

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (Μ.Α.Φ.) ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΥΡΟΥ



ΣΥΡΟΣ 2021

Συγγραφική ομάδα

Θωμά Ζηνοβία, Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη ΜΑΦ «Γ.Ν. Σύρου»

Μπάλιου Μαρουσώ, Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, ΜΑΦ «Γ.Ν. Σύρου»

Πρόλογος

Κεντρικό χαρακτηριστικό στοιχείο των σύγχρονων υπηρεσιών είναι η αλληλεξάρτηση, όπου δεν υπάρχει πλήρης αυτονομία για κανέναν και όπου οι περισσότεροι εργαζόμενοι συνδέονται με πολλούς άλλους μέσω της εργασίας τους, μέσω της τεχνολογίας, των συστημάτων διακίνησης και της ιεραρχίας.

Αυτές οι εσωτερικές σχέσεις παρουσιάζουν ειδική πρόκληση όταν οι οργανισμοί επιχειρούν την αλλαγή. Κρίσιμης σημασίας ζητούμενο στο χώρο εργασίας είναι όλα τα άτομα μαζί να συντάσσονται και να κινούνται προς την ίδια κατεύθυνση.

Έχοντας ως στόχο τη σύνταξη και την σε κοινή κατεύθυνση πορεία, ο εσωτερικός κανονισμός αποτελεί εργαλείο στα χέρια των εργαζόμενων καθώς υποδεικνύει με σαφήνεια το πλαίσιο των αρμοδιοτήτων που καλείται να ανταποκριθεί ο κάθε εργαζόμενος ώστε να επέλθει η αναγκαία ευθυγράμμιση προς την κοινώς αποφασισμένη κατεύθυνση, η οποία δεν είναι άλλη από την ολοκληρωