnih tvari.
Neadekvatna obuća i odjeća.	Preporučiti pacijentu da: – koristi prikladnu obuću i odjeću, – održava higijenu stopala, – oblači odjeću i obuću u sjedećem položaju.
Dva ili više posrtaja/pada u prethodnih mjesec dana.	– Identificirati uzroke posrtaja/pada u prethodnom razdoblju i primijeniti mjere prevencije.

Tablica 2. Vanjski čimbenici rizika, opasnosti okoline; savjeti i preporuke prevencije pada (osiguravanja sigurnije životne okoline).

Vanjski čimbenici rizika, opasnosti iz okoline	Savjeti i preporuke prevencije pada (osiguravanja sigurnije životne okoline)
Osvjetljenje – neodgovarajuće (nedovoljno ili prejako), nedostupno.	– odgovarajuće osvjetljenje u svim dijelovima kuće.
Podovi – oštećeni, vlažni, klizavi. Visoki pragovi.	– popravljanje neravnih ili oštećenih podova, – održavanje podova suhim, – izbjegavanje pretjeranog glancanja podova, – podešavanje, ublažavanje, uklanjanje pragova.
Podne prostirke – oštećene, nefiksirane.	– postavljanje prostirki koje se ne kližu, – pričvršćivanje prostirki za pod ili potpuno uklanjanje.

Vanjski čimbenici rizika, opasnosti iz okoline	Savjeti i preporuke prevencije pada (osiguravanja sigurnije životne okoline)
Namještaj: – predstavlja prepreku i ometa kretanje, oštećen, – bez naslona, s niskim naslonima, zavaljenim sjedištima, – previsoke police ili elementi namještaja, – neadekvatan krevet.	– raspoređivanje namještaja da ne ometa kretanje, – uklanjanje nepotrebnih predmeta i namještaja, – premještanje telefonskih i elektrokablova uza zid, – izbjegavanje namještaja s kotačićima, – postavljanje predmeta, polica, elemenata namještaja, na primjerenu visinu i na dohvat ruke, – prilagođavanje kreveta stanju pacijenta (visina, graničnici, pozicija).
Stepenice – oštećene, bez rukohvata ili ograde. Predmeti na stepenicama.	– popravljanje oštećenih stepenica, – postavljanje rukohvata ili zaštitne ograde, – uklanjanje svih predmeta sa stepenica.
Kupaonica – loše osvjetljenje, – klizave prostirke, pločice, kada, – mokri ručnici, prljavo rublje i slično po podu, – korištenje držača za ručnike kao rukohvata, – preniska WC školjka, – zaključavanje vrata.	– odgovarajuće osvjetljenje i raspored opreme, – neklizajuće, čiste, suhe pločice, – neklizajuće prostirke za pločice, kadu, tuš kabinu, – koristiti dobro pričvršćene rukohvate, ne postavljati vakuumom i ne koristiti držače ručnika kao rukohvate, – korištenje sjedala u kadi ili tuš kabini, – izbjegavanje zaključavanja kako bi, u slučaju nesreće, pristup bio slobodan.

4.3. Evidencija

Patronažna sestra/tehničar koristi sljedeću dokumentaciju:

- nalog za posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege;
- Obrazac Morseove skale procjene rizika pada;
- tablicu za bodovanje Morseove skale procjene rizika pada.

Po povratku u ustanovu patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- datum i vrijeme patronažne posjete;
- ocjenu rizika od pada i provedene postupke;
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila patronažnu posjetu.

Prilog

Morseova skala procjene rizika pada

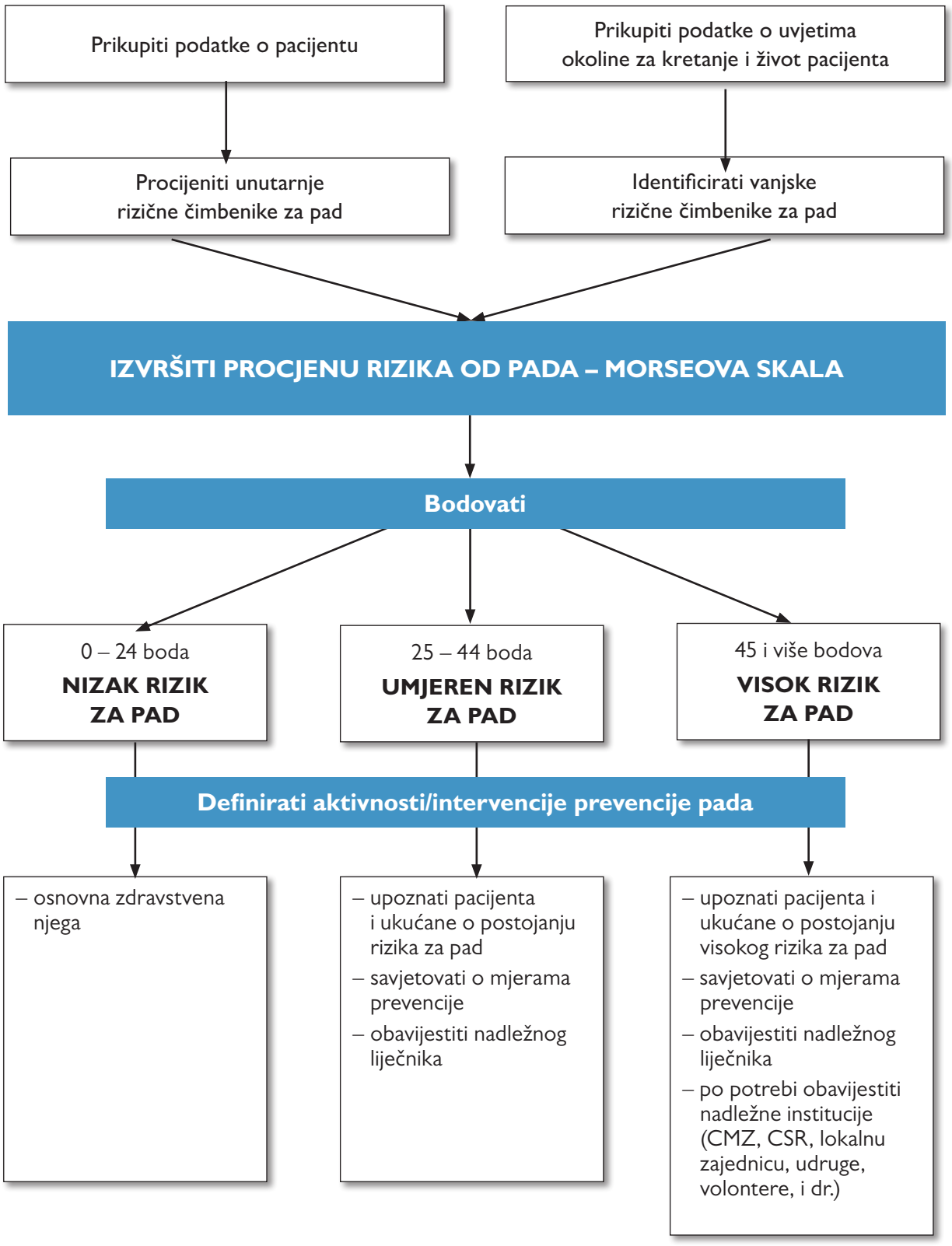
ČIMBENICI RIZIKA	OPIS	BODOVI
Prethodni padovi	Da	25
	Ne	0
Druge medicinske dijagnoze	Da	15
	Ne	0

ČIMBENICI RIZIKA	OPIS	BODOVI
Pomagala pri kretanju	Namještaj	30
	štake, štap, hodalica	15
	– ne koristi pomagala, – mirovanje u krevetu, – kretanje uz pomoć druge osobe, – invalidska kolica.	0
Infuzija, kateteri	Da	20
	Ne	0
Stav/premještanje	oštećenje (nestabilan, poteškoće pri uspravljanju tijela)	20
	Slab	10
	– normalan, – miruje u krevetu, – nepokretan.	0
Mentalni status	zaboravlja ograničenja	15
	orijentiran u odnosu na vlastitu pokretljivost	0

Bodovanje Morseove skale procjene rizika pada

BODOVI (0–125)	REZULTAT	POSTUPCI PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA
0 – 24 boda	**NIZAK RIZIK ZA PAD**	**OSNOVNA ZDRAVSTVENA NJEGA**
25 – 44 boda	**UMJEREN RIZIK ZA PAD**	**STANDARDNE MJERE PREVENCIJE PADA** – Identificirati rizične čimbenike za pad. – Koncipirati i primjenjivati mjere prevencije – ublažavanje, uklanjanje i/ili sprječavanje djelovanja čimbenika rizika za pad. – Upoznati pacijenta s postojanjem rizika za pad. – Savjetovati i educirati o mjerama prevencije. – Obavijestiti obiteljskog liječnika.
45 i više bodova	**VISOK RIZIK ZA PAD**	**MJERE PREVENCIJE ZA VISOKI RIZIK OD PADA** – Identificirati rizične čimbenike za pad. – Koncipirati i primjenjivati mjere prevencije – ublažavanje, uklanjanje i/ili sprječavanje djelovanja čimbenika rizika za pad. – Upoznati pacijenta s postojanjem visokog rizika za pad. – Savjetovati i educirati o mjerama prevencije. – Obavijestiti obiteljskog liječnika, CMZ, CSR, lokalnu zajednicu, udruge, volontere...

PROCJENA RIZIKA OD PADA U KUĆI I MJERE PREVENCIJE



13 PROCEDURA PROCJENE KOGNITIVNOG STATUSA PACIJENTA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Kognitivne (spoznajne) funkcije su intelektualni procesi kojima postajemo svjesni nečega, percipiramo i razumijemo ideje, i odnose se na procese kojima primamo i obrađujemo informacije. Kognicija uključuje različite kognitivne procese, kao što su: učenje, pažnja, memorija, jezik, rasuđivanje, donošenje odluka itd., koji predstavljaju dio intelektualnog razvoja i iskustva.

Cilj procedure je definirati standardne postupke patronažne sestre/tehničara u cilju brze procjene kognitivnog statusa pacijenta.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Uzroci poremećaja kognitivnih funkcija mogu biti: starija životna dob, komorbiditet (somatski i psihijatrijski), oboljenja (neurodegenerativna, vaskularna, infektivna, traumatska, metaboličko–toksična, neoplastična) i pojedini lijekovi.

Tijekom posjete patronažna sestra/tehničar opažanjem, anamnezom ili heteroanamnezom dobiva podatke o prisutnosti nekih od simptoma koji ukazuju na mogući poremećaj kognicije (tablica 1), i pristupa procjeni općeg kognitivnog statusa uz pomoć kratkog orijentacijskog testa – MMSE (Mini–Mental State Examination).

Tablica 1. Simptomi i znaci poremećaja kognicije

Anamnestički podaci	Heteroanamnestički podaci	Objektivna zapažanja
– zaboravljanje, – gubitak toka misli tijekom razgovora, – promjene raspoloženja, – poremećaj sna.	– poteškoće u svakodnevnim aktivnostima, – promjena raspoloženja, – dezorijentacija u vremenu i prostoru, – poremećaj sna, – problemi s osobnim navikama, – poremećaj same ličnosti (pojačana egocentričnost, nedostatak samokontrole, oštećenje motivacije, društveno povlačenje, uznemirenost, agresija, depresija i promjena ciklusa spavanja, apatija, gubitak empatije, društveno neprihvatljivo ponašanje).	– zbunjenost, – pozitivna obiteljska anamneza, – prisutna je zaboravnost za nedavne događaje uz relativnu očuvanost dugoročne memorije.

Mini mental test se sastoji od 12 pitanja kojima se ispituju sljedeće kognitivne funkcije: pamćenje, pažnja i računanje, orijentacija u prostoru i vremenu, prisjećanja, imenovanja predmeta, i izvođenje kompleksnih radnji. Test se koristi individualno i testiranje traje do 10 minuta.

4.1. Priprema prostora

Prostorija u kojoj se obavlja procjena trebala bi biti optimalno osvijetljena, prozračna, bez buke i zvukova koji bi ometali pažnju i koncentraciju pacijenta i patronažne sestre/tehničara, prilagođena zaštiti osobnosti pacijenta. Poželjna je nazočnost jednog člana obitelji.

4.2. Priprema pacijenta

– Na prikladan način objasniti pacijentu i prisutnom članu obitelji razloge/svrhu procjene, metodologiju i trajanje testiranja.

– Zatražiti usmeni pristanak pacijenta.
– Zamoliti pacijenta da se smjesti u odgovarajući položaj ili mu pomoći da to uradi.

4.3. Postupak testiranja

– Registrirati vrijeme početka testiranja.
– Na obrascu upisati datum, vrijeme testiranja i opće podatke o pacijentu (ime i prezime, godište, spol).
– Pitanja iz testa izgovarati jasno, razumljivo i nepromjenjivom jačinom tona.
– Na temelju dobivenih odgovora za svako pitanje bodove evidentirati u predviđene rubrike obrasca.
– Po isteku vremena (15 minuta) završiti s testiranjem.

4.4. Bodovanje

Broj bodova – (maksimalno 30)	Rezultat	Postupci patronažne sestre/tehničara
24 – 30	Normalna kognicija/spoznaja	– preventivno savjetovati – nije potrebna dalja procjena
18 – 23	Blago kognitivno oštećenje	– savjetovati – obavijestiti obiteljskog liječnika
10 – 17	Umjereno oštećenje	– obavijestiti obiteljskog liječnika
< 9	Teška kognitivna disfunkcija	– obavijestiti obiteljskog liječnika i po potrebi CMZ i Centar za socijalni rad

4.5. Ograničenja i mjere opreza

– Test nije primjenjiv kod osoba mlađih od 18 godina.
– MMSE se koristi kao kratki skrining test za demenciju i ne može se očekivati da MMSE zamijeni potpunu kliničku procjenu u postizanju konačne dijagnoze kod svakog pojedinog pacijenta.
– Nema evaluacije izvršnih funkcija.
– Ne pravi razliku između različitih tipova demencije.
– Test nije osjetljiv/senzitivan za ranu fazu Alzheimerove bolesti, niti je koristan kod uznapredovale faze bolesti.
– Testiranje je nemoguće izvesti kod osoba s afazijom, kod pacijenata koji imaju motorni deficit ili oštećenje sluha, jer je test najvećim dijelom verbalne prirode.
– Pri tumačenju rezultata testa treba uzeti u obzir čimbenike koji utječu na rezultate, uključujući razinu obrazovanja, vještine, prethodnu razinu funkcioniranja i postignuća, jezik i oštećenja, osjetila, psihijatrijske bolesti ili tjelesne/neurološke probleme.

4.6. Evidencija

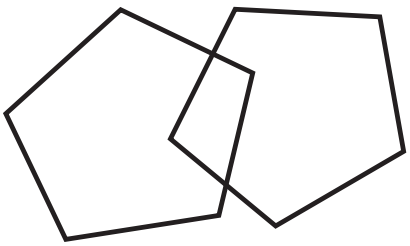
Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi:

– nalog za posjetu;
– Karton polivalentne patronažne njege;
– Obrazac sa MMSE testom (uložiti u karton). Prilog proceduri.

Po povratku u ustanovu patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

– opće podatke o pacijentu;
– datum i vrijeme patronažne posjete;
– provedene aktivnosti i rezultate testa;
– potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila posjetu.

Ime i prezime_____**Godište**_____**Datum:**_____

MINI TEST ZA PROCJENU MENTALNOG STATUSA (Mini-mental State Examination (MMSE)		
PITANJA	MAKSIMALNI SKOR	DOBIVENI SKOR
1. Koja je ovo (godina)(sezona)(mjesec)? Koji je danas datum? Koji je danas dan?	3 1 1	
2. U kojoj se (zemlji) (provinciji) (gradu) nalazimo? Koje je ime ove bolnice/zgrade? Na kojem katu se nalazimo?	3 1 1	
3. Imenovat ću 3 predmeta. Nakon što kažem sva tri, želim da ih ponovite. Zapamtite koji su jer ću Vas za nekoliko minuta zamoliti da ih ponovo imenujete**.** **LOPTA; AUTO; ČOVJEK**. Molim Vas ponovite mi te tri stvari.	3	
4. Izgovorite slovo po slovo riječ **"SVIJET"**. Sada je izgovorite naopako.	5	
5. Koja su to tri predmeta koja ste trebali zapamtiti? **LOPTA AUTO ČOVJEK**	3	
6. Pokažite svoj ručni sat. Pitajte: Kako se ovo zove?	1	
7. Pokažite olovku. Pitajte: Kako se ovo zove?	1	
8. Želim da ponovite frazu za mnom: **„NIŠTA AKO, I ILI ALI"**	1	
9. Pročitajte riječi na ovom listu i uradite šta se od Vas traži. **„ZATVORITE OČI"**	1	
10. Uzmite papir u svoju desnu/lijevu ruku, presavijte ga jednom na pola s obje ruke i stavite ga na pod.	3	
11. Napišite jednu rečenicu na tom komadu papira	1	
12. Precrtajte ovaj crtež 	1	
UKUPNO	30	

Rezultat procjene: 24–**30** normalna kognicija, **18**–**23** blago kognitivno oštećenje, **10**–**17** umjereno oštećenje, **0**–**9** teška kognitivna disfunkcija.

Napomene za ocjenjivanje:

Pitanje 3 – ponavljati nazive dok ih osoba ne ponovi točno, zbog kasnijeg utvrđivanja pamćenja. Ocjenjuje se samo prvi pokušaj.

Pitanje 5 – jedan bod za svaki točan odgovor.

Pitanje 10 – ako su točno izvedena tri stupnja zapovjedi ocijeniti s 3 boda.

Pitanje 11 – ocjenjuje se s 1 bodom ukoliko rečenica ima značenje, subjekt i predikat (glagol).

PROCJENA KOGNITIVNOG STATUSA PACIJENTA

Kognitivne funkcije
- pamćenje (kratkotrajno i dugotrajno)
- pažnja
- logičko zaključivanje i rasuđivanje
- brzina obrade informacija
- obrada vizualnih i zvučnih informacija
- jezik i govor



METODOLOGIJA RADA PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA

OPAŽANJE
- zbunjenost
- zaboravnost za nedavne događaje
- gubitak toka misli tijekom razgovora

SESTRINSKA ANAMNEZA
- zaboravljanje
- promjene raspoloženja
- poremećaj sna

HETEROANAMNEZA
- pojačana egocentričnost
- nedostatak samokontrole
- društveno povlačenje
- agresija
- društveno neprihvatljivo ponašanje

TESTIRANJE – test MMS

BODOVANJE

24 do 30 bodova normalana kognicija	18 do 23 boda blago kognitivno oštećenje	10 do 17 bodova umjereno oštećenje	0 do 9 bodova teška kognitivna disfunkcija
– savjetovati preventivne aktivnosti (čitanje, križaljke, druženje)	– savjetovati preventivne aktivnosti – obavijestiti obiteljskog liječnika	– obavijestiti obiteljskog liječnika	– obavijestiti obiteljskog liječnika – po potrebi obavijestiti CMZ, CSR

14 PROCEDURA KATEGORIZACIJE PACIJENATA U KUĆI

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Procjenom pacijenata u cilju kategorizacije pruža se brzi uvid u težinu stanja pacijenata, što ima za cilj učinkovito i pravodobno planiranje zdravstvene njege, kao i planiranje odgovarajućeg broja patronažnih sestara/tehničara potrebnih za pružanje usluga od strane menadžmenta zdravstvene ustanove.

Cilj procedure je pravilna procjena u svrhu kategorizacije pacijenata.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Patronažna sestra/tehničar prilikom prve posjete obavlja procjenu stanja pacijenta radi kategorizacije. Ponovnu procjenu obavlja ovisno od stanja pacijenta (poboljšanje ili pogoršanje).

Kategorizacijom se pacijenti razvrstavaju u 4 kategorije, na temelju stanja, kao i prema broju i složenosti propisanih intervencija koje je nužno obaviti.

4.1. Čimbenici za kategorizaciju

Procjenu obaviti prema čimbenicima navedenim u Tablici br. 1, za svaki čimbenik pojedinačno.

Tablica br. 1. Čimbenici kategorizacije (primjer)

	Čimbenik kategorizacije	**1**	**2**	**3**	**4**
1	Higijena	1			
2	Oblačenje	1			
3	Hranjenje	1			
4	Eliminacija		2		
5	Hodanje		2		
6	Sjedenje	1			
7	Premještanje	1			
8	Rizik za pad		2		
9	Rizik za nastanak dekubitusa	1			
10	Komunikacija		2		
11	Postupci zdravstvene njege	1			
12	Dijagnostički postupci	1			
13	Terapijski postupci	1			
14	Edukacija		2		
Bodovi po kategorijama		9	10		
Bodovi ukupno		**19**			

4.1.1. Čimbenici od 1–7 (higijena, oblačenje, hranjenje, eliminacija, hodanje, sjedenje, premještanje); ocijeniti s ocjenom od 1 do 4, ovisno od stanja i potreba (*ocjena 1* samostalni pacijent, *ocjena 4* pacijent potpuno ovisi o drugoj osobi).

4.1.2. Čimbenik 8 – rizik za pad; Ako ne postoji rizik za pad, pacijenta svrstati u prvu kategoriju *ocjena 1,* ako postoji rizik za pad, procjenu obaviti pomoću Morseove skale za procjenu rizika za pad. Ovisno o broju bodova, pacijenta svrstati u kategorije: nizak rizik (0–24 boda) *ocjena 2*, umjeren rizik (25–44 boda) *ocjena 3*, visok rizik (45 i više bodova) *ocjena 4*.

4.1.3. Čimbenik 9 – rizik za nastanak dekubitusa; Rizik za nastanak dekubitusa procijeniti pomoću Braden skale: nema rizika (19–23 boda) *ocjena 1*, prisutan rizik (15–18 bodova) *ocjena 2*, umjeren rizik (13–14 bodova) *ocjena 3*, visok rizik (10–12 bodova) i vrlo visok rizik (9 i manje bodova) *ocjena 4*.

4.1.4. Čimbenik 10 – komunikacija; Pacijenta svrstati u određenu kategoriju ovisno o njegovoj sposobnosti da primi i razumije usmene i pismene upute. Pacijenta s afazijom (nemogućnost govora) ocijeniti sa *4*, pacijenta s dislalijom (nerazumljiv govor) ocijeniti ovisno o intenzitetu i poteškoćama u komunikaciji ocjenom od 1 do 3.

4.1.5. Čimbenik 11 – specifični postupci u zdravstvenoj njezi; Ova kategorija odnosi se na specifične postupke u zdravstvenoj njezi – njega rana, specifičnosti pri eliminaciji (stoma, kateter). Ako je pacijent samostalan pri ovim postupcima ili ako ovi postupci nisu potrebni, ocjenjuje se *ocjenom 1,* a u više kategorije svrstava se ovisno o vrsti pomoći patronažne sestre/tehničara.

4.1.6. Čimbenik 12 – dijagnostički postupci; Kategorija pacijenta ovisi o dijagnostičkom postupku koji će se provoditi kod pacijenta, ovisi o vrsti pripreme koja je potrebna (fizička/psihička), potrebnoj pomoći patronažne sestre/tehničara, asistiranju pri zahvatu, te intenzitetu nadzora koji je potreban po završetku pretrage.

4.1.7. Čimbenik 13 – terapijski postupci; Pacijenti su kategorizirani ovisno o vrsti i učestalosti terapije koja se kod njih primjenjuje.

4.1.8. Čimbenik 14 – edukacija; Kategorija pacijenta ovisi o intenzitetu edukacije koja se provodi, te vrsti znanja i vještina koje je potrebno usvojiti, a ovisi i o uključenosti ukućana u edukaciju.

4.2. Konačni rezultat kategorizacije

Svaka kategorija se boduje zasebno, broj bodova za pojedini čimbenik jednak je kategoriji u koju je pacijent svrstan. Ovisno o ukupnom broju bodova, određuje se kategorija u koju će pacijent biti svrstan (tablica br. 2). Minimalan broj je 14, a maksimalan 56.

Tablica br. 2. Kategorija težine stanja

KATEGORIJA TEŽINE STANJA	**1**	**2**	**3**	**4**
BROJ BODOVA	**14–24**	**25–36**	**37–47**	**48–56**

Dužnost menadžmenta zdravstvene ustanove je da na temelju kategorizacije pacijenta i raspoloživih resursa napravi plan i raspored pružanja usluga, vodeći računa o opterećenosti svake patronažne sestre/tehničara.

4.3. Evidencija

Patronažna sestra/tehničar koristi sljedeću dokumentaciju:

- nalog za posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege;
- Obrazac za kategorizaciju (uložiti u karton);
- pomoćni alati: Braden skala za procjenu rizika od nastanka dekubitusa i Morseova skala za procjenu rizika od pada.

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 i kategoriju težine stanja pacijenta;
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila patronažnu posjetu.

15 PROCEDURA MJERENJA PULSA I SATURACIJE KISIKOM (PULSNA OKSIMETRIJA)

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Hipoksija je stanje smanjene razine kisika u tijelu, kada je saturacija (zasićenost) krvi kisikom manja od 90% (SpO2 < 90%).

Stanja koja najčešće dovode do hipoksije su različita (plućne bolesti, cirkulacijski poremećaji, traume itd.), i mogu dovesti do ozbiljnih posljedica po organizam.

Cilj procedure je dati smjernice patronažnoj sestri/tehničaru za određivanje vrijednosti pulsa i saturacije krvi kisikom pomoću pulsnog oksimetra.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Pulsnu oksimetriju patronažna sestra/tehničar obavlja po nalogu liječnika i/ili na osnovi vlastite procjene na temelju prisutnih znakova i simptoma (umor, osjećaj hladnoće, bljedilo, vrtoglavica i dr.). To je brza, neinvazivna metoda mjerenja vrijednosti pulsa i saturacije arterijske krvi kisikom, koja se provodi pomoću pulsnog oksimetra.

4.1. Izvođenje postupka

- Objasniti pacijentu svrhu i postupak izvođenja pulsne oksimetrije,
- Upozoriti pacijenta da miruje tijekom mjerenja.
- Prije postavljanja aparata, mjesto na kojem se vrši mjerenje (najčešće kažiprst ili resica ušne školjke), mora biti suho.
- Staviti pacijentov prst između dvije štipaljke pulsnog oksimetra, tako da je nokat okrenut prema gore.
- Provjeriti je li gornja štipaljka stoji na noktu, a donja paralelno s noktom.
- Uključiti aparat, sačekati da aparat obavi mjerenje i očitati izmjerenu vrijednost na zaslonu aparata.
- Skinuti pulsni oksimetar s prsta pacijenta i zapisati vrijednosti dobivene mjerenjem.
- Poslije mjerenja senzore aparata dezinficirati blagim dezinfekcijskim sredstvom.

Ukoliko je saturacija < 90%, treba obavijestiti nadležnog liječnika.



Slika 1. Prijenosni pulsni oksimetar



Slika 2. Postupak mjerenja pulsa i saturacije krvi kisikom

4.2. Mjere opreza

- Pulsni oksimetar može pokazati lažne vrijednosti ako pacijent ima uključenu infuziju na ruci na kojoj se vrši mjerenje, ili ako na noktima ima lak ili gel.
- Prijenosni pulsni oksimetar nije predviđen za kontinuirano praćenje SpO2, tako da ga nije preporučljivo držati duže vrijeme na prstu.
- Ako se aparat ne upali ili se ugasi nakon 8–10 sekundi, promijeniti baterije.

4.3. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi:

- nalog za posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege.

Po povratku u ustanovu patronažna sestra/tehničar evidentira u važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- datum i vrijeme mjerenje pulsa i suturacije krvi kisikom;
- vrijednosti dobivene mjerenjem.

16 PROCEDURA MJERENJA VRŠNOG EKSPIRACIJSKOG PROTOKA ZRAKA (PEF)

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Mjerenje vršnog ekspiracijskog protoka zraka (peak expiratory flow – PEF) putem aparata/mjerača vršnog protoka izdahnutog zraka (peak flow metar – PEF-metar) u kućnim uvjetima je najpristupačniji test plućne funkcije kod pacijenata koji boluju od astme.

Mjerenje vršnog protoka zraka pomaže utvrđivanju učinkovitosti terapije, otkrivanju djelovanja čimbenika koji uzrokuju ili pogoršavaju napade astme, prepoznavanju ranih znakova pogoršanja prije nego što se pojave simptomi bolesti, što omogućava pravodobnu primjenu adekvatne terapije i izbjegavanje pogoršanja astme. Smanjenje izmjerenih vrijednosti protoka zraka kroz dišne putove u forsiranom izdahu se podudara sa stupnjem pogoršanja astme.

Cilj procedure je dati smjernice patronažnoj sestri/tehničaru o pravilnom i sigurnom mjerenju plućnog vršnog ekspiracijskog protoka zraka pomoću peak flow metra u kući pacijenta, uz demonstraciju postupka pacijentu i/ili njegovatelju, radi samostalnog mjerenja.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Mjerenje vršnog ekspiracijskog protoka zraka obavlja patronažna sestra/tehničar na temelju pisanog naloga nadležnog liječnika.

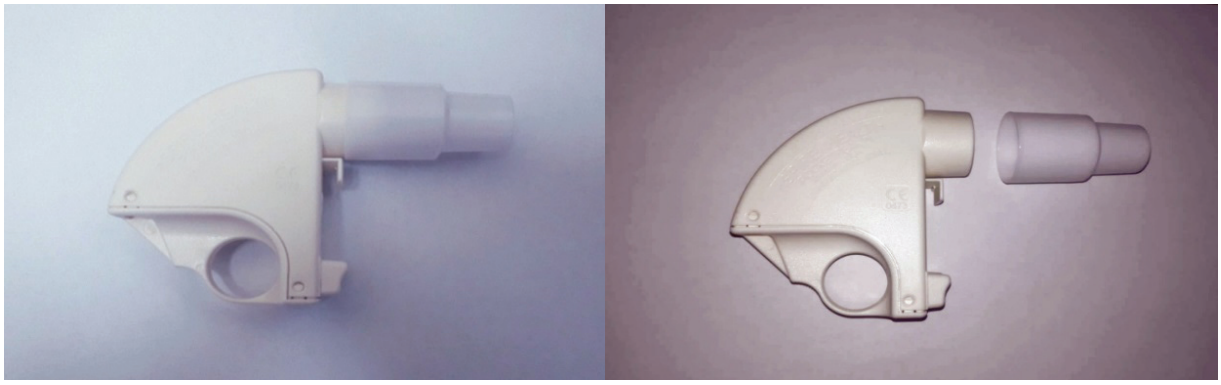
4.1. Priprema patronažne sestre/tehničara za odlazak u patronažnu posjetu

- Informirati se o pacijentu uvidom u medicinsku dokumentaciju;
- dogovoriti patronažnu posjetu;
- planirati i odvojiti dovoljno vremena za patronažnu posjetu.

4.2. Priprema materijala

- Jednokratne rukavice;
- visinomjer za mjerenje visine pacijenta;
- dezinfekcijsko sredstvo;
- mjerač vršnog protoka zraka (sl. 1 i 2).

Slika 1 i 2: Peak flow metar sastoji se od indikatora, mjerne skale, usnika i nastavka za usnik za jednokratnu uporabu.



4.3. Priprema pacijenta

- Pacijenta upoznati sa značajem i načinom izvođenja procedure uz demonstraciju postupka.
- Izmjeriti visinu pacijenta (podatci o dobi, spolu i visini su potrebni zbog poređenja).
- Mjerenje PEF–a obavljati u stojećem stavu pacijenta, ako to dozvoljava pacijentovo zdravstveno stanje ili u sjedećem stavu s ispravljenom kralježnicom.

4.4. Postupak mjerenja vršnog ekspiracijskog protoka zraka

- Oprati i/ili dezinficirati ruke, navući rukavice.
- Vratiti indikator mjerača na nulu.
- Pacijentu objasniti da:
- mjerač drži u rukama vodoravno, pazeći da ne blokira izlaz zraka iz mjerača i da ne dotiče skalu i indikator;
- snažno i duboko udahne zrak na otvorena usta, u pluća, do granice nelagode;
- brzo skupi usne oko nastavka usnika i ne stavlja jezik u otvor nastavka usnika;
- puhne jednom što brže i jače u otvor nastavka usnika, pri čemu će indikator krenuti gore i zaustaviti se na jednom mjestu.
- Očitati vrijednost na skali mjerača.

- Mjerenje obaviti tri puta i evidentirati najbolju vrijednost mjerenja u individualni „Evidencijski list mjerenja vršnog protoka zraka“ (prilog 1).
- Izmjerenu vrijednost usporediti s očekivanim (predviđenim, referentnim) vrijednostima koje su definirane za pojedine osobe prema spolu, dobi i visini, a nalaze se u standardiziranoj tablici (prilog 2).
- Nakon uporabe s mjerača skinuti usni nastavak za jednokratnu uporabu i odložiti u infektivni otpad.
- Skinuti rukavice, oprati i/ili dezinficirati ruke.
- Demonstracijom postupka educirati pacijenta i/ili njegovatelja o pravilnom mjerenju.
- Savjetovati pacijentu posjedovanje osobnog mjerača.
- Po dolasku u ustanovu, mjerač potopiti u rastvor blagog dezinficijensa, bez klora, (npr. ako se koristi otopina od 5% Asepsola, 1 ml 5% Asepsola dodati u 100 ml vode). Potopljen mjerač ostaviti u otopini najmanje 20 minuta, zatim ga isprati mlakom vodom, obrisati papirnatim ubrusom i ostaviti u okomitom položaju, da se ocijedi i osuši unutrašnjost mjerača. Prije naredne uporabe mjerač mora biti potpuno suh.

4.5. Savjeti za pacijenta

Za praćenje tijeka astme važno je kontinuirano mjerenje, a ne samo trenutno izmjereni vršni protok zraka.

U konzultacijama s nadležnim liječnikom, pacijentu preporučiti:

- Redovito mjerenje PEF–a, ujutro (prije uzimanja lijekova za astmu) i kasno uvečer (prije spavanja), minimalno 2–3 tjedna, u razdoblju kada je pacijent dobro, bez znakova i simptoma bolesti.
- Evidentirati izmjerene vrijednosti u Obrazac Evidencijski list za praćenje mjerenja vršnog protoka zraka (prilog 1);
- Evidentirane rezultate mjerenja predočiti nadležnom liječniku radi određivanja najboljeg osobnog rezultata PEF-a. Kada se odredi najbolja osobna vrijednost treba nastojati da se ona održi iznad 80% te vrijednosti.
- Rezultate mjerenja u narednim razdobljima, čiju učestalost određuje nadležni liječnik, pacijent uspoređuje s najboljim osobnim rezultatom i očekivanim (predviđenim, referentnim) vrijednostima. U slučaju značajnih odstupanja, pacijent konzultira nadležnog liječnika, a prilikom kontrolnih pregleda evidenciju mjerenja daje na uvid nadležnom liječniku, radi monitoringa tijeka astme.

4.6. Mjere opreza

- PEF je samo pomoćno sredstvo za procjenu stanja astme, ali nikako nije jedini parametar na temelju koga se dijagnosticira, prati i liječi astma.
- U slučaju teškog pogoršanja astme ni slučajno ne forsirati PEF mjerenje jer se forsiranim disanjem može pogoršati sama astma.
- Jedno poboljšanje PEF–a samo po sebi nije dovoljan pokazatelj da je astma pod kontrolom.

4.7. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi:

- nalog za posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege;
- Obrazac individualni „Evidencijski list mjerenja vršnog protoka zraka“;
- Obrazac „Očekivane vrijednosti PEF–a prema dobi, spolu i visini“.

Po povratku u ustanovu, patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

– opće podatke o pacijentu;
– datum i vrijeme mjerenja;
– izmjerene vrijednosti;
– edukaciju pacijenta i/ili člana obitelji i demonstraciju postupka;
– potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila posjetu.

Prilog 1.

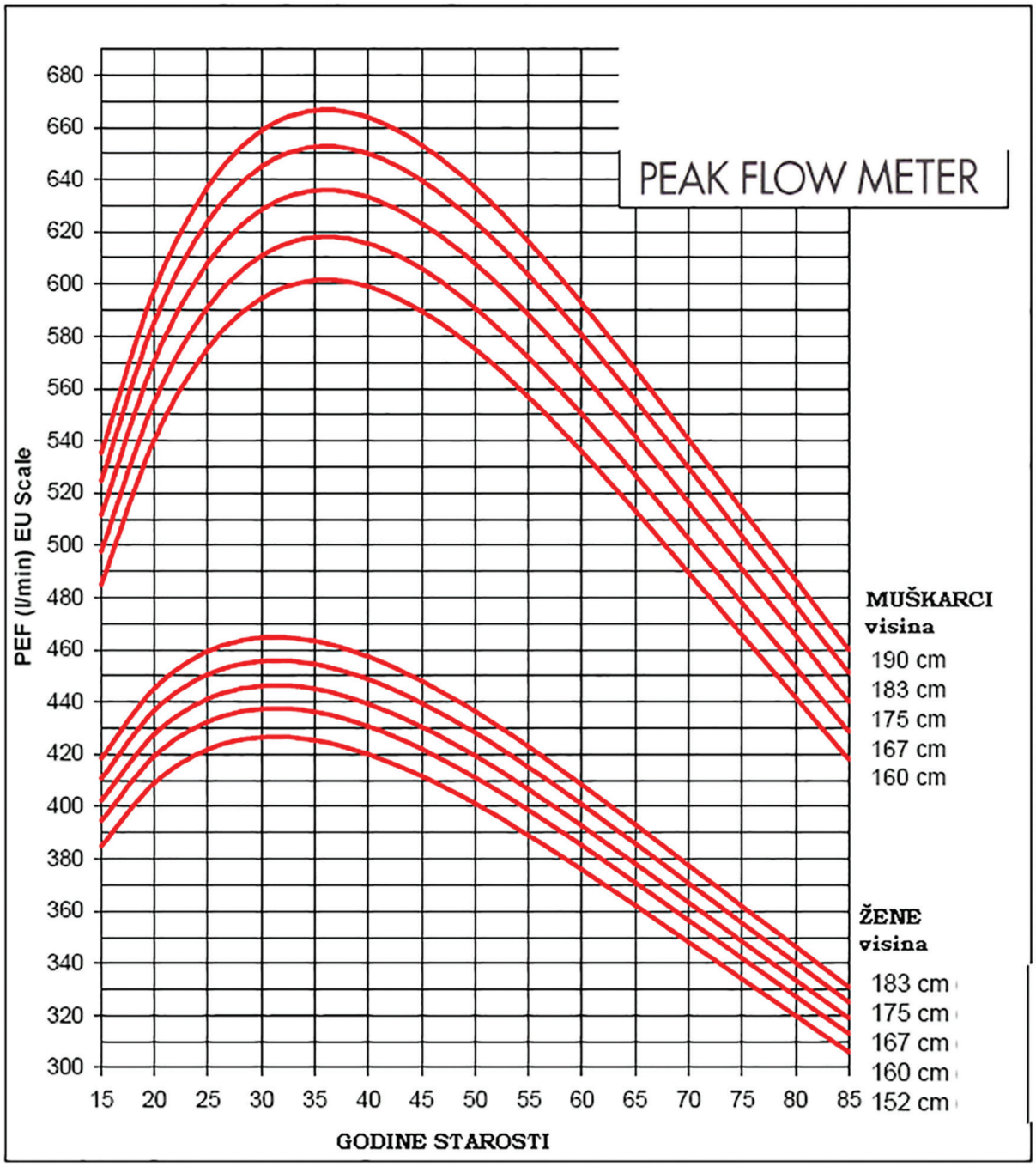
Evidencijski list mjerenja vršnog protoka zraka (PEF)

Ime i prezime pacijenta _____Broj kartona _____

Vrijednosti PEF-a	Datum mjerenja																							
	jutro	večer	jutro	večer	jutro	večer	jutro	večer	jutro	večer	jutro	večer	jutro	večer	jutro	večer	jutro	večer	jutro	večer	jutro	večer	jutro	večer
800																								
750																								
700																								
650																								
600																								
550																								
500																								
450																								
400																								
350																								
300																								
250																								
200																								
150																								
100																								
50																								

Prilog 2.

Tabela očekivanih vrijednosti PEF-a, prema dobi, spolu i visini



Adapted by Clement Clarke for use with EN13826 / EU scale peak flow meters
from Nunn AJ Gregg I, Br Med J 1989:298;1068-70

17 PROCEDURA UZIMANJA UZORKA VENSKE KRVI U KUĆI I SIGURAN TRANSPORT DO LABORATORIJA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Uzimanje uzoraka venske krvi je usluga s kojom se patronažna sestra/tehničar često susreće u patronažnoj posjeti. Kako bi se u laboratorij dostavio ispravan uzorak, patronažna sestra/tehničar mora izvršiti identifikaciju i pripremu pacijenta, pravilno uzeti i transportirati uzorak krvi.

Cilj ove procedure je standardizirati postupak uzimanja uzorka krvi i osigurati ispravan i siguran transport do laboratorija.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Uzimanje uzoraka krvi u kući izvodi se pacijentima koji ostvaruju prava na zdravstvenu njegu u kući, na temelju pisane uputnice i naloga liječnika, na kojem je naznačeno za koju pretragu se uzima uzorak.

4.1 Priprema prostora

Prostorija u kojoj se uzima uzorak krvi treba biti osvijetljena, prozračna i ugodne temperature, prilagođena stanju pacijenta.

4.2 Priprema materijala

- Standardizirane vakuum epruvete za uzimanje uzoraka venske krvi;
- stalak za epruvete;
- adekvatne sterilne igle;
- Esmarhova poveska;
- dezinfekcijsko sredstvo;
- tupferi vate;
- leukoplast;
- rukavice za jednokratnu uporabu;
- spremnik za oštri otpad;
- ručnik ili zaštitna folija;
- hladnjak za transport uzoraka.

4.3 Priprema pacijenta

- Identificirati pacijenta.
- Provjeriti je li pacijent proveo pripremu po uputama liječnika (natašte). *Ukoliko pacijent nije postupio po uputama, obavijestiti liječnika i postupiti po njegovim uputama.*
- Pacijentu objasniti postupak, dozvoliti pitanja, poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.
- Smjestiti ga u odgovarajući položaj da bi pristup mjestu aplikacije igle bio što pogodniji.
- Osloboditi od odjeće mjesto uzimanja uzoraka krvi.

4.4. Izvođenje postupka

- Provjeriti slaže li se krvna pretraga na uputnici s podatcima na epruveti,
- Staviti stalak za epruvete na dohvat ruke.
- Na predviđenom mjestu na epruveti upisati ime i prezime pacijenta, datum i godinu rođenja i vrijeme vađenja krvi ili zalijepiti barkod.

- Navući rukavice.
- Postaviti povesku (po mogućnosti ne direktno na kožu).
- Zamoliti pacijenta da stisne šaku.
- Palpacijom odrediti mjesto uboda.
- Dezinficirati mjesto uboda.
- Aplicirati iglu u venu pod odgovarajućim kutom.
- Spojiti epruvetu s iglom.
- Kada krv počne teći u epruvetu, otpustiti povesku i zamoliti pacijenta da otvori šaku.
- Izvaditi potrebnu količinu krvi (krv sama prestane teći kad je uzeta potrebna količina).
- Promijeniti epruvetu ne vadeći iglu (ukoliko se koriste različite epruvete za krvne pretrage).
- Kad je završen postupak vađenja krvi i odvajanja posljednje epruvete, staviti tupfer vate na mjesto uboda.
- Brzim pokretom izvući iglu iz vene, a drugom rukom vatom pritisnuti mjesto uboda, ukoliko je potrebno fiksirati leukoplastom.
- Zamoliti pacijenta da pritisne vatu ne savijajući ruku narednih par minuta.
- Iglu odložiti u spremnik za oštri otpad.
- Epruvete koji imaju antikoagulans lagano okretati 4–10 puta prije stavljanja na stalak.
- Staviti stalak u torbu za transport uzoraka i najduže 2 sata od vađenja krvi dostaviti u nadležni laboratorij.

4.5. Mjere opreza

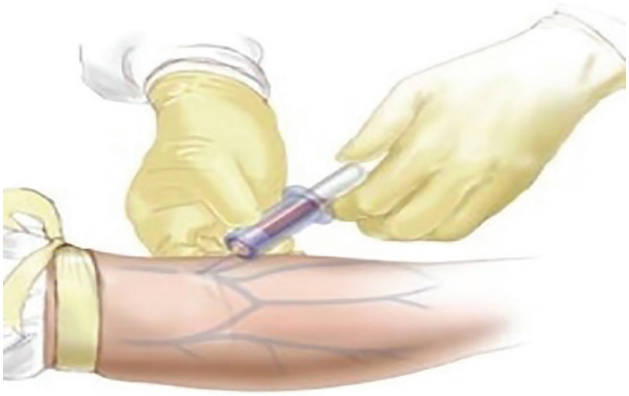
- Povesku ne držati na ruci pacijenta više od jedne minute.
- Ako uzimamo uzorke krvi za lipide povesku držati manje od minute, a za određivanje kalcija, magnezija i željeza ne koristiti povesku.
- Redoslijed vađenja krvnih pretraga određen je bojom čepa na epruveti.
- Redoslijed uzimanja krvnih pretraga neovisno o boji čepa na epruveti (plazma za koagulaciju, za sedimentaciju, serum za biokemijske analize, za hematologiju (KKS) i na kraju za glukozu).
- Uputnice ne transportirati zajedno s izvađenom krvi.
- Epruvete poslije uzimanja krvi lagano okretati, nikada ih tresti.
- Na uzimati krv s mjesta koja imaju ožiljke, hematome, rane i slične promjene.
- Ako uzimanje krvi ne uspije, ponoviti postupak uzimanja iz druge ruke.
- Ne vaditi krv iz ruke na kojoj teče infuzija.
- Uvijek ukloniti posljednju epruvetu prije vađenja igle iz vene.
- Epruvete bez antikoagulansa ne okretati niti tresti. Poslije vađenja staviti ih uspravno u stalak.
- Uzorci krvi se prenose u uspravnom položaju u zatvorenim sustavima.
- Transport uzoraka radi isključivo patronažna sestra/tehničar koja je uzela uzorak krvi (nikad treća osoba).
- Prilikom transporta izbjegavati mehaničke utjecaje.

4.6. Evidencija

Po povratku u ustanovu patronažna sestra/tehničar evidentira u važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- krvne pretrage za koje je izvađena krv;
- datum i vrijeme vađenja krvi;
- datum i sat kada je krv predana u laboratorij.

UZIMANJE UZORKA VENSKE KRVI U KUĆI PACIJENTA I SIGURAN TRANSPORT







Provjeriti tražene pretrage s uputnice, upisati podatke o pacijentu na epruvetu



Navući rukavice



Postaviti povesku



Dezinficirati mjesto



Aplicirati iglu u venu



Staviti epruvetu na iglu i skinuti povesku



Skinuti epruvetu, staviti vatu na mjesto uboda i izvući iglu



Epruvete staviti u stalak



Stalak staviti u spremnik i transportirati do laboratorija

18 PROCEDURA UZIMANJA BRISA NOSA I NAZOFARINKSA ZA MIKROBIOLOŠKU PRETRAGU I SIGURAN TRANSPORT DO MIKROBIOLOŠKOG LABORATORIJA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Bris nosa i nazofarinksa (nosnog ždrijela) su pouzdane mikrobiološke metode u dokazivanju uzročnika bolesti ili kliconoštva. Za pouzdane rezultate od najveće je važnosti pravilno uzimanje, transport i/ili privremeno čuvanje brisa.

Cilj ove procedure je standardizirati postupak uzimanja brisa nosa i nazofarinksa, te sigurnog transporta uzoraka od strane patronažne sestre/tehničara do mikrobiološkog laboratorija.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Uzimanje brisa nosa i nazofarinksa u kući izvodi se pacijentima koji ostvaruju prava na zdravstvenu njegu u kući, na temelju pisane uputnice i naloga liječnika.

4.1. Priprema materijala za uzimanje brisa nosa i nazofarinksa

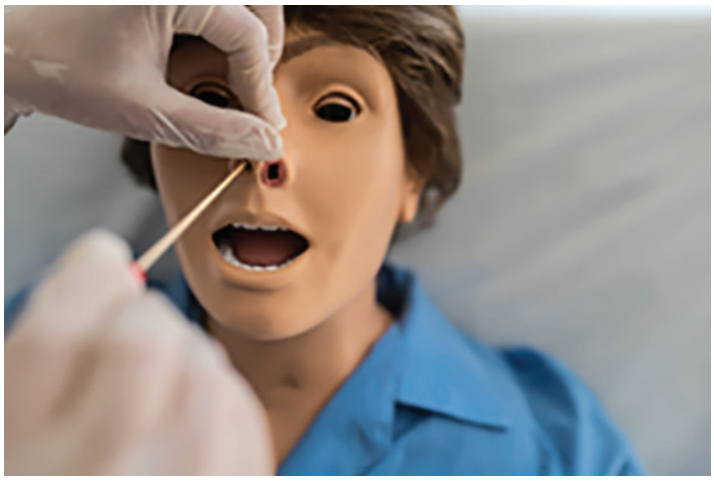
- Rukavice za jednokratnu uporabu;
- maska;
- sterilan štapić (bris nosa);
  i/ili elastični sterilni štapić (bris nazofarinksa);
- fiziološka otopina;
- Stuartov transportni medij.

4.2. Priprema pacijenta

- Objasniti pacijentu/skrbniku/njegovatelju, svrhu, postupak i suradnju koja se očekuje prilikom uzimanja brisa nosa ili nazofarinksa.
- Upozoriti pacijenta na neugodnost prilikom uzimanja brisa nosa ili nazofarinksa (nadražaj na kašljanje i kihanje).
- Postaviti pacijenta u odgovarajući položaj, po mogućnosti sjedeći, s glavom ravno postavljenom i usmjerenom prema izvoru svjetlosti, poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.



Slika 1.
Potreban materijal



Slika 2. Postupak uzimanja brisa



Slika 3. Bris uvući u epruvetu i zatvoriti je

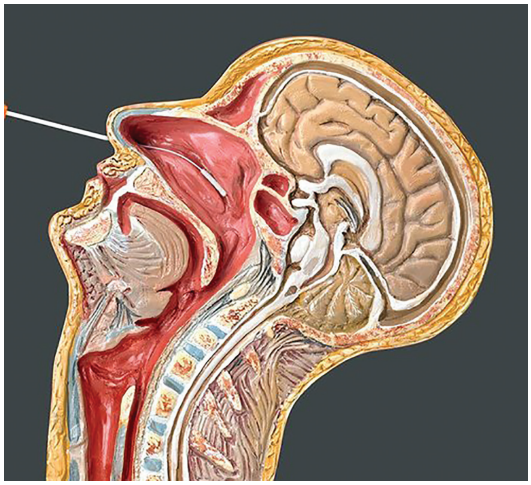
4.3. Postupak uzimanja brisa nosa i nazofarinksa

4.3.1. Bris nosa

- Oprati i posušiti ruke, navući rukavice i staviti masku,
- Otvoriti epruvetu, izvući sterilni štapić i pažljivo umočiti u sterilnu fiziološku otopinu,
- palcem nedominantne ruke lagano podignuti vrh nosa, provjeriti prohodnost nosnica, a glavu postaviti ravno da se nosni hodnik izravna.
- Štapićem ući u nosnicu (ne dirajući kožu) do dubine od oko 1–2 cm najprije u jednu, potom u drugu nosnicu i lagano rotirati 10–15 sekundi kako bi se upio sekret iz prednjih nosnih hodnika.
- Pažljivo štapić uvući u epruvetu i zatim je zatvoriti.
- Na epruveti napisati: ime i prezime pacijenta, vrstu uzorka, datum i sat kada je uzorak uzet i s epruvete skinuti barkod i nalijepiti na uputnicu.
- Uzorak s uputnicom dostaviti u mikrobiološki laboratorij unutar 1–2 sata.
- Ukoliko je transport duži od 2 sata nakon uzimanja, materijal treba pohraniti u Stuartov transportni medij na sobnoj temperaturi (20–25 °C) unutar 24 sata.

4.3.2. Bris nazofarinksa

- Oprati i posušiti ruke, navući rukavice i staviti masku.
- Otvoriti epruvetu, izvući savitljivi sterilni štapić i pažljivo umočiti u sterilnu fiziološku otopinu.



Slika 4. Bris nazofarinksa

- Palcem nedominantne ruke lagano podignuti vrh nosa, provjeriti prohodnost nosnica, a glavu postaviti ravno da se nosni hodnik izravna.
- Štapićem ući u nosnicu (ne dirajući kožu), lagano gurnuti do kraja srednjeg nosnog hodnika prateći zamišljenu liniju prema vrhu ušne školjke iste strane i rotirati da se upije sekret.
- Pažljivo štapić uvući u epruvetu i zatim je zatvoriti.
- Na epruveti napisati: ime i prezime pacijenta, vrstu uzorka, datum i sat kada je uzorak uzet i s epruvete skinuti barkod i nalijepiti na uputnicu.
- Uzorak s uputnicom dostaviti u mikrobiološki laboratorij unutar 1–2 sata.
- Ukoliko je transport duži od 2 sata nakon uzimanja, materijal treba pohraniti u transportni medij na sobnu temperaturu (20–25 °C) unutar 24 sata.

4.4. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi:

- nalog za posjetu;
- uputnica za mikrobiološki laboratorij;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege.

Po povratku u ustanovu, patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- datum i vrijeme uzimanja brisa nosa ili nazofarinksa;
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila posjetu.

19 PROCEDURA UZIMANJA BRISA ŽDRIJELA I TONZILA ZA MIKROBIOLOŠKU PRETRAGU I SIGURAN TRANSPORT DO MIKROBIOLOŠKOG LABORATORIJA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Bris ždrijela i tonzila je jedna od najčešćih mikrobioloških pretraga koja se izvodi za dokazivanje uzročnika bolesti dišnog sustava. Obavlja je patronažna sestra/tehničar po nalogu liječnika. Za pouzdane rezultate od najveće važnosti je pravilno uzimanje, transport i/ili privremeno čuvanje brisa.

Cilj ove procedure je standardizirati postupak uzimanja brisa ždrijela i tonzila, te siguran transport uzoraka od strane patronažne sestre/tehničara do mikrobiološkog laboratorija.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Uzimanje brisa ždrijela i tonzila u kući izvodi se pacijentima koji ostvaruju prava na zdravstvenu njegu u kući, na temelju pisane uputnice i naloga liječnika, na kojem je naznačeno za koju pretragu se uzima uzorak. Bris ždrijela i tonzila se uzima u jutarnjim satima prije obroka, konzumiranja napitaka i higijene usne šupljine. Ukoliko je pacijent jeo ili pio neki napitak, treba da prođe minimum 30 minuta (optimalno 2 sata) do uzimanja brisa.

4.1. Priprema materijala za uzimanje brisa ždrijela i tonzila

- Rukavice za jednokratnu uporabu;
- maska;
- špatula;
- bubrežnjak;
- brisevi (sterilan štapić s namotanom vatom na jednom kraju);
- Stuartov transportni medij.

4.2. Priprema pacijenta

- Objasniti pacijentu/skrbniku/njegovatelju, svrhu, postupak i suradnju koja se očekuje prilikom uzimanja brisa ždrijela i tonzila.
- Upozoriti pacijenta na neugodnost prilikom uzimanja brisa ždrijela i tonzila (nadražaj na povraćanje).
- Postaviti pacijenta u udoban (po mogućnosti sjedeći) položaj s glavom lagano zabačenom prema natrag i usmjerenom prema izvoru svjetlosti poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.

4.3. Postupak uzimanja brisa ždrijela i tonzila

- Oprati i posušiti ruke, navući rukavice i staviti masku na lice,
- Bubrežnjak staviti na dohvat ruke (prinijeti ga pacijentu ukoliko dobije nagon na povraćanje prilikom uzimanja brisa).
- Otvoriti epruvetu i pažljivo izvući sterilni štapić.
- Pacijentu savjetovati da proguta slinu i otvori usta.
- Pritisnuti bazu jezika špatulom, dok pacijent izgovara: “aaaaa”, laganom rotacijom štapića, uz pritisak obrisati tonzile, tonzilarne lože i ždrijelo, pazeći da se ne dotakne jezik ili sluznica usne šupljine, zubi i uvula (resica). Uzeti bris s gnojnih čepića ukoliko su prisutni.
- Pažljivo bris uvući u epruvetu i zatvoriti, pazeći da se uzorak ne kontaminira.
- Na epruveti napisati: ime i prezime pacijenta, vrstu uzorka, datum i sat kada je uzorak uzet i s epruvete skinuti barkod i nalijepiti na uputnicu.
- Uzorak s uputnicom dostaviti u mikrobiološku laboratoriju unutar 1–2 sata.
- Ukoliko je transport duži od 2 sata nakon uzimanja, materijal treba pohraniti u Stuartov transportni medij na sobnoj temperaturi (20–25 °C) unutar 24 sata.

4.4. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi:

- nalog za posjetu;
- uputnica za mikrobiološku laboratoriju;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege.

Po povratku u ustanovu, patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- datum i vrijeme uzimanja brisa ždrijela i tonzila;
- potpis patronažne sestra/tehničara koja je obavila posjetu.

20 PROCEDURA UZIMANJA UZORAKA URINA U KUĆI PACIJENTIMA S URINARNIM KATETEROM I SIGURAN TRANSPORT UZORKA DO LABORATORIJA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Urin ili mokraća je svijetložuta tekućina putem koje se iz organizma izlučuje većina štetnih tvari uz istodobno rješavanje suvišne tekućine. Ispitivanje urina je važno radi praćenja funkcije bubrega i urinarnog trakta, te radi detekcije metaboličkih i sustavnih bolesti.

Patronažna sestra/tehničar u kućnim uvjetima uzima uzorak urina kod pacijenata s kateterom za mikrobiološku i biokemijsku analizu.

Cilj ove procedure je uzimanje uzoraka urina iz urinarnog katetera na jedinstven i siguran način, i siguran transport do laboratorija.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Uzimanje uzoraka urina u kući izvodi se pacijentima koji ostvaruju prava na zdravstvenu njegu u kući, na temelju pisane uputnice i naloga liječnika, na kojem je naznačeno za koju pretragu se uzima uzorak.

4.1. Priprema materijala

- Sterilne bočice s poklopcem ili epruvete za urin;
- vinjeta za bočicu;
- rukavice za jednokratnu uporabu;
- sterilna šprica i igla;
- pean za klemanje;
- sredstvo za dezinfekciju;
- tupferi vate;
- bubrežnjak;
- posudu za transport urina;
- posuda za infektivni otpad;
- spremnik za oštri otpad.

4.2. Priprema prostora

Potrebno je osigurati privatnost pacijenta.

4.3. Priprema pacijenta

- Identificirati pacijenta.
- Pacijentu objasniti postupak, dozvoliti pitanja, poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.

4.4. Postupak uzimanja urina iz katetera

Urin iz katetera za laboratorijske pretrage uzima se nakon izmjene urinarnog katetera i vrećice.

- Presaviti cijev vrećice za urin u obliku slova „U“ i klemati.
- Ostaviti klemano 10–15 minuta.
- Skinuti rukavice kojima se mijenjao kateter i navući nove.
- Dezinficirati mjesto iz kojeg uzimamo urin na predviđenom mjestu na kateteru.
- Uzeti sterilnu špricu i staviti iglu.
- Uvesti iglu pod kutom od 45°.
- Aspirirati 10 ml urina u špricu.
- Otvoriti bočicu za urin i poklopac okrenuti unutarnjom stranom prema gore ne dodirujući prstima unutarnju stranu poklopca.
- Ubrizgati urin u bočicu ili epruvetu.
- Odložiti špricu u infektivni otpad, a iglu u spremnik za oštri otpad.
- Zatvoriti bočicu ili epruvetu za urin.
- Skinuti pean s cijevi vrećice za urin.
- Napisati podatke o pacijentu na vinjetu (ime i prezime, dan, mjesec i godina rođenja, vrijeme uzimanja urina, te napisati da je urin uzet iz katetera).
- Zalijepiti na bočicu ili epruvetu vinjetu s podatcima pacijenta.
- Staviti bočicu ili epruvetu s uzorkom urina u uspravnom položaju u posudu za transport,
- Skinuti rukavice i odložiti ih u komunalni otpad.
- Patronažna sestra/tehničar uzorak urina dostavlja u laboratorij u roku dva do tri sata (uzorak urina za laboratorijske pretrage može se pohraniti 24 sata na temperaturi od 4 °C).

4.5. Mjere opreza

- Ne uzimati urin iz vrećice za urin.
- Postupak izvoditi poštivajući načela asepse i antisepse.
- Uputnice za laboratorij i uzorci urina ne smiju se transportirati u istoj posudi.

4.6. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi:

- nalog za posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege.

Po povratku u ustanovu patronažna sestra/tehničar evidentira u važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- vrstu pretrage;
- datum i vrijeme uzimanja urina.
- datum i sat kada je urin predat.

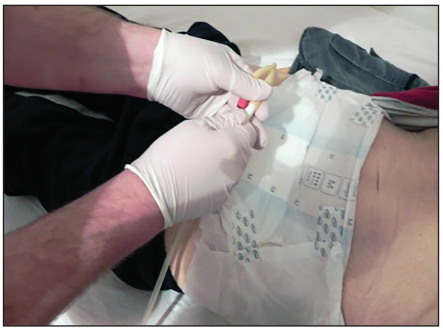
UZIMANJE UZORAKA URINA IZ TRAJNOG KATETERA



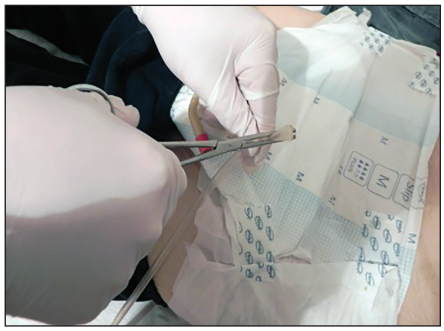




Staviti novi kateter



Promijeniti vrećicu za urin



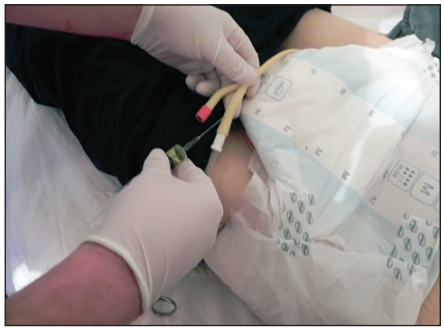
Klemati kateter



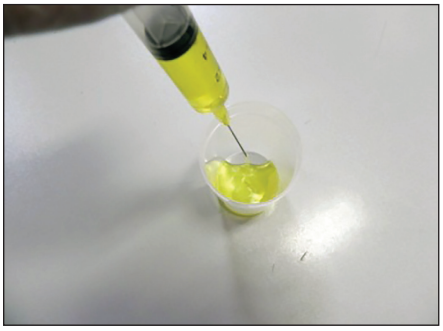
Dezinficirati mjesto uboda



Uzeti špricu i iglu



Uzeti potrebnu količinu urina



U predviđenu posudu uliti urin



Odložiti iglu
u spremnik za oštri otpad



Staviti posudu
u spremnik za transport

21 PROCEDURA UZIMANJA BRISA RANE ZA MIKROBIOLOŠKU PRETRAGU

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Rana je prekid anatomskog i funkcionalnog kontinuiteta tkiva, a s obzirom na tijek cijeljenja, rane mogu biti akutne i kronične. Rana koja ne cijeli u očekivanom razdoblju, perzistira ± 6 tjedana, prelazi u kroničnu ranu.

Za pouzdane mikrobiološke rezultate od najveće važnosti je pravilno uzimanje brisa rane (u pravo vrijeme, s odgovarajućeg mjesta), te siguran transport ili eventualno čuvanje materijala.

Cilj ove procedure je standardizirati pristup patronažne sestre/tehničara pri uzimanju brisa rane u kućnim uvjetima i siguran transport materijala.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Uzorak brisa rane u kući, u iznimnim situacijama (nepokretan pacijent bez mogućnosti transporta do zdravstvene ustanove), može uzeti patronažna sestra/tehničar samo po nalogu liječnika.

4.1. Priprema materijala za uzimanje brisa rane

- Rukavice;
- igle;
- šprica – od 20 do 50 ml;
- materijal za aseptičnu obradu rane (sterilni zavojni materijal, instrumenti i pokrivala),
- 0,9% fiziološka otopina;
- celštof ili kompresa;
- bubrežnjak;
- spremnik za infektivni otpad;
- brisevi (sterilan štapić s namotanom vatom na jednom kraju);
- Stuartov transportni medij;
- kemijska olovka.

4.2. Prostor

Prostorija u kojoj se uzima bris rane treba biti osvijetljena, prozračna (bez raspremanja prostorije najmanje sat vremena prije intervencije) i ugodne temperature, prilagođena zaštiti osobnosti pacijenta.

4.3. Priprema pacijenta

- Objasniti pacijentu/članu obitelji/njegovatelju, svrhu, postupak i suradnju koja se očekuje prilikom uzimanja brisa rane.
- Upozoriti pacijenta da za vrijeme uzimanja brisa ništa ne dira rukama i ne razgovara s prisutnim.
- Osloboditi predjel rane, poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.
- Postaviti pacijenta u udoban položaj s glavom okrenutom u suprotnu stranu.

4.4. Vizualna inspekcija rane

- Lokalizacija;
- veličina;
- širina;
- izgled dna rane (dubina);
- oblik;
- rubovi;
- znaci infekcije (sekrecija, gnoj).

4.5. Postupak uzimanja brisa rane

- Oprati i posušiti ruke, navući rukavice i staviti masku.
- Ukloniti s rane zavojni materijal i pokrivalo (ako je rana već tretirana), i odložiti u posudu za infektivni otpad.
- Postaviti kompresu i bubrežnjak ispod mjesta gdje se nalazi rana.
- Za dekontaminaciju rane, u sterilnu špricu navući fiziološku otopinu (0,9% NaCl), te s udaljenosti 2–5 cm isprati ranu, pazeći da mlaz ne bude suviše jak, kako se ne bi oštetilo tkivo u rani.
- Sterilnim instrumentom 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.
- Kožu oko rane očistiti 0,9% NaCl, zatim posušiti suhom sterilnom gazom.
- Otvoriti epruvetu i pažljivo izvući sterilni štapić.
- Za uzimanje uzoraka suhe rane potrebno je sterilni štapić posuti fiziološkom otopinom, a uzorak vlažne rane uzeti suhim sterilnim štapićem.
- Sterilni štapić prevući preko cijele površine rane cik–cak ili kružnim pokretima, istodobno ga rotirati među prstima u jednom smjeru, uz lagani pritisak na tkivo.
- Zadržati štapić oko 30 sekundi kako bi se upio sadržaj rane.
- Ukoliko postoji „džep“ u predjelu rane, uzeti zaseban bris s tog mjesta:
- Pažljivo štapić uvući u epruvetu i zatvoriti.
- Na epruvetu napisati: ime i prezime pacijenta, vrstu uzorka, datum i sat kada je uzorak uzet i lokalizaciju rane.
- Uzorak s uputnicom dostaviti u mikrobiološki laboratorij unutar 1–2 sata.
- Ukoliko je transport duži od 2 sata nakon uzimanja, materijal treba pohraniti u Stuartov transportni medij na sobnu temperaturu (20–25 °C).
- Bris rane se ne smije uzimati dok traje krvarenje ili unutar 12 sati nakon nanosa antiseptičkog sredstva.

4.6. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi:

- nalog za posjetu;
- uputnicu za mikrobiologiju;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege.

Po povratku u ustanovu, patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- datum i vrijeme uzimanja brisa rane;
- mjesto uzimanja brisa rane;
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila posjetu.

III DIO

PROCEDURE ZDRAVSTVENE NJEGE I TERAPIJSKIH POSTUPAKA

22 Procedura podizanja i premještanja pacijenta

23 Procedura hranjenja pacijenta putem nazogastrične sonde

24 Procedura zdravstvene njege i hranjenja pacijenta s perkutanom endoskopskom gastrostomom (peg) u patronažnoj posjeti

25 Procedura primjene klizme (klistiranje) u kućnim uvjetima

26 Procedura toalete traheostome

27 Procedura tretmana ulkusa dijabetičkog stopala

28 Procedura pripreme i primjene supkutane infuzije (hipodermoklize) u kućnim uvjetima

29 Procedura postupanja patronažne sestre/tehničara s umrlim u kući

22 PROCEDURA PODIZANJA I PREMJEŠTANJA PACIJENTA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Premještanje i podizanje pacijenata, patronažna sestra/tehničar provodi prilikom pružanja zdravstvenih usluga nepokretnim pacijentima. Primjenom ove procedure podizanje i premještanje pacijenta izvodi se na siguran način za pacijenta i za patronažnu sestru/tehničara, a ujedno predstavlja i edukativno demonstracijski postupak za članove obitelji ili njegovatelje.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Procjena

Prije izvođenja postupka podizanja i premještanja pacijenta potrebno je uraditi brzu procjenu:

- psihofizičkog stanja pacijenta (stupanj pokretljivosti, mišićnu snagu, podnošenje napora, mogućnosti komunikacije i suradnje...);
- prisutnosti ozljeda, oštećenja i propisanih ograničenja pacijenta;
- prisutnosti i vrste boli;
- okruženje.

4.2. Hvatovi koji se koriste prilikom podizanja i premještanja (tablica 1)

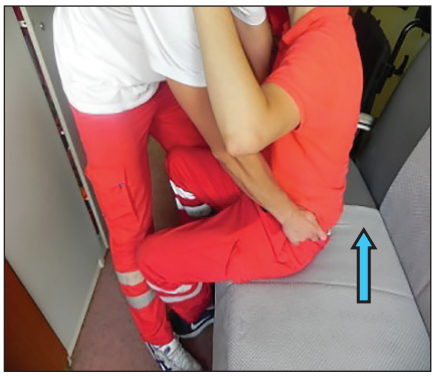
Tablica 1. Hvatovi koji se koriste prilikom podizanja i premještanja pacijenta

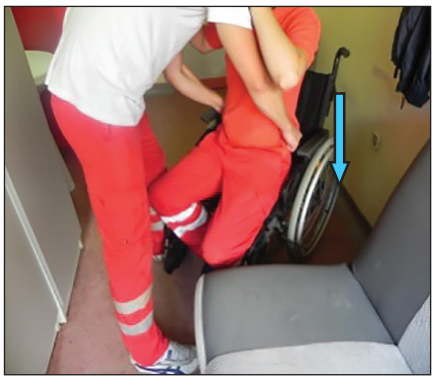
5. Hvat šakom (ruka–ruci) – kod promjene položaja iz ležećeg u sjedeći; – iz sjedećeg u stojeći; – pomoć pri ulasku u sanitetsko vozilo i sl.		
6. Hvat ispod pazuha za ruke Premještanje iz stojećeg u sjedeći položaj.		– Stati iza pacijenta, ruke provući ispod pazuha pacijenta i čvrsto uhvatiti pacijentove podlaktice. – Držati leđa ravno, blago savijati koljena i lagano spuštati pacijenta u sjedeći položaj.
7. Hvat za pojas Podizanje iz sjedećeg u stojeći položaj i obrnuto.		– Stati ispred pacijenta i postaviti jedno stopalo ispred stopala pacijenta kako bi se spriječilo „proklizavanje“. – Saviti noge u koljenima i rukama uhvatiti pacijenta za pojas. – Držati leđa ravno izravnavajući (istežući) savijene noge dizati pacijenta u stojeći položaj.

8. Pazušni hvat Podizanje iz sjedećeg u stojeći položaj.		– Stati sa strane i postaviti jedno stopalo ispred stopala pacijenta kako bi se spriječilo „proklizavanje“. – Saviti nogu u koljenu i postaviti svoje ruke ispod pazuha pacijenta. – Držati leđa ravno izravnavajući (istežući) savijenu nogu i dizati pacijenta u stojeći položaj.

4.2.1. Premještanje pacijenta s kreveta u sjedeća kolica

- Postaviti kolica paralelno s krevetom tako da je naslon kolica okrenut prema uzglavlju kreveta.
- Skinuti stranicu kolica koja je do kreveta.
- Zakočiti kolica.
- Podignuti držače za noge na kolicima.
- Pacijent samostalno, ili uz pomoć, treba da zauzme sjedeći položaj (slika 1).
- Spustiti noge pacijenta preko ruba kreveta (slika 2).
- Stati ispred pacijenta u lagani raskorak blago savijenih koljena i primjeniti jedan od preporučenih hvatova (2 ili 3) (slika 3).
- Pacijent može da obuhvati sestru/tehničara za ramena ili oko vrata.
- Uspraviti pacijenta i polukružnim pokretom smjestiti pacijenta u kolica (slika 4).
- Vratiti stranicu kolica.
- Spustiti držače za noge.
- Namjestiti noge na držače.
- Nasloniti leđa pacijenta na naslon, zakopčati sigurnosni pojas.
- Ruke pacijenta položiti u krilo.



Slike 1.–4.



Slika 5.
Pomoć pacijentu pri hodu

4.3. Pomoć pacijentu koji hoda

- Stati tijesno uz pacijenta.
- Rukom koja je bliže tijelu pridržavati pacijenta oko struka.
- Drugom rukom pridržavati ispruženu ruku pacijenta koristeći hvat šakom.

4.4. Pomoć pacijentu pri padu

- Ukoliko se dogodi da pacijent pada, sigurnije je nježno i polako spustiti pacijenta na pod nego sprječavati pad.
- Podmetnuti svoje tijelo i pustiti da tijelo klizi, ne pokušavati zadržati tijelo (kontrolirani pad).
- Pacijenta potom namjestiti u mogući fiziološki položaj i pozvati pomoć.

4.5. Podizanje pacijenta s poda

- U situaciji kada je pacijent na podu, pozvati pomoć.
- Ni pod kojim okolnostima ne pokušavati samostalno podizati pacijenta s poda.
- Ukoliko je pacijent u mogućnosti da surađuje i koristi vlastitu snagu, tada pomoći pri ustajanju.

4.6. Mjere opreza

- Kad god je moguće, podizanje i premještanje patronažna sestra/tehničar treba da izvodi s još jednom osobom (članom obitelji ili njegovateljem), koristeći propisane hvatove.
- Kada je sestra/tehničar nesigurna u svoju snagu (kod pacijenata koji su preteški), treba pozvati pomoć prije pokušaja podizanja, kako bi se izbjegle ozljede pacijenta i sestre/tehničara.
- Bez obzira koji hvat ili koja tehnika se koristi, položaj stopala je od velike važnosti za vlastitu sigurnost (stopala treba da čvrsto stoje na podu odvojena u smjeru pokreta pacijenta, polusavijenih koljena i ispravljene kralježnice).

23 PROCEDURA HRANJENJA PACIJENTA PUTEM NAZOGASTRIČNE SONDE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Enteralna prehrana je unos hrane, nutritivnih otopina ili pripravaka sondom u želudac ili u početni dio tankog crijeva, kada nije moguć unos hrane na usta zbog različitih bolesti ili stanja.

Cilj procedure je standardizirati postupak hranjenja pacijenta putem nazogastrične sonde u kućnim uvjetima, uz demonstraciju postupka pacijentu ili njegovatelju u svrhu samostalnog hranjenja.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Patronažna sestra/tehničar obavlja kućnu posjetu pacijentu s nazogastričnom sondom na temelju pisanog naloga liječnika.

4.1. Priprema patronažne sestre/tehničara za odlazak u kućnu posjetu

Prije kućne posjete, patronažna sestra/tehničar mora:

- informirati se o pacijentu uvidom u medicinsku dokumentaciju;
- dogovoriti termin i vrijeme dolaska u kućnu posjetu;
- planirati i odvojiti dovoljno vremena za kućnu posjetu.

4.2. Priprema potrebnog pribora i materijala za hranjenje

- Šprice od 50 ili 100 ml (s kljunastim nastavkom ili navojem prilagođenim za sondu),
- stetoskop;
- dezinfekcijsko sredstvo;
- papirnati ubrus;
- rukavice za jednokratnu uporabu.



Slika 1.
Pribor za hranjenje

4.3. Priprema pacijenta

- Postaviti pacijenta u Fowlerov položaj (uzglavlje na 30 do 45°), poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.
- Objasniti pacijentu i/ili njegovatelju način hranjenja i važnost suradnje.
- Upozoriti pacijenta na neugodnosti koje se mogu javiti prilikom hranjenja (mučninu, povraćanje).

4.4. Postupak hranjenja pacijenta putem nazogastrične sonde

Patronažna sestra/tehničar prilikom prve kućne posjete pacijentu s nazogastričnom sondom treba provjeriti je li pacijent ili njegovatelj dobio upute o zdravstvenoj njezi i prehrani prije otpusta iz bolnice.

Provođenje postupka:

- oprati i/ili dezinficirati ruke;
- navući rukavice;
- zaštititi pacijenta papirnatim ubrusom;
- pripremljenom obroku (gotovi farmaceutski pripravak ili miksana i pasirana hrana u kašastom ili tekućem obliku) i tekućini (čaj, voda) provjeriti temperaturu (37 °C);
- otvoriti čep na sondi;
- prije unosa hrane provjeriti ispravnost sonde (špricom utisnuti 20–30 ml zraka i istodobno stetoskopom u predjelu želudca provjeriti „šištanje zraka“);
- navući hranu u štrcaljku i spojiti sa sondom;
- polako, bez primjene sile utiskivati sadržaj u sondu (kada se štrcaljka odvaja od sonde, sondu začepiti kvačicom ili čepom);
- lagano ubrizgavati hranu (od 10 do 30 minuta, ovisno o količini hrane koju unosimo),
- pratiti reakcije pacijenta;
- nakon unosa hrane, isprati sondu s 20–30 ml vode;
- začepiti sondu kvačicom ili čepom;
- pacijentu savjetovati da ostane u povišenom položaju najmanje 30 minuta;
- raspremiti pribor.

Uz izvođenje postupka, patronažna sestra/tehničar istodobno educira pacijenta i njegovatelja, u cilju osposobljavanja za samostalno hranjenje. Sugerirati vođenje evidencije o unesenim količinama hrane i tekućine.





Slika 2. i 3.
Postupak hranjenja

Poželjno je dopustiti pacijentu i/ili njegovatelju da postavlja pitanja i da postupak hranjenja izvodi uz prisutnost patronažne sestre/tehničara, kako bi evaluirali stečeno znanje i vještine.

Upoznati pacijenta ili njegovatelja o mogućim komplikacijama, o kojim je potrebno izvijestiti liječnika.

4.5. Mjere opreza

- Ne odstupati od preporučene količine hrane.
- Prekinuti hranjenje u slučaju pojave osjećaja boli, mučnine, povraćanja, proljeva.
- Unos hrane uskladiti s dinamikom gutanja.

4.6. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi:

- nalog za posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege.

Po povratku u ustanovu, patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- datum i vrijeme hranjenja;
- evidentirati edukaciju i demonstraciju postupka;
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila posjetu.

24 PROCEDURA ZDRAVSTVENE NJEGE I HRANJENJA PACIJENTA S PERKUTANOM ENDOSKOPSKOM GASTROSTOMOM (PEG) U PATRONAŽNOJ POSJETI

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Perkutana endoskopska gastrostoma (PEG) je otvor na stijenci želudca napravljen kirurškim putem, s ugrađenom transabdominalnom sondom radi direktnog plasiranja hrane u želudac, kod pacijenata koji nisu u mogućnosti gutati hranu.

Cilj procedure je standardizirati postupke zdravstvene njege i hranjenja putem PEG–a u kućnim uvjetima uz demonstraciju postupka pacijentu i njegovatelju radi samostalne njege i hranjenja.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Patronažna sestra/tehničar kućnu posjetu pacijentu s gastrostomom obavlja na temelju pisanog naloga liječnika.

Postupci zdravstvene njege uključuju njegu gastrostome, postupak hranjenja i održavanja prohodnosti sonde.

4.1. Priprema materijala i pribora:

- dezinfekcijsko sredstvo za ruke;

- sterilne i jednokratne rukavice;
- maska;
- kompresa za zaštitu pacijenta;
- sterilni tupferi;
- 0,9% NaCl;
- sredstvo za dezinfekciju kože i sluzokože;
- posuda za upotrijebljeni materijal;
- zaštitna krema za kožu oko stome;
- prozirni flasteri;
- šprice od 20 ml za ispiranje sonde;
- šprice od 60 ml za hranjenje;
- šprice od 2 i 5 ml za ispiranje stome;
- obična voda i pripremljen obrok ili gotov pripravak za hranjenje putem gastrostome (37 °C).

4.2. Njega gastrostome:

- Prije izvođenja postupka oprati i dezinficirati ruke.
- Navući sterilne rukavice, po potrebi staviti masku.
- Očistiti kožu oko mjesta gdje je postavljena sonda 0,9% fiziološkom otopinom i dobro posušiti.
- Pažljivo odvojiti prsten stome od kože prilikom ispiranja i posušivanja.
- Namazati predjel oko stome namjenskom zaštitnom kremom i zaštititi prozirnim flasterom, koji je potrebno promijeniti svaka 2–3 dana.
- Zarotirati vanjski sigurnosni prsten za 90° (da se izbjegne pritisak na istom mjestu na koži) i spustiti ga nazad preko izlaznog mjesta.

4.3. Postupak hranjenja putem PEG-a

Patronažna sestra/tehničar prilikom prve kućne posjete treba da provjeri znanje pacijenta i njegovatelja o zdravstvenoj njezi i prehrani putem gastrostome, a potom pristupiti hranjenju i demonstraciji postupka.

- Postaviti pacijenta u sjedeći položaj u stolici ili u povišeni položaj u krevetu.
- Navući jednokratne rukavice.
- Prije unosa hrane provjeriti položaj sonde, te je li dobro fiksirana (pratiti oznake na sondi).
- Provjeriti prohodnost sonde – nakon spajanja šprice i sonde lagano povući klip šprice prema sebi pri čemu se treba pojaviti zelenkasto žućkasti sadržaj iz želudca, a potom lagano utiskivati hranu iz šprice.
- Hranu davati polako, špricom od 60 ml najmanje 15 minuta.
- Pratiti akt gutanja.
- Nakon svakog obroka ubrizgati 30–50 ml obične ili gazirane vode, kako bi se održavala prohodnost sonde.

Uz izvođenje postupka, patronažna sestra/tehničar istodobno educira pacijenta i njegovatelja u cilju osposobljavanja za samostalno hranjenje, poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.

Važno je da patronažna sestra/tehničar pruži upute pacijentu i njegovatelju o dovoljnom unosu kvalitetnih hranjivih namirnica i odgovarajućoj količini tekućine. Sugerirati vođenje evidencije o vremenu i količinama unesene hrane i tekućine.

Poželjno je dopustiti pacijentu i/ili njegovatelju da postavlja pitanja i da postupak hranjenja izvodi uz prisutnost patronažne sestre/tehničara, kako bi evaluirali stečeno znanje i vještine.

Upoznati pacijenta ili člana obitelji o mogućim komplikacijama, kada je potrebno izvijestiti liječnika.

4.4. Mjere opreza

- Prilikom njege gastrostome pregledati kožu oko sonde (mogućnost infekcije i erozije).
- Pratiti pojavu moguće iritacije ili bolnog mjesta na koži.
- Pri pojavi promjena na koži oko stome odmah obavijestiti liječnika.
- Ukoliko pacijent ima problema s disanjem tijekom hranjenja, odmah prekinuti hranjenje.
- Poslije završetka prehrane potrebno je da pacijent bude u istom položaju narednih 30–60 minuta (ovaj položaj onemogućava ulazak hrane u dušnik).
- Ukoliko se sonda začepi, potrebno je špricom od 2 ili 5 ml ubrizgati oko 50 ml tople obične ili gazirane vode, kako ne bi došlo do pucanja sonde.

4.5. Evidencija

Patronažna sestra/tehničar koristi sljedeću dokumentaciju:

- nalog za kućnu posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege.

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 te eventualne neželjene reakcije;
- evidentirati edukaciju i demonstraciju postupka.

25 PROCEDURA PRIMJENE KLIZME (klistiranje) U KUĆNIM UVJETIMA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Klistiranje je postupak kojim se pomoću rektalne sonde aplicira propisana otopina u debelo crijevo u cilju stimulacije peristaltike crijeva i/ili čišćenja i pražnjenja crijeva.

Cilj ove procedure je definiranje koraka za provođenje postupka klistiranja na siguran i standardiziran način.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Klistiranje u kući se izvodi teže pokretnim i nepokretnim pacijentima na temelju pisanog naloga liječnika, koji određuje količinu otopine (mala, srednja i velika) i način aplikacije (visoka ili niska). Proceduru izvodi patronažna sestra/tehničar.

Kod visoke klizme otopina se podiže na visinu 45–60 cm iznad rektuma pacijenta, a kod niske 30–45 cm.

Za primjenu visoke klizme rektalna sonda se uvodi u debelo crijevo 7–10 cm, a kod niske klizme 6–8 cm.

4.1. Priprema prostora

Prostorija u kojoj će se aplicirati klizma treba biti svijetla, prozračna i ugodne temperature, prilagođena zaštiti osobnosti pacijenta.

4.2. Priprema materijala

- Set za klizmu za jednokratnu uporabu ili rektalna sonda 22–28 cm za odrasle, irigator s crijevom i klemom;
- ordinirana otopina (standardna zapremina za irigacijsku klizmu je 750–1000 ml za odrasle) temperature od 20–37 °C , ukoliko nije drukčije propisano;
- sklopivi stalak za infuziju;
- lubrikant;
- nepropusna zaštitna folija;
- celštof;
- nesterilne jednokratne rukavice;
- maska za lice;
- noćna posuda (ako je pacijent nepokretan);
- dezinfekcijsko sredstvo za ruke.

4.3. Priprema pacijenta

- Pitati pacijenta/cu je li nekada primao klizmu i je li ima problem sa zadržavanjem tekućine.
- Objasniti postupak i dopustiti pitanja.
- Osigurati privatnost (zatvoriti vrata), poštivajući, koliko je moguće, njegove specifične zahtjeve u svezi sa svjetonazorom, te moralnim i vjerskim uvjerenjima.
- Osloboditi glutealnu regiju od odjeće.
- Postaviti pacijenta na lijevi bok (Simsov položaj).

4.4. Izvođenje postupka

- Navući rukavice i staviti masku na lice.
- Staviti nepropusnu zaštitnu foliju ispod gluteusa.
- Propisanu otopinu postaviti na stalak za infuziju pored kreveta na odgovarajuću visinu.
- Izbaciti zrak iz crijeva s irigatorom.
- Rektalni nastavak namazati lubrikantom u dužini od 10 cm.
- Nedominantnom rukom raširiti gluteuse pacijenta.
- Dominantnom rukom uzeti sondu i vrhom sonde dotaći anus, kako bi se sfinkter relaksirao, zatim polako rotirajući sondu nježno uvoditi rektalni nastavak u debelo crijevo 7–10 cm, a pritom savjetovati pacijenta da diše duboko na usta.
- Postaviti posudu s otopinom na stalak.
- Otvoriti ventil i pustiti da otopina izlazi polako, istodobno pridržavajući rektalnu sondu.
- Zamoliti pacijenta da duboko diše i stisne sfinkter.
- Promatrati pacijenta tijekom izvođenja postupka.
- Ako pacijent ima osjećaj napetosti i boli, privremeno prekinuti ispuštanje tekućine.
- Ukoliko pacijent ne može da stisne sfinkter, patronažna sestra/tehničar će mu stisnuti gluteuse za vrijeme primjene klizme.
- Kada je otopina u potpunosti aplicirana, zatvoriti ventil ili klemati crijevo.
- Celštofom obuhvatiti sondu kod rektuma i polako izvući sondu iz debelog crijeva kroz celštof.
- Zamoliti pacijenta da zadrži otopinu najmanje 15–20 minuta ili što može duže.

- Po završenom postupku klistiranja raspremiti pribor.
- Svući rukavice, oprati i dezinficirati ruke.

4.5. Mjere opreza

- Klizmu ne davati u sjedećem položaju ili na WC školjki, jer otopina neće ući dovoljno u rektum i nastat će distenzija rektuma, koja može rezultirati rapidnim izbacivanjem tekućine ili oštećenjem rektuma.
- Ukoliko nije moguće da pacijent zauzme Simsov položaj, klizmu je moguće dati u ležećem položaju na leđima ili okrenuti ga na desni bok.
- Kontaktirati liječnika odmah ukoliko pacijent nije nakon jednog sata spontano izbacio tekućinu.
- Ne davati više od tri klizme zaredom.
- Ako pacijent osjeti bol i ako sonda nailazi na trajan otpor, obavijestiti liječnika (moguć apsces ili tumor).
- Ukoliko pacijent teže kontrolira sfinkter, koristiti plastični štitnik na sondi ili koristiti sondu s balonom (Verdenov kateter).
- Moguća je pojava vrtoglavice i slabosti tijekom aplikacije tekućine.
- Moguća je srčana aritmija uslijed vagovazalne refleksne stimulacije nakon ubacivanja rektalne sonde.

4.6. Evidencija

Po povratku u ustanovu patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- datum i vrijeme i vrstu klizme;
- potpis patronažne sestre/tehničara.

26 PROCEDURA TOALETE TRAHEOSTOME

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Traheotomija je kirurški postupak kojim se pravi otvor (traheostoma) na prednjoj stijenci vratnog dijela dušnika radi prolaska zraka u donje dišne puteve, dok se gornji dišni putevi isključuju iz respiracije. Izvodi se u projekciji drugog ili trećeg trahealnog hrskavičnog prstena i drži se otvoren umetanjem trahealne kanile.

Trahealna kanila je metalna ili plastična cijev, različitih veličina, koja se umeće u traheju kroz otvor traheotomije. Sastoji se od: vanjske kanile, unutarnje kanile, te pločice s rupicama na kojoj se nalazi sigurnosna „bravica“ koja onemogućava ispadanje unutarnje kanile.

Cilj ove procedure je izvođenje postupka toalete traheostome na standardizirani način od strane patronažne sestre/tehničara.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Toaletu traheostome provodi patronažna sestra/tehničar kod pacijenata s formiranim otvorom (stomom), po nalogu liječnika.

4.1. Priprema materijala za toaletu traheostome (sadržaj patronažne torbe)

- Rukavice (lateks nesterilne);
- rukavice sterilne;
- jednokratna četkica za pranje kanile;
- 0,9% fiziološka otopina;
- podložak za kanilu;
- materijal (sterilni zavojni materijal, tupferi, vrpce, zavoji i pokrivala);
- celštof ili kompresa;
- bubrežnjak;
- dezinfekcijsko sredstvo;
- vazelin;
- zaštitna kremu za kožu područja oko traheostome;
- posuda za infektivni otpad;
- škare.

4.2. Priprema prostora

Prostorija u kojoj se obavlja toaleta traheostome treba biti osvijetljena, prozračna, vlažna (suh zrak iritira na kašalj) i ugodne temperature, prilagođena zaštiti osobnosti pacijenta.

4.3. Priprema pacijenta

- Zamoliti pacijenta za suradnju za vrijeme toalete traheostome.
- Objasniti pacijentu/članu obitelji/njegovatelju svrhu i postupak.
- Pacijenta smjestiti u Fowlerov položaj s ogledalom nasuprot pacijenta, poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.

4.4. Postupak toalete traheostome

Za vrijeme izvođenja toalete traheostome, bolesnik/član obitelji/njegovatelj, drži ogledalo nasuprot pacijenta radi edukacije pacijenta/člana obitelji/njegovatelja

- Oprati i posušiti ruke, navući rukavice i staviti masku.
- Postaviti kompresu oko vrata i bubrežnjak na dohvat ruke.
- Ukloniti s traheostome vrpcu (zavojni materijal) koja drži kanilu i odložiti u posudu za infektivni otpad.
- Izvući lagano kanilu povlačeći je prema sebi.
- Odvojiti unutarnju kanilu od vanjske, okretanjem sigurnosne „bravice“.
- Odložiti kanilu (vanjsku i unutarnju) u bubrežnjak.
- Oprati je mehanički četkicom i isprati pod mlazom tople vode.
- Staviti/potopiti u bubrežnjak s dezinficijensom (nekoliko minuta).
- Skinuti rukavice.
- Dezinficirati ruke.
- Navući sterilne rukavice (držati se aseptičkih postupaka ako je bolesnik tek operiran),
- Ukoliko su rubovi traheostome vlažni, područje reza i oko reza dezinficirati sterilnim tupferima (dezinficijens prema preporuci liječnika).
- Ukoliko su rubovi oko traheostome suhi i „čisti“, kožu oko traheostome očistiti sterilnim tupferima namočenim u 0,9% NaCl i posušiti i nanijeti zaštitnu kremu oko stome (krema prema preporuci liječnika).

- Isprati kanilu sterilnom 0,9% NaCl otopinom.
- Posušiti kanilu sterilnom gazom i umetnuti unutarnju kanilu u vanjsku.
- Zatvoriti sigurnosnu „bravicu“ na kanili.
- Namazati vanjski dio kanile vazelinom ili navlažiti sterilnom fiziološkom otopinom.
- Lagano uvući kanilu u traheostomu.
- Staviti podložak oko stome.
- Stajati s bočne strane pacijenta, držati gazu neposredno ispred stome (OPREZ! Pacijent kašljanjem izbacuje sluz) i poticati pacijenta na kašljanje, kako bismo bili sigurni da su dišni putevi slobodni i kanila na odgovarajućem mjestu.
- Učvrstiti vrpcu ili zavoj oko vrata, te provjeriti sigurnost kanile (zavoj i vrpca ne smiju stezati bolesnika oko vrata, ne smiju biti niti „labavi“ da kanila ne bi ispala).
- Raspremiti pribor.
- Oprati ruke.

4.5. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi:

- nalog za posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege.

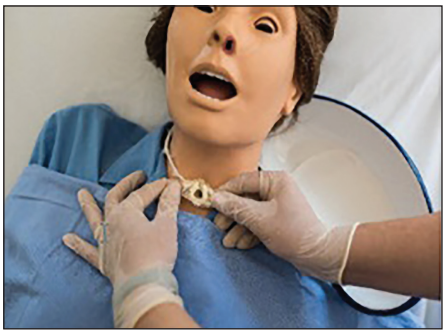
Po povratku u ustanovu, patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- datum i vrijeme toalete traheostome;
- datum sljedeće posjete;
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila posjetu.

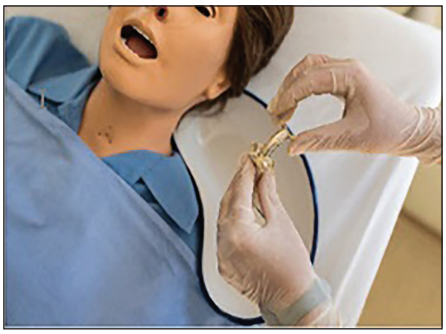
TOALETE TRAHEOSTOME



Potreban materijal za toaletu kanile



Izvući kanilu okretanjem sigurnosne „bravice“



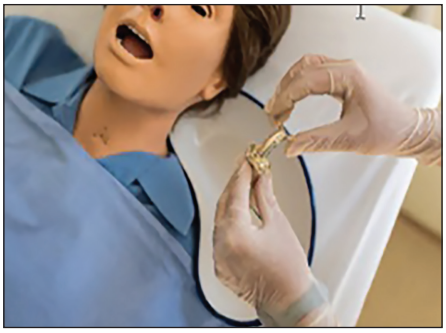
Odvojiti unutarnju kanilu od vanjske



Odložiti kanilu u bubrežnjak



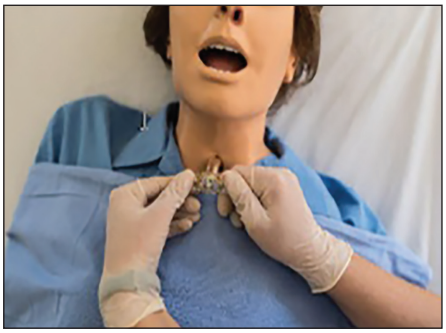
Očistiti mehanički, dezinficirati, isprati



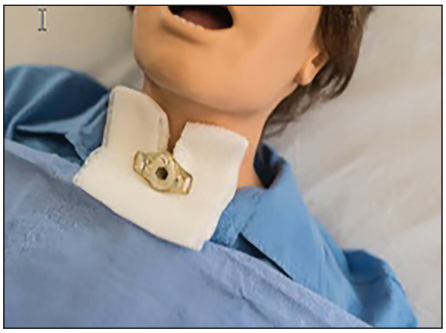
Umetnuti unutarnju kanilu u vanjsku



Zatvoriti sigurnosnu “bravicu“ i nanijeti vazelin



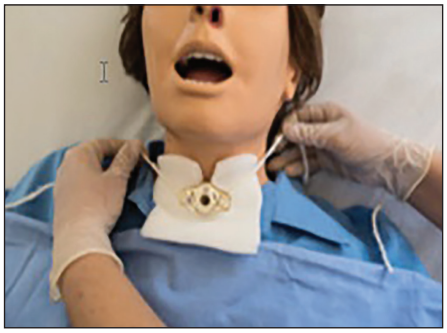
Uvući kanilu



Staviti podložak oko stome



Poticati pacijenta na kašljanje



Uvući zavoj ili vrpcu i učvrstiti oko vrata

27 PROCEDURA TRETMANA ULKUSA DIJABETIČKOG STOPALA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Uslijed dugotrajne povišene vrijednosti glukoze u krvi nastaju oštećenja krvnih žila i živaca, što za posljedicu ima promjene na koži stopala. Koža vremenom postaje suha, zadebljana, sklona pucanju i ljuštenju zbog smanjenog broja lojnih i znojnih žlijezda, odnosno smanjenog lučenja masnoće i vlažnosti kože stopala. Žuljevi i zadebljanja na stopalu mogu prethoditi nastanku kronične otvorene rane (ulkusa), koji često zbog razvoja infekcije može dovesti do gangrene i neophodne amputacije prsta, stopala, potkoljenice ili cijele noge.

Primarni cilj u tretmanu ulcerozne rane na stopalu pacijenta oboljelog od dijabetesa je cijeljenje u što kraćem vremenu.

Cilj ove procedure je jedinstven i siguran pristup tretiranju ulkusa stopala u kući.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Multidisciplinarni pristup tretiranja i sanacije ulkusa na stopalu u kući je dugotrajni proces u kojem dominantnu ulogu ima patronažna sestra/tehničar. Elementarno obilježje tipičnog ulcera na stopalu kod oboljelog od dijabetesa je dugotrajnost i mogućnost recidiva. Ova rana je lokalizirana većinom na plantarnoj strani stopala, na mjestima na kojima koža i meko tkivo trpi najveći pritisak. Obično su to rane okruglog ili ovalnog oblika i zahvaćaju različito veliku površinu i dubinu.

Indikaciju za tretiranje dijabetičkog stopala u kući određuje liječnik, navodeći u nalogu:

- stupanj lezije (Wagnerov klasifikacijski sustav ulcera na dijabetičkom stopalu) – Tablica 1;
- način tretiranja, obrada i previjanje ulkusa;
- učestalost;
- vrstu antiseptičkih sredstava;
- vrstu odgovarajućeg pokrivala (antiseptici, hidrokoloidi, alginati, poliuretanska pjena i sl.).

Postupak provodi patronažna sestra/tehničar po načelima asepse i antisepse.

Tablica 1 – stupanj lezije

Stupanj	Lezija
0	Nema otvorene rane, postoji deformitet stopala i lokalno crvenilo kože.
1	Površni dijabetički ulkus (djelimične ili pune debljine).
2	Rana seže na ligament, tetive, kapsulu zgloba bez apscesa i osteomijelita.
3	Duboki ulkus s apscesom, osteomijelitom, ili gnojenjem u zglobu.
4	Gangrena lokalizirana na prstima, prednjem dijelu stopala ili peti.
5	Ekstenzivna gangrena koja zahvata cijelo stopalo.

4.1. Tretiranje dijabetičkog stopala u kući pacijenta

4.1.1. Priprema materijala za tretman (sadržaj patronažne torbe):

- pregača za jednokratnu uporabu;
- komprese za jednokratnu uporabu ili celštof;
- maska;
- rukavice za jednokratnu uporabu;
- sterilni instrumenti (pean, pinceta);
- posuda za odlaganje upotrijebljenih instrumenta;
- veće sterilne šprice;
- sterilne gaze različitih veličina, zavoj, leukoplast;
- 0,9% rastvor NaCl sobne temperature;
- antiseptik ordiniran od strane liječnika;
- odgovarajuća pokrivala ordinirana od strane liječnika (polieuretanski filmovi i pjene, hidrokoloidi, hidrogel, alginati, neljepljive kontaktne mrežice, itd.);
- bubrežnjak;
- posuda/vrećica za infektivni otpad.

4.2. Priprema pacijenta

4.2.1. Pacijentu objasniti postupak i suradnju koja se od njega očekuje, poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.

4.2.2. Postaviti pacijenta u odgovarajući položaj.

4.3. Priprema prostora

Prostorija mora biti svijetla, prozračna i ugodne temperature, prilagođena zaštiti osobnosti pacijenta.

4.4. Postupak

- Navući/staviti pregaču.
- Postaviti dvije komprese jednu ispod stopala koje će se tretirati, a drugu za materijal koji će se koristiti tijekom tretmana.
- Materijal potreban za tretman postaviti na dohvat ruke.
- Dezinficirati ruke, navući rukavice i staviti masku.
- Ukloniti s ulkusa zavojni materijal i pokrivalo (ako je ulkus već tretiran), te ga odložiti u posudu za infektivni otpad.
- U špricu navući 0,9% rastvor NaCl.
- Bubrežnjak postaviti tako da bi se tekućina i eksudat iz rane slijevali u njega.
- Za ispiranje ulkusa, u sterilnu špricu navući 0,9% rastvor NaCl, te s udaljenosti od 2 do 5 cm isprati ulkus, pazeći da mlaz ne bude suviše jak, kako se ne bi oštetilo tkivo u rani.
- Sterilnim instrumentom uzeti tupfer sterilne 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, uključujući i čišćenje recesusa ako postoje.
- Postupak ponoviti više puta, koristeći svaki put novi sterilni tupfer.
- Po nalogu liječnika, tretirati ranu antiseptikom koji treba ostaviti na rani određeno vrijeme.
- Nakon toga ranu isprati 0,9% NaCl.
- Kožu oko ulkusa očistiti 0,9% NaCl, zatim posušiti suhom sterilnom gazom.
- Na ranu staviti ordinirani pokrov, kojeg treba zaštititi višeslojnom sterilnom gazom.



Slika 1. Prije tretmana



Slika 2. Nakon 2 mjeseca tretmana

- Gazu fiksirati i/ili zaviti zavojem i fiksirati leukoplastom.
- Nakon tretmana pospremiti upotrijebljeni materijal.
- Skinuti rukavice i odložiti u vrećicu za infektivni otpad.
- Infektivni otpad zbrinuti prema politici zbrinjavanja infektivnog otpada (nikako ne ostavljati u kući pacijenta).
- S pacijentom dogovoriti sljedeći dolazak.

4.5. Mjere opreza

- Patronažna sestra/tehničar treba da poznaje patofiziologiju nastanka ulkusa, kako bi njene informacije koje prenosi liječniku bile precizne, svrsishodne i korisne.
- Ako je uočena pojava nekrotičnog tkiva, treba što prije kontaktirati nadležnog liječnika.
- Rana će brže i kvalitetnije cijeliti ako nije izložena pritisku i stalnoj iritaciji (mehaničkom podražaju ili pritisku) tkiva na kojima se nalazi.

4.6. Evidencija

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

Adekvatno napisan opis svih karakteristika ulkusa, lokacija, veličina, dubina, opis vanjskog izgleda, rubova, zidova, eventualne nazočnosti recesusa (džepova), prisutnih znakova infekcije i okoline ispravan je način dokumentiranja stanja. Istodobno je potrebno opisati kolorit okolne kože, eventualno prisutne krvne podlive, bulozne promjene, zadebljanja. Na temelju ovih bilješki formira se svojevrsno objektivno svjedočenje o ulkusu koje se može usporediti sa stanjem tijekom tretmana.

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

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

28 PROCEDURA PRIPREME I PRIMJENE SUPKUTANE INFUZIJE (HIPODERMOKLIZE) U KUĆNIM UVJETIMA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Supkutana infuzija (hipodermokliza) se primjenjuje kod dehidracije pacijenta gdje je naknada tekućine otežana/onemogućena oralnim ili intravenskim putem, i kada patronažna sestra/tehničar procijeni da je obitelj/njegovatelj pokazala sposobnost da na siguran način postupa s infuzijom.

Cilj procedure je dati smjernice patronažnoj sestri/tehničaru o primjeni supkutane infuzije u kući.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Primjenu supkutane infuzije obavlja patronažna sestra/tehničar na temelju pisanog naloga liječnika.

4.1. Priprema materijala i pribora

- Propisana otopina za primjenu,
- infuzijski set;
- baby sustav (igla 21–25 Gauge);
- tupferi;
- dezinfekcijsko sredstvo;
- leukoplast;
- sterilna gaza (5x5 cm);
- rukavice za jednokratnu uporabu;
- stalak za infuziju;
- posuda za odlaganje oštrih predmeta;
- posuda za nečisto.

4.2. Priprema pacijenta

- Objasniti postupak pacijentu i/ili njegovatelju, dozvoliti pitanja, poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.
- Odrediti mjesto pogodno za aplikaciju infuzijske otopine (najčešća mjesta za aplikaciju: unutarnja strana bedara, prednja strana prsnog koša ispod ključne kosti (poseban oprez kod kahektičnih pacijenata), bočna trbušna stijenka, na leđima obično ispod lopatica).
- Procijeniti stanje kože na ubodnom mjestu.

4.3. Izvođenje procedure

- Materijal i pribor staviti na dohvat ruke.
- Oprati i posušiti ruke, navući rukavice za jednokratnu uporabu.
- Spojiti baby sustav na infuzijski sustav.
- Ubosti infuzijski sustav u bocu i propustiti tekućinu kroz sustav.
- Dezinficirati ubodno mjesto.
- Ostaviti antiseptik da djeluje i pustiti da se osuši.

- Palcem i kažiprstom nabrati kožu.
- Uvesti iglu baby sustava pod kutom od 45°, stavljanjem tupfera gaze pod krilca zadržati odgovarajući kut.
- Ubodno mjesto prekriti sterilnom gazom i fiksirati baby sustav.
- Cjevčicu baby sustava fiksirati za kožu leukoplastom u blizini ubodnog mjesta.
- Regulirati protok otopine (uobičajena brzina je 1 ml po minuti).
- Promatrati mjesto uboda i protok otopine unutar jednog sata.

4.4. Mjere opreza

- Supkutanu infuziju ne treba postavljati na:
- mjestima s postojećim edemima ili na udovima s limfedemom;
- mjestima primjene radioterapije;
- područjima oštećene kože ili ožiljaka;
- na strani mastektomije ili blizu stome;
- na donjim ekstremitetima pokretnih pacijenata.
- Patronažna sestra/tehničar ne smije dodavati nikakve lijekove u bocu s otopinom za supkutanu infuziju, osim ako to nije propisano.
- Infuziju isključiti u slučaju pojave crvenila, otvrdnuća, osjetljivosti, krvarenja ili edema.
- Maksimalna količina je 1,5 litar u 24 sata na jednom mjestu ili 3 litre u 24 sata, ako se koriste dva mjesta primjene.
- Poželjno je mijenjati mjesta apliciranja infuzije svakih 48 do 72 sata.
- Pacijenta i/ili njegovatelja je potrebno savjetovati o pravilnom načinu čuvanja otopina u kući, pri čemu se treba pridržavati uputa proizvođača.

4.5. Evidencija

Patronažna sestra/tehničar koristi sljedeću dokumentaciju:

- nalog za kućnu posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege.

Po povratku u ustanovu, patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- datum i vrijeme patronažne posjete;
- vrstu usluge;
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila patronažnu posjetu.

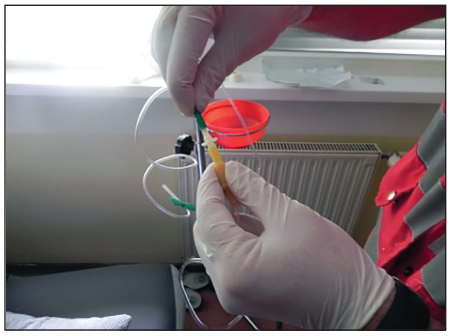
SUPKUTANA INFUZIJA – HIPODERMOKLIZA



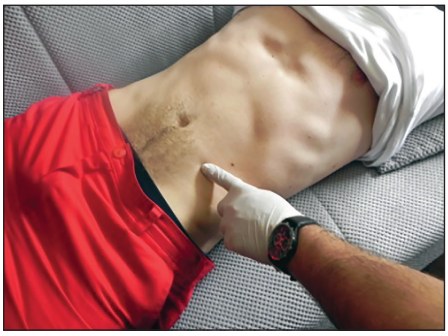




Pripremiti infuziju



Staviti baby sistem na infuziju



Odrediti mjesto uboda



Dezinficirati mjesto uboda



Podignuti kožu i aplicirati iglu



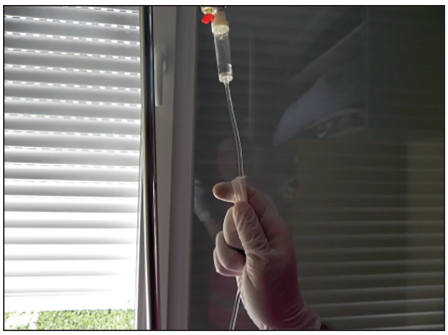
Postaviti gazu ispod baby sistema



Fiksirati baby sistem



Fiksirati nastavak baby sistema



Regulirati propisani protok

29 PROCEDURA POSTUPANJA PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA S UMRLIM U KUĆI

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Smrt je stanje organizma nakon prestanka rada vitalnih organa, srca i mozga. Patronažna sestra/tehničar može biti svjedok smrtnog ishoda pacijenta za vrijeme posjete, ali može i zateći pacijenta koji je umro prije dolaska u kućnu posjetu.

Cilj ove procedure je dati smjernice patronažnoj sestri/tehničaru kod smrtnog ishoda pacijenta neposredno prije ili za vrijeme posjete.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Patronažna sestra/tehničar u slučaju sumnje da je smrt nastupila, poziva hitnu službu. Ukoliko posumnja na smrt nastalu nasiljem ili samoubojstvo, dužna je osigurati da se ne izgube tragovi mogućeg kaznenog djela do dolaska hitne službe.

4.1. Postupci patronažne sestre/tehničara nakon utvrđivanja smrti od strane nadležnog liječnika/mrtvozornika

Članovima obitelji umrle osobe, patronažna sestra/tehničar treba pokazati i izraziti sućut, pružiti psihičku i fizičku potporu. Ukoliko obitelj zahtjeva, osigurati im vrijeme za oproštajne trenutke s umrlom osobom i osigurati članovima obitelji da provedu religijske ili kulturološke obrede. Nakit s tijela umrle osobe skida obitelj umrle osobe, ili patronažna sestra/tehničar uz nazočnost jednog svjedoka. Otklonjeni nakit preuzimaju članovi obitelji, i sve predmete (ostavljene na tijelu i otklonjene s tijela) upisuje u dva primjerka Zapisnika o dragocjenostima i drugim predmetima zatečenim na umrloj osobi **(prilog 1)** koje potpisuje, s jedne strane patronažna sestra/tehničar, a s druge jedan član uže obitelji/skrbnik/njegovatelj/svjedok.

4.2. Zbrinjavanje umrle osobe

4.2.1. Postupak zbrinjavanja umrle osobe

- Navući rukavice.
- Zaustaviti infuzijske otopine ukoliko ih pacijent prima.
- Zatvoriti oči; ukoliko se oči ne mogu zatvoriti do kraja, smotuljke vate namočene fiziološkom otopinom staviti na oči par minuta.
- Ukloniti drenove, katetere, nazogastričnu sondu, sustav za infuziju, i.v. kanilu, i sl., odložiti u spremnik za infektivni otpad.
- Prekriti sve vrste otvorenih rana (operativna rana, mjesto kanila, svježe stome…), uz pomoć gaze i leukoplasta.
- Položiti umrlog na leđa, ispruženih nogu i ruku položenih niz tijelo, ili ruke položiti onako kako zahtjeva obitelj umrlog.
- Ispod stražnjeg dijela vrata postaviti urolani ručnik (ukoliko se usta spontano ne zatvaraju, ručnik postaviti i ispod brade).
- Prekriti tijelo plahtom.
- Skinuti rukavice i oprati ruke.

4.3. Evidencija

Patronažna sestra/tehničar koristi sljedeću dokumentaciju:

- nalog za posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege;
- Obrazac – Zapisnik o zatečenim dragocjenostima i predmetima na umrloj osobi (ukoliko postoji).

Po povratku u ustanovu, patronažna sestra/tehničar evidentira i/ili ulaže u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o umrlom;
- datum posjete;
- provedene aktivnosti u kućnoj posjeti;
- potpis patronažne sestre/tehničara;
- ulaže Zapisnik o zatečenim dragocjenostima i predmetima na umrloj osobi (ukoliko postoji).

IV DIO

PROCEDURE HITNIH POSTUPAKA

30 Procedura postupanja u slučaju alergijske reakcije na lijek primijenjen u kućnoj posjeti

31 Procedura pružanja prve pomoći u slučaju epileptičkog napada prilikom patronažne posjete

32 Procedura pružanja prve pomoći u slučaju sinkope

33 Procedura prve pomoći u slučaju kardiopulmonalnog aresta

30 PROCEDURA POSTUPANJA U SLUČAJU ALERGIJSKE REAKCIJE NA LIJEK PRIMIJENJEN U PATRONAŽNOJ POSJETI

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Alergijska reakcija predstavlja neuobičajen i neprimjeren odgovor imunološkog sustava organizma na razne antigene s kojima je organizam došao u dodir. Alergijske reakcije su moguće na sve vrste lijekova.

Sama alergijska reakcija ne ugrožava život pacijenta, ali postoji velika mogućnost da se iz alergijske reakcije razvije anafilaktička reakcija i anafilaktički šok, pa alergijskoj reakciji treba pristupiti s dosta pažnje.

Cilj ove procedure je definirati postupke patronažne sestre/tehničara u slučaju pojave alergijske reakcije na lijek primijenjen u patronažnoj posjeti.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Postupak u slučaju alergijske reakcije na lijek

Prilikom aplikacije lijeka u patronažnoj posjeti, može se dogoditi alergijska reakcija na lijek, koja može biti trenutna (za vrijeme aplikacije lijeka) ili zakašnjela (od par minuta do nekoliko sati nakon aplikacije lijeka).

Najčešći simptomi alergijskih reakcija su zujanje u ušima, ubrzan puls, urtikarija, svrbež, suzenje očiju, vrtoglavica.

- Ukoliko se bilo koji od simptoma javi tijekom aplikacije lijeka, odmah prekinuti davanje.
- Ostati smiren i pribran, pripremiti pacijenta za daljnji tretman poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja (ukoliko je moguće).
- Pacijenta postaviti u Trendelenburgov položaj.
- Osloboditi ga odjeće (razvezati kravatu, otkopčati gornje gumbe, otkopčati remen).
- Pratiti vitalne parametre (tlak, disanje, puls).
- Promatrati pacijenta i komunicirati s pacijentom mirno, bez povišenog tona i pokušati saznati kako se pacijent osjeća i koje ima simptome.
- Obavijestiti ordinirajućeg liječnika o stanju pacijenta i provedenim postupcima, i dalje postupiti po nalogu liječnika.

4.2. Postupak u slučaju anafilaktičke reakcije ili šoka

Anafilaksija je ozbiljna, životno ugrožavajuća, generalizirana ili sustavna hipersenzitivna reakcija (European Academy of Allergology).

Ako su neki od vitalnih parametara promijenjeni, može se razviti anafilaktička reakcija ili anafilaktički šok koji mogu biti opasni po život pacijenta.

4.2.1. Znaci koji upućuju na mogućnost anafilaktičke reakcije su**:**

A. Airway – **otok dišnog puta** (faringealni/laringealni edem, promukao glas, stridor);

B. Breathing – **disanje** (dispneja, bronhospazam, konfuzija zbog hipoksije, zastoj disanja);

C. Circulation – **cirkulacija** (blijeda vlažna koža, tahikardija, hipotenzija, snižena razina svijesti, bradikardija koja prethodi srčanom zastoju);

D. Disability – **poremećaj svijesti**

– neurološka procjena (može biti konfuzija, agitiranost ili gubitak svijesti);

E. Exposure – **izloženost**

– promjene na koži (mogu biti samo na koži, samo na sluznici ili na koži i sluznici).

4.2.2. Postupak kod pojave prvih znakova

- Ukoliko se bilo koji od znakova javi tijekom aplikacije lijeka, odmah prekinuti davanje.
- Ostati smiren i pribran, pripremiti pacijenta za daljnji tretman poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja (ukoliko je moguće).
- Pacijenta postaviti u Trendelenburgov položaj.
- Pozvati hitnu pomoć.
- Otvoriti venski put (braunila većeg promjera).
- Pratiti tlak, puls i disanje.
- Osloboditi pacijenta od odjeće (razvezati kravatu, otkopčati gornje gumbe, otkopčati remen).
- Komunicirati s pacijentom ako je moguće, bez povišenog tona.
- Ako je pacijent u kardiopulmonalnom arestu, postupiti po protokolu za kardiopulmonalnu reanimaciju.
- Ostati uz pacijenta do dolaska hitne pomoći.

4.3. Mjere opreza

- Prije aplikacije lijeka obvezno provjeriti postojanje alergijskih reakcija (lijekovi, hrana i dr.).
- Pojedinačne promjene na koži ili sluznici nisu znak anafilaksije.
- Povećan je rizik od anafilaksije kod bolesnika koji boluju od astme.

4.4. Evidencija

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

- opće podatke o pacijentu;
- ime lijeka koji je doveo do alergijske ili anafilaktičke reakcije;
- vrijeme početka alergije ili anafilaktične reakcije;
- vitalne parametre tijekom alergijske reakcije ili anafilaktične reakcije;
- provedene postupke;
- vitalne parametre poslije alergijske reakcije ili anafilaktičkog šoka;
- ishod nakon provedenih postupaka;
- vrijeme dolaska hitne pomoći.

31 PROCEDURA PRUŽANJA PRVE POMOĆI U SLUČAJU EPILEPTIČKOG NAPADA PRILIKOM PATRONAŽNE POSJETE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Epilepsija se definira kao kronični moždani poremećaj različite etiologije, a karakterizira se ponavljanim napadima nastalim zbog prekomjernog pražnjenja moždanih neurona.

Epileptički napadi se ispoljavaju tijekom različitih stanja i bolesti koje izravno i neizravno zahvaćaju mozak (metabolički poremećaj, infekcije, tumori, trauma, hiperpireksija kod male djece i dr.). Napad je vidljivi simptom opisanih poremećaja i njegova manifestacija ovisi o tome na kojem se mjestu u mozgu poremećaj javlja.

Epileptički napadi se dijele na parcijalne, složene, generalizirane i apsanse. Napad koji traje 5 minuta i više je Epileptički status.

Ovom procedurom se definira postupak patronažne sestre/tehničara kod generaliziranog epileptičkog napada (grand mal).

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Ako se prilikom patronažne posjete, pacijentu ili nekome od prisutnih desi epileptički napad, patronažna sestra/tehničar treba da postupi sukladno svojim kompetencijama.

4.1. Postupak patronažne sestre/tehničara

- Ostati smiren i pribran.
- Pogledati na sat i utvrditi točno vrijeme početka napada.
- Ukloniti sve predmete na koje se pacijent može ozlijediti, ili, ako to nije moguće, pomaknuti pacijenta van dometa tih predmeta.
- Staviti pacijentu jastuk pod glavu ili neki mekani predmet, te tako osigurati da ne dođe do ozljede glave.
- Ukoliko je moguće, okrenuti osobu u bočni položaj s ustima okrenutim prema podu, a ako pacijentovo stanje to ne dozvoljava, okrenuti ga odmah nakon prestanka napada.
- Ako je potrebno skinuti naočale, kravatu, otkopčati gornji gumb s košulje, otkopčati remen i slično.
- Odstraniti sve osobe koje mogu ometati rad oko pacijenta i tako osigurati dovoljno prostora.
- Pustiti da se napad odvija svojim tijekom.
- Nikad ne pokušavati sprječavati trzaje tijela ili pritiskati udove pacijenta.
- Mjeriti vrijeme trajanja napada.
- Ostati sve vrijeme uz pacijenta i biti mu potpora kad napad prestane, poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.
- Kad napad prestane, osoba je najčešće dezorijentirana i pospana, te treba smireno i tihim glasom s njom komunicirati.

4.2. Mjere opreza

- Nikad ne stavljati osobi ništa u usta.
- Ne davati nikakve lijekove ili pića dok pacijent nije u potpunosti budan.
- Napad obično prestaje sam nakon 2–3 minute.
- Tijekom napada pacijent povremeno prestaje disati. Ne treba mu masirati srce ili mu davati umjetno disanje.

4.3. Pozvati hitnu pomoć u slučajevima kad:

- napad traje 5 minuta ili duže;
- se drugi napad javio neposredno nakon što je prvi završio;
- pacijent ima seriju napada bez da dolazi svijesti;
- postoji sumnja da osoba ne boluje od epilepsije i da mu je to prvi napad;
- se napad dogodio trudnici ili oboljelom od dijabetesa;
- patronažna sestra/tehničar sumnja na teže ozljede nastale uslijed epileptičkog napada;
- pacijent nakon napada ne dolazi svijesti;
- dezorijentiranost nakon napada ne prolazi;
- se epileptički napad desio malom djetetu.

Napustiti pacijenta tek kad smo sigurni da je napad u potpunosti prestao i da osoba nije dezorijentirana i potpuno je svjesna.

4.4. Evidencija

Po završetku postupka patronažna sestra/tehničar evidentira u Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege:

- opće podatke o pacijentu;
- trajanje epileptičkog napada;
- moguće ozljede tijekom napada.

32 PROCEDURA PRUŽANJA PRVE POMOĆI U SLUČAJU SINKOPE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Sinkopa je kratkotrajni i prolazni prekid kontinuiteta svijesti, praćen poremećajem tonusa mišića, padom i različitim motornim manifestacijama. Najčešće nastaje u stojećem ili sjedećem položaju, i obično ne traje duže od 20 sekundi.

Presinkopa je stanje koje se može javiti prije sinkope, uzroci su isti kao i kod sinkope, a manifestira se zijevanjem, mučninom, znojenjem, osjećajem slabosti i malaksalosti, šumom u ušima, smetnjama vida, odnosno trenutnim magljenjem pred očima bez gubitka svijesti, vrtoglavicom, osjećajem gubitka svijesti, nemogućnošću ostanka u uspravnom položaju.

Kao iznenadna pojava, sinkopa je mnogo opasnija jer osoba može zadobiti teže ozljede pri padu. Kod sinkope se manifestiraju sljedeći simptomi: nagli osjećaj slabosti, malaksalosti i brzi gubitak svijesti, nepokretnost, koža je blijeda, oblivena hladnim znojem, zjenice su proširene, a na svjetlosni podražaj sporo reagiraju, puls je brz i ponekad ga je teško izmjeriti, nagli pad krvnog tlaka, koji je teško mjerljiv (rjeđe može biti i normalan), disanje je površno i usporeno, ekstremiteti postaju hladni, po povratku svijesti, moguć je osjećaj mučnine i gađenja.

Cilj procedure je dati smjernice patronažnoj sestri/tehničaru za ispravno i sigurno postupanje u slučaju sinkope.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Postupak u slučaju sinkope

Ako se prilikom patronažne posjete, pacijentu ili nekome od prisutnih pojave znaci i simptomi sinkope, patronažna sestra/tehničar treba:

- spriječiti pad pacijenta i moguće ozljede (ukoliko je moguće);
- postaviti pacijenta u ležeći položaj, s nogama postavljenim iznad razine glave (autotransfuzijski položaj);
- provjeriti pacijentu disanje i puls;

prisutni disanje i puls	nije prisutno disanje i puls
– osloboditi pacijenta od odjeće koja stišće vrat i grudni koš	– pozvati hitnu pomoć (po mogućnosti neko od prisutnih lica)
– umiti ili lagano poprskati lice pacijenta hladnom vodom	– provoditi masažu srca i vještačko disanje do dolaska službe hitne medicinske pomoći
– osigurati dotok svježeg zraka	
– ostati uz pacijenta do povratka svijesti	
– zbrinuti ozljede koje je pacijent zadobio prilikom pada (ukoliko postoje)	
– započeti razgovor s pacijentom uzimajući anamnezu u cilju definiranja uzroka	
– izmjeriti i procijeniti vitalne paramatre i ŠUK	

- ako je sinkopa posljedica pregrijavanja, nakon povratka svijesti, pacijent se mora rashlađivati, prevesti u hladnu prostoriju i davati da pije hladnu, blago slanu vodu ili čaj;
- ako je bolesnik s hipoglikemijom svjestan, treba mu dati zaslađeni napitak ili neki slatkiš (šećer, čokoladu);
- s obzirom da dolazi do rashlađivanja tijela, posebno ekstremiteta, po dolasku svijesti potrebno je izvršiti utopljavanje pacijenta;
- obavijestiti nadležnog liječnika o zdravstvenom stanju pacijenta i provedenim postupcima,
- ukoliko se radi o ukućanu, savjetovati da se javi nadležnom liječniku;
- poštivati osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.

4.2. Mjere opreza

- Prerano podizanje pacijenta u sjedeći položaj može rezultirati ponavljanjem sinkope.
- Nije dozvoljeno davati pacijentu bilo što per os, osim u slučajevima ako je sinkopa posljedica pregrijavanja, kada se pacijent nakon povratka svijesti mora rashlađivati, i u slučaju hipoglikemije.
- Nije dozvoljeno davati lijekove bez liječnika, posebno ako je pacijent u nesvijesti.

4.3. Evidencija

Patronažna sestra/tehničar koristi sljedeću dokumentaciju:

- nalog za posjetu;
- Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege.

Po povratku u ustanovu patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- datum i vrijeme patronažne posjete;
- vrste pruženih usluga pacijentu u kući;
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila patronažnu posjetu.

33 PROCEDURA PRVE POMOĆI U SLUČAJU KARDIOPULMONALNOG ARESTA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Kardiopulmonalna reanimacija (KPR) je postupak koji se provodi kod kardiopulmonalnog aresta u cilju uspostave srčano–plućne funkcije i zaštite mozga od oštećenja, koji nastaje zbog nedovoljne ili prekinute cirkulacije krvi.

Cilj ove procedure je definirati postupke patronažne sestre/tehničara u slučaju kardiopulmonalnog aresta pacijenta u kućnim uvjetima.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Kod kardiopulmonalnog aresta važno je da patronažna sestra/tehničar djeluje što prije, kako bi se povećale šanse za oživljavanje i smanjile moguće posljedice. Ukoliko pacijent ne reaguje na podražaje i ne diše, što utvrđujemo metodom „gledaj, slušaj, osjeti“, potrebno je započeti kardiopulmonalnu reanimaciju prema protokolu za osnovno održavanje života (Basic Life Support – BLS).

4.1. Postupak

- Prije započete kardiopulmonalne reanimacije pozvati hitnu pomoć,
- Osigurati nesmetan pristup pacijentu poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja (ukoliko je moguće),
- Pacijenta postaviti u leđni položaj na ravnu i tvrdu podlogu (pod),
- Zabaciti glavu pacijenta unatrag, podignuti bradu i otvoriti usta.
- Provjeriti prohodnost dišnog puta.
- Izvaditi strano tijelo iz usta ako je prisutno.
- Napipati vrh prsne kosti.
- Mekani dio dlana nedominantne ruke položiti dva do tri poprečna prsta iznad vrha prsne kosti, a dlan dominantne ruke položiti preko njega isprepletenim prstima koji ne diraju kožu.
- Pritisnuti prsni koš, jednako snažno ritmičkim pritiskom 4 do 6 cm u dubinu.

– Postupak ponoviti 30 puta (frekvencija pritisaka 100 – 120 u minuti).
– Palcem i kažiprstom ruke koju stavimo na čelo zatvorimo nosnice pacijenta, držeći drugom rukom podignutu bradu.
– Duboko udahnuti.
– Čvrsto priljubiti svoja usta uz pacijentova (po mogućnosti preko gaze, maske ili maramice, airway).
– Ravnomjerno upuhati zrak u usta pacijenta u trajanju oko jedne sekunde, s dovoljno volumena da bude vidljivo dizanje prsnog koša.
– Dok se prsni koš spušta, ponovno duboko udahnuti i ponoviti postupak upuhivanja zraka.
– Naizmjenično nastaviti stimulaciju srca i umjetno disanje (30:2) do dolaska hitne pomoći.
– Ako je uspostavljen srčani rad i disanje, okrenuti pacijenta na bok.

4.2. Mjere opreza

– Ne izvoditi KPR bez prethodno utvrđenog prestanka disanja.
– Ne počinjati KPR kada je kardiopulmonalni arest prouzročen teškom ozljedom koja je nespojiva sa životom.
– Glavu držati dovoljno zabačenu, a bradu podignutu da se oslobodi dišni put.
– Ako je nepravilan odabir mjesta pritiska na prsnom košu, učinak masaže nije dovoljan.
– Ne savijati ruke u laktovima prilikom izvođenja kompresije.
– Ne oslanjati prste šaka na prsni koš.
– Prekinuti KPR kad se pojavi spontano disanje ili kad dođe hitna pomoć.
– Prekinuti KPR ako se nije uspostavio srčani rad pola sata nakon početka reanimacije (dugotrajna reanimacija je opravdana samo u slučajevima pothlađenosti i kod djece).
– U jednom broju slučajeva može se pojaviti agonalno disanje (ne smije se zamijeniti za spontano), koje se može opisati kao otežano zvučno hvatanje zraka s nejednakim pauzama.
– Ne napuštati pacijenta do dolaska hitne pomoći bez obzira na rezultat KPR.

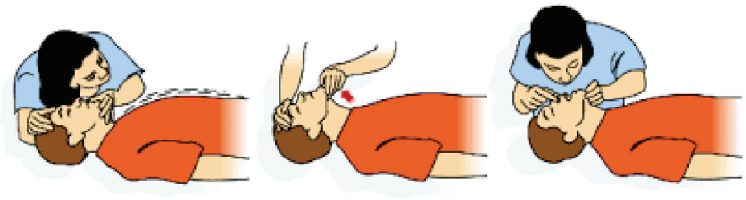
4.3. Evidencija

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

– opće podatke o pacijentu;
– vrijeme početka, završetka i ishoda reanimacije;
– vrijeme početka kardiopulmonalnog aresta ukoliko je poznat;
– provedene postupke;
– vitalne parametre poslije kardiopulmonalnog aresta.

PRVA POMOĆ U SLUČAJU KARDIOPULMONALNOG ARESTA







Protresti pacijenta



Provjeriti disanje



Otvoriti dišni put



Mjesto reanimacije učiniti sigurnim



Pozvati hitnu pomoć



Postaviti dlan na vrh prsne kosti



Ispreplesti prste i vršiti kompresiju



Primijeniti umjetno disanje do dolaska HMP



Naizmjenično ponavljati postupke

V DIO

PROCEDURE PROMOTIVNO–PREVENTIVNIH POSTUPAKA

34 Procedura procjene i edukacije pacijenta ili njegovatelja o pravilnoj primjeni lijekova u kući

35 Procedura savjetovanja pacijenta oboljelog od dijabetesa o njezi stopala

36 Procedura savjetovanja oboljelog od maligne bolesti prilikom patronažne posjete

37 Procedura prevencije komplikacija dugotrajnog ležanja/mirovanja

34 PROCEDURA PROCJENE I EDUKACIJE PACIJENTA ILI NJEGOVATELJA O PRAVILNOJ PRIMJENI LIJEKOVA U KUĆI

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) uvela je pojam ustrajnost ili suradljivost (adherence) kojom definira, između ostalog, postotak propisanih doza lijeka koji je pacijent uzeo tijekom određenog razdoblja. Slaba ustrajnost u terapiji kroničnih bolesti i nepravilna primjena propisane terapije predstavlja značajan javnozdravstveni problem.

Ukoliko pacijent uzima više lijekova kroz duži vremenski period (polifarmacija), zadatak patronažne sestre/tehničara je da provjeri ustrajnost uzimanja terapije, provjeri usvojeno znanje o pravilnom uzimanju propisane terapije i po potrebi educira pacijenta o ispravnom uzimanju terapije.

Cilj ove procedure je dati smjernice patronažnoj sestri/tehničaru za procjenu i edukaciju pacijenta ili njegovatelja o pravilnom uzimanju propisane terapije.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Procjena

4.1.1. Prilikom patronažne posjete, jedan od zadataka patronažne sestre/tehničara je da provjeri pravilno uzimanje propisane terapije:

- uvidom u medicinsku dokumentaciju;
- kontrolom lijekova koje pacijent posjeduje (propisane i nepropisane);
- kontrolom roka valjanosti lijekova koje pacijent posjeduje;
- postavljanjem kratkih pitanja o vrsti, količini, načinu i vremenu uzimanja lijekova.

4.1.2. Čimbenici koji utječu na ustrajnost uzimanja terapije i njegovu pravilnu primjenu:

- socioekonomski status (nedostatak sredstava, nedostatak socijalne potpore, skupi lijekovi itd.);
- istodobno liječenje više kroničnih bolesti;
- stanja vezana uz napredovanje osnovne bolesti (ozbiljnost simptoma, loša prognoza bolesti itd.);
- čimbenici vezani uz terapiju (dužina vremena uzimanja terapije, prethodni terapijski neuspjeh, česte promjene terapije, brzi nastup povoljnih učinaka terapije itd.);
- motivacija pacijenta za uzimanje terapije;
- nasilje u obitelji.

4.2. Planiranje aktivnosti

4.2.1. Na temelju izvršene provjere, patronažna sestra/tehničar obavlja procjenu ispravnosti uzimanja propisane terapije, te planira potrebne aktivnosti. Kod uočenih nepravilnosti, potrebno je savjetovati i educirati pacijenta i/ili njegovatelja (na temelju vlastitih kompetencija i nadležnosti), o:

- važnosti kontinuiranog uzimanja i posljedicama prekidanja propisane terapije;
- vremenu uzimanja terapije (je li se lijek uzima ujutro, tijekom dana ili navečer);

- pravilnim vremenskim intervalima između uzimanja dva ista lijeka;
- pravilnom načinu unosa lijeka;
- pravilnoj dozi lijeka;
- pravilnom uzimanju lijekova u odnosu na obroke (koliko vremena prije ili poslije obroka);
- lijekovima koji mogu dovesti do interakcija s određenom vrstom hrane;
- lijekovima koje se ne smiju lomiti (retard tablete i film tablete itd.);
- mogućim nuspojavama lijeka;
- mogućnosti korištenja alarma kao podsjetnika na vrijeme uzimanja lijeka (mobiteli, tajmeri i sl.);
- korištenju posuda s pregradama u koje stavljamo tablete za dnevnu ili tjednu terapiju.

4.2.2. Proces edukacije potrebno je prilagoditi kognitivnim sposobnostima osobe koju educiramo. Treba obratiti pažnju da je edukacija pacijenta ili člana obitelji često proces koji traje, gdje je krajnji cilj usvajanje znanja o pravilnom uzimanju propisane terapije.

4.2.3. Obavijestiti liječnika u slučaju uočenih nepravilnosti ili prekida uzimanja terapije.

4.3. Mjere opreza

- Prilikom edukacije izbjegavati medicinsku terminologiju koju pacijent i/ili njegovatelj ne razumije.
- Imati u vidu da osobe slabije kognitivne sposobnosti slabije usvajaju savjete, te pokazati dovoljno strpljenja.
- Prilikom svake sljedeće posjete planirati vrijeme za provjeru usvojenih savjeta i preporuka.
- U slučaju kada je nasilje u obitelji uzrok nepravilne primjene lijeka/ova, primijeniti proceduru postupanja patronažne sestre/tehničara u slučajevima nasilja u obitelji.

4.4. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna medicinska sestra/tehničar koristi:

- nalog za kućnu posjetu;
- Karton polivalentne patronažne njege.

Po povratku u ustanovu, patronažna sestra/tehničar evidentira i/ili ulaže u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- datum posjete;
- provedene aktivnosti u kućnoj posjeti;
- potpis patronažne sestra/tehničara.

ALGORITAM PROCJENE PRAVILNE UPOTREBE LIJEKOVA U KUĆNOJ POSJETI

OSOBE U RIZIKU:
- Pacijenti koji uzimaju više od 4 lijeka
- Pacijenti sa više oboljenja
- Pacijenti lošeg socijalno ekonomskog statusa
- Pacijenti sa lošom prognozom bolesti
- Pacijenti sa prethodnim terapijskim neuspjehom
- Pacijenti sa čestom promjenom terapije
- Pacijent nemotivisan za liječenje



SESTRINSKA ANAMNEZA

PRIKUPLJANJE PODATAKAZA PROCJENU

Iz medicinske dokumentacije:
- propisani lijekovi

Iz razgovora Pitati pacijenta/skrbnika:
- koje lijekove koristi
- kada uzima pojedine lijekove
- kako uzima pojedine lijekove
- za poteškoće prilikom uzimanja lijeka
- za nuspojave lijeka
- za uzimanje alternativnih pripravaka
- nedostatak sredstava, nedostatak socijalne podrške, skupi lijekovi

Pregledom valjanosti lijekova
- izgled
- način čuvanja lijeka
- rok trajanja

Aktivnosti nakon identifikacije problema

- Obavijestiti nadležnog liječnika o nepravilnoj i neustrajnoj primjeni propisane terapije
- Savjetovati pacijenta o pravilnoj upotrebi lijeka i važnosti ustrajnosti primjene istih
- Evidentirati identificiran problem i poduzete aktivnosti
- Planirati ponovnu procjenu

35 PROCEDURA SAVJETOVANJA PACIJENTA S DIJABETESOM O NJEZI STOPALA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Mnogi problemi sa stopalom se mogu spriječiti, a pacijenti koji boluju od dijabetesa trebaju biti svjesni problema koji mogu nastati uslijed oštećenja stopala. Nikada nije dovoljno naglašavati potrebu njege stopala jer se dobrom njegom mogu spriječiti teške komplikacije koje mogu završiti amputacijom.

Cilj ove procedure je jedinstven i siguran pristup pacijentu oboljelom od dijabetesa, s naglaskom na pravilnu njegu stopala.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Individualno savjetovanje pacijenta je jedan od najboljih vidova edukacije. Osiguran je dobar kontakt, dvosmjerne informacije, razvijanje povjerenja i brzo usvajanje određenih vještina, uz poštivanje osobnosti pacijenta.

- Savjetovanje o njezi stopala provodi patronažna sestra/tehničar nakon što je obavila pregled i procijenila stanje stopala.
- Potrebno je također procijeniti već postojeće znanje pacijenta o njezi stopala i sukladno tome prilagoditi savjete.
- Znanje pacijenta procijeniti postavljanjem pitanja otvorenog tipa npr: „Kako i kada perete vaša stopala?“; Kako režete nokte?
- Poželjno je imati edukativni materijal, brošure, slike, algoritme (prilog procedure) koji bi olakšali usvajanje znanja.
- Dinamiku savjetovanja treba prilagoditi pacijentu i njegovim mogućnostima usvajanja informacija.

4.1. Teme savjetovanja

4.1.1. Dnevna njega stopala

- Pregledati stopala svaki dan.
- Gledati i opipati područja između prstiju i oko peta.
- Ako pacijent ne može pregledati svoja stopala, može koristiti ogledalo ili zamoliti nekoga da to učini umjesto njega/nje.
- Dnevno prati stopala blagim sapunom i mlakom vodom (provjeriti vodu laktom kako bi bili sigurni da nije pretopla).
- Namakanje nogu se ne preporučuje kao dnevna njega stopala. Ako se namaču, ne bi trebalo da to bude duže od 2 do 3 minute, jer bi koža bila mekana i osjetljivija.
- Posušiti stopala ručnikom svjetlije boje, posebno između prstiju. Pogledati ručnik da nema krvi ili gnoja na njemu.
- Namazati hidratantnom kremom stopala (ne nanositi između prstiju), kako bi se spriječila pojava suhoće i raspuknuća.
- Koristiti kremu dva puta dnevno ako je koža iznimno suha.

4.1.2. Kurje oči i kalusi

- Javljaju se uslijed pritiska, najčešće zbog neodgovarajuće obuće.
- Nikada ne rezati kurje oči i kaluse, uvijek treba zatražiti pomoć profesionalaca (zdravstveni djelatnici, pedikeri).

4.1.3. Njega noktiju

- Skratiti nokte na nogama pri jakom svjetlu i nakon kupanja, kada su nokti mekani.
- Koristiti papirnatu turpiju, grickalicu za nokte ili škarice.
- Nikada nemojte koristiti nož ili grubu metalnu turpiju.
- Nikada nemojte guliti ili otkidati zanoktice.
- Skratiti nokte na nogama ravno, a nikada u uglovima ili niže završetka noktiju.
- Provjeriti ima li oštrih rubova, ublažiti ih turpijom.

4.1.4. Cipele i papuče

- Ne hodati bos.
- Nositi adekvatnu obuću.
- Nositi duboku i dovoljno široku obuću sa zaobljenim vrhom.
- Nositi cipele s vezicama ili čičkom, bilo s ravnom ili niskom petom (do 5 cm). Đon debljine – oko 1 cm).
- Pogledati unutarnjost cipele zbog grubih mjesta, šavova ili čavlića koji bi mogli izazvati ozljedu.
- Nikada ne nositi nove cipele cijeli dan. Nove cipele nositi kod kuće 20–30 minuta, a zatim povećavati vrijeme sve dok pacijent ne bude uvjeren da nema problema. Pregledati stopala ima li crvenila ili oštećenja.
- Preraspodjela sile nošenja težine na ugrožene dijelove stopala se može postići pomoću specijalne obuće ili uložaka.
- Često su potrebne specijalne cipele za odgovarajući oblik stopala, te oblikovani ulošci. U slučaju ozbiljnog deformiteta, cipele se mogu izraditi individualno za pacijenta.

4.1.5. Čarape

- Uvijek nositi odgovarajuću veličinu i izbjegavati velike rubove i debele šavove.
- Uvijek nositi čiste čarape. Izabrati čarape od pamuka ili ovčje vune, a ne od sintetičkih vlakana.
- Nikada ne koristiti podvezice, čarape s elastinom ili uske sokne.

4.1.6. Problemi sa cirkulacijom

Izbjegavati pregrijane kupke i ne koristiti električne jastuke ili termofore.

Savjetovati pacijenta da:

- prestane pušiti cigarete, jer pušenje dovodi do stezanja krvnih žila što rezultira smanjenjem cirkulacije u stopalima i nogama;
- ne sjedi prekrštenih nogu ili stoji dugo na jednom mjestu;
- se bavi prilagođenom tjelesnom aktivnošću;
- da o svakoj uočenoj promjeni (ozljedi, crvenilu, bezbojnosti, gnojenju ili bolu) obavijesti patronažnu sestru/tehničara.

4.2. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna sestra/tehničar koristi Karton oboljelog od dijabetesa za evidenciju aktivnosti koje je provela u kućnoj posjeti.

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

- opće podatke pacijenta;
- datum obavljene usluge;
- vrstu usluge (savjetovanje, demonstracija);
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je pružila uslugu.

DIJABETIČKO STOPALO
– SAVJETI ZA SAMOPREGLED I NJEGU STOPALA –

Pregledati:

– boju i temperaturu kože i nižeg dijela potkoljenice,
– nazočnost drugih promjena na koži,
– prostor između prstiju,
– nokte.

AKO PRIMIJETITE

- Nazočnost crvenila, otoka, osjećaja topline ili neuobičajenu hladnoću stopala
- Nazočnost ranica, zadebljanja kože, plikova, modrica ili drugih neuobičajenih pojava
- Nazočnost svrbeža, crvenila, pukotina između prstiju
- Neravne, zadebljale, lomljive nokte

DA

Ako imate:

– deformacije stopala;
– povremeno šepanje;
– bolna stopala.

DA

Obratite se vašoj patronažnoj sestri/tehničaru

NJEGA STOPALA

– perite noge svakodnevno u vodi temperature tijela, ne duže od 10 minuta,
– kožu posušite mekanim ručnikom,
– koristite blage, neutralne sapune,
– ako su Vam suha stopala upotrijebite hidratantnu kremu, ali ne između prstiju,
– nokte skratite ravno, vlastitim škaricama sa zaobljenim vrhovima i papirnatom turpijom,
– mijenjajte čarape svaki dan, neka budu od prirodnih materijala i neka ne stišću.

ŠTA NE ČINITI

– **Ne** hodajte bosi.
– **Ne** obuvajte cipele na bosu nogu.
– **Ne** nosite "japanke".
– **Ne** sjedite prekriženih nogu.
– **Ne** odstranjujte sami žuljeve, kurje oči, zadebljale nokte.

Nazovite svoju patronažnu sestru na broj telefona

_____

36 PROCEDURA SAVJETOVANJA PACIJENTA OBOLJELOG OD MALIGNE BOLESTI PRILIKOM PATRONAŽNE POSJETE

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Malignu bolest karakterizira abnormalno, nekontrolirano bujanje stanica koje se šire na druga tkiva putem krvnog i limfnog sustava, s različitom kliničkom slikom, tijekom i prognozom.

Patronažna sestra/tehničar je iznimno važna karika u zbrinjavanju oboljelog od maligne bolesti, stoga bi trebala razumjeti pacijentove probleme i potrebe, ali i prepoznati specifične simptome koje sa sobom nosi maligna bolest, i pridonosi poboljšanju kvalitete života pacijenta i obitelji oboljelog.

Cilj ove procedure je dati smjernice patronažnoj sestri/tehničaru za savjetovanje pacijenta oboljelog od maligne bolesti, poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

4.1. Procjena pacijenta

Kako bi adekvatno odgovorila na potrebe pacijenta, patronažna sestra/tehničar mora procijeniti njegovo tjelesno stanje i dobiti podatke o razini funkcionalne sposobnosti.

Kod pacijenata oboljelih od maligne bolesti se najčešće radi o kognitivnim poteškoćama, povišenom riziku za infekciju, oštećenju sluznice usne šupljine i kožnim promjenama, poremećajima hranjenja i stolice te prisutne boli.

Tablica 1. Poteškoće i problemi; simptomi i znakovi; savjeti i preporuke pacijentu

Poteškoće i problemi	Simptomi i znakovi	Savjeti i preporuke
Kognitivne poteškoće	– poremećaji pamćenja (zaboravljanje); – usporene psihomotorne aktivnosti; – teže izražavanje i komunikacija.	– naglasiti da su kognitivni problemi odraz osnovne bolesti, a ne njegove ličnosti; – preporučiti rješavanje križaljki i igranje društvenih igara; – predložiti šetnje, boravak u prirodi ili hobi; – ukazati na važnost pozitivnih misli, bez razmišljanja o drugim komorbiditetima; – uključivanje u grupe (udruge) pomoći.
Povišen rizik za infekciju (dišnog, urogenitalnog sustava, kože i sluznica)	– iznenadno povišenje temperature, tresavica, dispneja, dizurija, slabost, umor i promjene na koži.	– o njezi kože i sluznica, posebna pažnja kod pacijenata koji su na terapiji kortikosteroidima jer su uobičajeni znakovi infekcije prikriveni; – izbjegavati kontakt s osobama koje imaju akutne respiratorne infekcije.

Poteškoće i problemi	**Simptomi i znakovi**	**Savjeti i preporuke**
Oštećenja sluznice usne šupljine i kožne promjene	– ulceracije, crvenilo, pseudomembrane, bol, mukozitis; – osipi, eritem kože, alopecija.	– o njezi kože i sluznica; – upozoriti pacijenta na izbjegavanje sunčanja, kao i upotrebe sredstava koja mogu nadražiti kožu (losioni i parfemi s alkoholom); – preporučiti tuširanje mlakom vodom, izbjegavati kupanje u kadi; – nositi pamučnu i udobnu odjeću; – upotreba neutralnih krema, masti i losiona ili sredstava ordiniranih od strane liječnika; – upoznati pacijenta s mogućim gubitkom kose pri kemoterapijskom i radioterapijskom liječenju i ponovnim rastom kose; – skraćenje dužine kose.
Problemi i poremećaji prehrane	– gubitak apetita; – pothranjenost; – promjene okusa; – mučnina i povraćanje; – otežano gutanje.	– uzimati hranu s povećanom kalorijskom vrijednošću, ako nema kontraindikacija; – uzimati veću količina negaziranih napitaka, ako nema kontraindikacija; – kod pojave "metalnog" okusa u ustima i mučnine, preporučiti uzimanje bombona s okusom limuna/metvice, te ananasa; – voditi dnevnik o pojavi mučnine i povraćanja (prije, za vrijeme ili poslije terapije); – kod povraćanja, uzimati tekućine u malim količinama (po 5 ml u razmaku od 15 minuta); – odstraniti i očistiti naslage s jezika gazom namočenom u otopinu jedne žličice sode bikarbone u 450 ml tople vode; – za vrijeme kemo/radioterapije uzimati hranu (kuhana, usitnjena, nezačinjena, sobne temperature), koja će najmanje nadražiti sluznicu probavnog sistema.
Poremećaj stolice – proljev i opstipacija	– usljed dugotrajnog proljeva može nastati gubitak vitamina, minerala i tekućine, što za posljedicu može imati dehidraciju i bubrežno zatajenje; – opstipacija izaziva nelagodu, nadutost i distenziju crijeva.	Uz konsultaciju s ljekarom, savjetovati: – uzimanje veće količine tekućine i hrane koja je bogata natrijem (nemasne juhe od mesa i povrća) i kalijem (banane, marelice, breskve, kuhani krumpir); – smanjenje unosa vlakana u ishrani kao i hrane koja nadima (grahorice, mahunarke), ali i masnu, pečenu i prženu hranu; – apstinenciju od mlijeka i mliječnih proizvoda, a prednost dati sirovoj, naribanoj jabuci koja smanjuje broj stolica; – kod opstipacije savjetovati uzimanje tekućine, konzumiranje kompota od šljiva, suhe smokve te malih obroka); – lagano masiranje abdomena u smjeru kazaljke na satu, ne odlagati defekaciju, ovisno o stanju pacijenta savjetovati laganu tjelesnu aktivnost.
Kronična bol	– znakovi boli uz pacijentovu verbalizaciju i ocjenu na skali boli.	– ukloniti čimbenike koji pojačavaju bol (neudoban položaj, pritisak i napetost bolnog područja); – odvraćati pažnju od boli pozitivnim i veselim razmišljanjima, metodama relaksacije.

4.2. Mjere opreza

- O svakoj promjeni stanja pacijenta obavijestiti liječnika.
- Pacijentu, njegovoj obitelji i okolini uvijek pristupiti individualno te stvoriti profesionalan i empatijski odnos.
- Pri svakoj kućnoj posjeti obratiti pažnju na pacijenta u cijelosti (holistički pristup).
- Obratiti pažnju na znakove moguće depresije.
- Poštivati pacijentovu "šutnju", kada ne želi pričati o bolesti.
- Ne zanemariti insomniju kod pacijenta, ali i člana obitelji/njegovatelja.
- Razumljivo dati informacije, ne upuštajući se u procjenu, tijek i prognozu bolesti.
- U slučaju agresije pacijenta ili nekog od prisutnih ostati smiren i profesionalan.

4.3. Evidencija

Od dokumentacije, patronažna medicinska sestra/tehničar koristi:

- nalog za kućnu posjetu;
- Karton polivalentne patronažne njege.

Po povratku u ustanovu, patronažna sestra/tehničar evidentira i/ili ulaže u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- datum posjete;
- provedene aktivnosti u kućnoj posjeti;
- potpis patronažne sestre/tehničara.

37 PROCEDURA PREVENCIJE KOMPLIKACIJA DUGOTRAJNOG LEŽANJA/MIROVANJA

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Zbog dugotrajnog ležanja ili smanjene pokretljivosti pacijenta, dolazi do usporene cirkulacije i smanjene ventilacije pluća, što za posljedicu ima nastanak komplikacija u vidu dekubitusa, venske tromboze, respiratornih komplikacija, kontraktura i nesvjestice.

Zadaća patronažne sestre/tehničara je prepoznati čimbenike rizika koji pogoduju nastanku komplikacija, i educirati pacijenta i/ili njegovatelja o sprječavanju nastanka komplikacija dugotrajnog ležanja.

Cilj procedure je definirati postupke patronažne sestre/tehničara u cilju prevencije nastanka komplikacija dugotrajnog ležanja, uz edukaciju i demonstraciju potrebnih postupaka.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

4. PROCEDURA

Posjeta patronažne sestre/tehničara pacijentu, koji je zbog zdravstvenog stanja prinuđen da dugotrajno leži, treba da bude usmjerena na edukaciju pacijenta/ice, ukućana/njegovatelja o mjerama sprječavanja nastanka komplikacija dugotrajnog ležanja, uz demonstraciju potrebnih postupaka, poštivajući osobnost pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora, te moralnih i vjerskih uvjerenja.

Ukoliko stanje dozvoljava, poticati pacijenta/cu na što ranije ustajanje iz kreveta.

4.1. Dekubitus

Dekubitus nastaje kao posljedica izloženosti dijelova tijela dugotrajnom pritisku.

4.1.1. Mjere prevencije

Savjetovati pacijenta i/ili njegovatelja o:

- promjeni položaja pacijenta svaka 2 sata zbog preraspodjele pritiska na kritičnim područjima (predilekcijskim mjestima);
- uporabi antidekubitalnih pomagala (madrac, jastuk);

  svakodnevnoj higijeni tijela;
- redovitom mijenjanju posteljine i brizi o naborima na posteljnom i osobnom rublju;

  pravilnoj prehrani, uz unos dovoljne količine bjelančevina, vitamina (posebno vitamina A i C), elemenata koji sudjeluju u transportu kisika (cink, željezo, bakar);
- provođenju aktivnih i pasivnih vježbi;
- laganom masiranju predilekcijskih mjesta.

4.2. Duboka venska tromboza

Duboka venska tromboza najčešće se javlja na donjim ekstremitetima, zbog usporene cirkulacije uslijed čega dolazi do stvaranja ugruška/tromba.

4.2.1. Mjere prevencije

Savjetovati pacijenta i/ili njegovatelja o:

- ustajanju iz kreveta i laganoj šetnji po sobi, ako to dozvoljava stanje pacijenta;
- primjeni elastičnih čarapa ili elastičnog zavoja, u skladu s preporukama liječnika;
- povišenom položaju nogu prilikom ležanja na leđima;
- manualnoj masaži donjih ekstremiteta;
- čestoj promjeni položaja tijela u krevetu.

Podučiti pacijenta i/ili njegovatelja o provođenju aktivnih i/ili pasivnih vježbi donjih ekstremiteta koje pojačavaju tonus mišića i poboljšavaju cirkulaciju:

vježba 1. – stopalo pacijenta gurati prema gore, dok ne postigne kut od 90° i u tom položaju zadržati stopalo 20 sekundi – ponoviti 2 puta po 10 ponavljanja;

vježba 2. – rotirati svako stopalo polako u smjeru kazaljke na satu 10 puta;

vježba 3. – uraditi fleksiju i ekstenziju u koljenu, abdukciju i addukciju noge do granice boli – ponoviti 2 puta po 10 ponavljanja.

4.3. Respiratorne komplikacije

Respiratorne komplikacije (upala pluća, bronhitis, atelektaze) su česte kod pacijenata koji dugo miruju, a posljedica su smanjene ventilacije pluća, nakupljanja i zastoja sekreta i infekcije.

4.3.1. Mjere prevencije

Savjetovati pacijenta i/ili njegovatelja o:

- važnosti osiguranja optimalnih mikroklimatskih uvjeta u prostoru gdje pacijent boravi (prozračivanje, optimalna temperatura);
- promjeni položaja pacijenta u sjedeći položaj ili položaj s uzdignutim uzglavljem i polusavijenim nogama (Fowlerov položaj);
- primjeni mjera za sprječavanje kapljičnih infekcija;
- značaju aktivnog iskašljavanja.

Podučiti pacijenta i/ili njegovatelja o provođenju aktivnih i/ili pasivnih vježbi:

- disanja: duboki udah na nos – zadržati, izdah kroz usta uz izgovaranje glasa „S“ (10x). Izdah treba biti 2 puta duži od udaha. Ponavljati vježbe disanja nekoliko puta tijekom dana;
- iskašljavanja: pasivno – perkusijom (tapkanjem) postraničnog dijela prsnog koša ili ritmičkim udaranjem po leđima (regija pluća).

4.4. Kontraktura

Kontraktura je ograničena gibljivost zgloba u nekim ili svim smjerovima, koja može nastati zbog dugotrajnog mirovanja.

4.4.1. Mjere prevencije

Savjetovati pacijenta i/ili njegovatelja o:

- značaju postavljanja ekstremiteta u fiziološki položaj (ukoliko je potrebno koristiti pomagala, jastuke, udlage);
- značaju promjene položaja cijelog tijela i dijelova tijela svaka 2 sata.

Podučiti pacijenta i/ili njegovatelja o provođenju aktivnih i/ili pasivnih vježbi:

- istezanju zglobova (laganim pokretom zglobove pokretati u što većem mogućem opsegu, i u toj poziciji zadržati zglob 20 sekundi – ponoviti vježbu najmanje 10 puta).

4.5. Nesvjestica

Nesvjestica (sinkopa, kolaps) je nagli kratkotrajni gubitak svijesti, najčešće zbog hipoksije mozga, koja se često javlja kod pacijenta koji dugo leži.

4.5.1. Mjere prevencije

Savjetovati pacijenta i/ili njegovatelja o:

- potrebi postupnog mijenjanja položaja bolesnika iz ležećeg u sjedeći, i iz sjedećeg u uspravni, što ublažava ortostatsku hipotenziju;
- provođenju aktivnih i pasivnih vježbi ekstremiteta;
- provođenju vježbi dubokog disanja;
- redovitom mijenjanju položaja u krevetu.

4.6. Evidencija i dokumentacija

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

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

- opće podatke pacijenta;
- datum obavljene usluge;
- vrstu usluge (savjetovanje, edukacija);
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je pružila uslugu.

LITERATURA

1. Abdullah A., Keast J., Hypodermoclysis as a means of rehydration, Nursing Times, 1997.
2. Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine. Akreditacijski standardi za dom zdravlja, Sarajevo, 2017.
3. Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine. Akreditacijski standardi za timove porodične medicine, Sarajevo, 2014.
4. Ajduković A., Pečnik N., Zlostavljanje i zanemarivanje djece u obitelji, u: Revija za socijalnu politiku, 1994.,vol. 1, br. 3, str. 269.
5. American Nurses Association. Position Statement on Physical Violence Against Women. Washington DC: American Nurse Association, 1994.
6. American Psychological Association. Report of the American Psychological Association Presidential Task Force on Violence and the Family. Washington DC: American Psychological Association, 1996.
7. 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.
8. Bosna i Hercegovina, Federacija Bosne i Hercegovine, Federalno ministarstvo zdravstva, Priručnik za dodatnu edukaciju iz porodične medicine, medicinske sestre/tehničari, 2011/2012.
9. Bosna i Hercegovina, Federacija Bosne i Hercegovine, Federalno ministarstvo zdravstva, Priručnik za trening i edukaciju zdravstvenih radnika za postupanje u slučajevima nasilja u porodici/obitelji, Sarajevo, 2009.
10. Bosna i Hercegovina, Vijeće ministara, Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice Bosne i Hercegovine, Smjernice za postupanje u slučaju nasilja nad djecom u Bosni i Hercegovini, februar, 2013.
11. Brljak J. i sur., Zdravstvena njega u gastroenterologiji s endoskopskim metodama, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
12. BQM, časopis Udruženja za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH, br.1; 2006.
13. Campbell J.C. & Campbell D.W., Kulturne kompetencije u zbrinjavanju zlostavljanih žena. Časopis za medicinske sestre/primalje, 41, (6), 457-462, 1996.
14. Davidović M., Milošević D., Medicinska gerontologija, Beograd, 2007.
15. Dizdarević Z., Žutić H., Mehić B., Stević E., Astma Priručnik za pacijente, Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo, Sarajevo, 2006.
16. Dougherty L., Lister S., Manual of Clinical Nursing Procedures (Sixth Edition), Royal Marsden Hospital and Oxford, 2016.
17. Doyle D., Jeffrey D., Calman K., Palijativna njega u kući, Oxford University Press, 2000.
18. Eide H., Eide T., Komunikacija sestra-pacijent. Udruženje medicinskih sestara i tehničara, Beograd, 2005.
19. file:///G:/PEAK%20FLOW%20METAR/17.03.2019/napadi-astme.htm
20. Franić Z., Macan J., Zdravstveni rizici i poremećaji povezani s radnim mjestom medicinske sestre // Arhiv za higijenu rada i toksikologiju / Stipičević, S. - Zagreb: Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada, 2017, A20-a20 / Stipičević, Sanja (ur.). Zagreb, 2017. str. A20-a20
21. Grgurić B., Osnovni principi asepse i antisepse. Acta Med Croatica, 2009; 63(4):97-8.
22. Gubitak svesti, Nacionalni vodič za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Srpsko lekarsko društvo, Novembar, 2005.
23. Hoff Lee Ann, Pitanja nasilja: Interdisciplinarni vodič za kurikulume za zdravstvene radnike. Otava, Kanada: Odjel za zdravstvene programe i usluge. (Kopije dostupne od: Nacionalna klirinška kuća o nasilju u porodici, Odjeljenje za zdravstvene programe i usluge odjeljenja za prevenciju porodičnog nasilja, Zdravstvo Kanada Otava, ON K1A1B5). 1994.
24. Hrvatska komora medicinskih sestara, Razvrstavanje pacijenata u kategorije ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom, Zagreb, 2006.
25. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe, Zagreb, 2010.
26. https://bib.irb.hr/datoteka/876139.2017_Degoricija_Suradljivost_bolesnika.pdf
27. https://fmk.singidunum.ac.rs/blog/socijalni-radnik-u-zdravstvu/

28. http://hipokrat.ba/tekst/brza-rjesenja-koja-cuvaju-starije-osobe-od-padova-u-kuci/492
29. https://javno-zdravlje.hr/prevencija-padova-kod-starijih-osoba/
30. http://javno-zdravlje.hr/priprema-za-laboratorijske-pretrage/
31. http://kbc-rijeka.hr/wp-content/uploads/2017/06/Ukratko-o-va%C4%91enju-krvi.pdf
32. http://klinkemija.kbcsm.hr/HDMB/BiochMedARHIVA/Vol_01_1_1991/03_Cvoriscec_Vol01_1_1991-4.pdf
33. http://nazdravlje.net/sinkopa-gubitak-svesti-zbog-cega-nastaje-koji-su-simptomi-i-kako-se-leci/
34. https://propisi.ks.gov.ba/sites/propisi.ks.gov.ba/files/59_broj_79_od_13_mrtvozorstvo_0.pdf
35. http://www.aaaai.org/conditions-and-treatments/allergies/anaphylaxis
36. http://www.akaz.ba/Index/Politike_procedure.htm
37. http://www.astma.hr/izracunPEF.aspx
38. http://www.drpharma.hr/wp-content/uploads/2017/08/pulsni%20Oxi_22.pdf
39. https://www.epilepsy.com/learn/seizure-first-aid-and-safety/adapting-first-aid-plans/seizure-first-aid
40. https://www.erc.edu/
41. http://www.hitnazg.hr/prva-pomoc/sok
42. https://www.hzjz.hr/sluzba-mikrobiologija/upute-za-uzimanje-i-slanje-uzoraka/#Nazofaringealni%20sekret
43. https://www.hzjz.hr/sluzba-mikrobiologija/upute-za-uzimanje-i-slanje-uzoraka
44. http://www.javor-hotel.com/sr/leciliste/lecenje-astme/peak-flow-metar/
45. http://www.judzks.ba/Portals/0/Radovi_uposlenika/Medicinska%20sestra-edukator.pdf
46. https://www.kbsd.hr/Klinicka-mikrobiologija-uzorci-urina
47. https://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/pretrage/urinokultura-zasto-i-kako-se-radi-nalaz
48. https://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/simptomi/hipoksijasmanjena-razina-kisika-u-krvi-dijagnoza-uzroci-i-lijecenje
49. https://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/simptomi/sinkopa-uzroci-simptomi-lijecenje
50. http://www.kcus.ba/updf/31_Vodic%20za%20sestre%20i%20tehnicare%20instrumentare.pdf
51. http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anaphylaxis/diagnosis-treatment/treatment/txc-20307232
52. http://www.medicalcg.me/izdanje-br-90/uloga-i-znanje-medicinske-sestre-kao-edukatora-radno-vaspitanje/
53. http://www.mzss.hr/hr/programi_i_projekti/prevencija/nacionalni_program_zdravstvene_zastite_osoba_sa_secernom_bolescu
54. https://www.obs.ba/images/stories/RADOVI%20IZ%20KUCE/PREDANALITICKA_FAZA%20.pdf
55. http://www.pulmologija.hr/StrucniSadrzajLijecnici/Kisik.html
56. https://www.scribd.com/doc/124935486/Dekubitus.
57. http://www.zzjzosijek.hr/index.php?page=laboratorij-za-urinarne-infekcije
58. Jačanje odgovora zdravstvenog sistema na rodno zasnovano nasilje u Istočnoj Evropi i Centralnoj Aziji - Resursni paket, UNFPA Regionalni ured za Istočnu Evropu i Centralnu Aziju, Istanbul, Turska i WAVE Mreža i Evropski info centar protiv nasilja, Beč, Austrija, (Prevod na BHS), Sarajevo, 2015.
59. Javna ustanova Doma zdravlja kantona Sarajevo, Procedura o postupku sa pacijentom koji odbija određeni termin ili ne poštuje prethodno dogovoreni plan tretmana, Sarajevo, 2016.
60. Juretić M., Rogić M., Belušić-Gobić M., Cerović R., Petrošić N., Petrić D., Mogućnosti enteralne prehrane kod bolesnika s tumorom usne šupljine i orofarinksa. Medica Jadertina. 2013. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/100547
61. Kadović M. i sur., Sestrinske dijagnoze 2, HKMS, Zagreb, 2013.
62. Krivični zakon FBiH, „Službene novine FBiH“, broj 36/03.
63. LEMON stručni tekstovi iz sestrinstva. SZO, Regionalni ured za Evropu, prijevod Jež Sarajevo, 1992.
64. Lippincor W., & Wilkins USA, Sestrinske procedure - prevod sa engleskog/DATA STATUS, IV izdanje, Beograd, 2010.
65. Lugton J., Kindlen M., Palijativna skrb, Uloga za njegu, Churchill Livingstone, 1999.
66. Marais BJ., Lönnroth K., Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating health services and control efforts. 2013.
67. Martinsen T. E., Procedure: priručnik za medicinske sestre, Udruženje medicinskih sestara i tehničara Srbije, Beograd, 2004.
68. Milosavljević M., Civilizacijski okviri obrazovanja u socijalnom radu, Socijalna misao, Vol. 14, br. 1, Beograd, str: 7-30, 2007.
69. Mojsović Z. i sur., Sestrinstvo u zajednici, priručnik za studij sestrinstva, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2007.
70. National Nurse Consultant Group, The Royal College of Pathologists Pathology: the science behind the cure, 2014.
71. Ninčević Ž. i sur., Kliničke vještine II - Želučano crijevni i ekskrecijski sustav, Medicinski fakultet, Split, 2011.
72. Ozimec Š., Zdravstvena njega internističkih i infektoloških bolesnika (nastavni tekstovi), Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 2000.

73. Paravlić F., RIJEČ KAO LIJEK, Priručnik za medicinske sestre i tehničare. Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo, JU Opća bolnica "Prim. Dr. Abdulah Nakaš", Sarajevo, 2006.
74. Perković D. i sur., Priručnik za vježbe. Medicinska bakteriologija i virologija, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2013.
75. Pilav A., Mehić A., Jačanje odgovora zdravstvenog sistema na rodno zasnovano nasilje u Federaciji BiH: Resursni paket. UNFPA, Sarajevo, 2015.
76. Popović S., Tuberkuloza, Ponovni izazov medicini na početku trećeg tisućljeća, Naklada - Tisak, Zagreb, 2004.
77. Pravilnik o bližim uvjetima koje mora ispunjavati ustanova za zdravstvenu njegu u kući, kao i način njenog organiziranja, Službene novine Federacije BiH broj 60/12.
78. Pravilnik o „Općim odredbama i kućnom redu" Opće bolnice „Dr. Tomislav Bardek" Koprivnica, 2010.
79. Pravilnik o načinu pregleda umrlih te utvrđivanje vremena i uzroka smrti, Službene novine Federacije BiH, broj 79, 2013.
80. Pravilnik o upravljanju medicinskim otpadom, „Službene novine Federacije BiH", br. 77/08.
81. Priručnik o popunjavanju potvrda o smrti, "Unapređenje kvalitete mortalitetne statistike u BiH", Sarajevo, 2011.
82. Prlić N., Zdravstvena njega, Udžbenik za učenike srednje medicinske škole, 2003.
83. Projekat „Unaprijeđenje zdravstvene zaštite građana vezanih za kuću" izvještaj o radu za period maj 2006. - maj 2007. godine.
84. Program za kontrolu tuberkuloze u Federaciji Bosne i Hercegovine (NTP) 2013-2017.
85. Sestrinske intervencije. Klinički centar Niš, decembar, 2009.
86. Sestrinske procedure. IV izdanje, Beograd, 2010.
87. Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi bolesnika u kući, Hrvatska komora medicinskih sestara, Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući.
88. 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.
89. Standardne operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Priručnik 1, grupa autora, Fondacija fami, Sarajevo 2017
90. Tanović-Mikulec E., Salihović H., Dračić S., Nasilje nad ženama u partnerskim odnosima, priručnik za zdravstvene radnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Zavod za javno zdravstvo Kantona Sarajevo, Sarajevo 2008.
91. Tručević M., Primjena perkutane gastrostome u terapijske svrhe i intervencije medicinske sestre, Diplomski rad, Zagreb, 2015. (dostupno na: http://bip.irb.hr/prikaz-rad?&rad=770671)
92. Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva, "Službene novine Federacije BiH", br. 37/12.
93. Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata, "Službene novine Federacije BiH", br. 40/10.
94. Zakon o ravnopravnosti spolova u BiH, Službeni glasnik BiH, br. 32/10.
95. Zakon o sestrinstvu i primaljstvu, „Službene novine Federacije BiH", br. 43/13.
96. Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, „Službene novine Federacije BiH" br. 59/05, 52/11, 6/17.
97. Zakon o slobodi pristupa informacijama, „Službene novine Federacije BiH", br. 32/01.
98. Zakon o zaštiti od nasilja u porodici, „Službene novine Federacije BiH", broj 20/13.
99. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „Službene novine Federacije BiH", br. 46/10 i 75/13.
100. ZBORNIK 5. Međunarodnog kongresa Udruge medicinskih sestrara i tehničara u gastroenterologiji i endoskopiji Hrvatske, Opatija, 2015.
101. Šepec S. i sur., Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi. Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2010. .
102. Šepec S. i sur., Sestrinske dijagnoze, HKMS, Zagreb, 2011.
103. 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.

ProSes
Projekat jačanja sestrinstva u Bosni i Hercegovini
Strengthening Nursing in Bosnia and Herzegovina

Ova publikacija objavljena je u okviru Projekta jačanja sestrinstva u Bosni i Hercegovini, kojeg podržava Vlada Švicarske, a sprovodi konzorcij Fondacije fami i Ženevske univerzitetske bolnice. Sadržaj ove publikacije ne odražava nužno stavove Vlade Švicarske.

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Švicarska agencija za razvoj i saradnju SDC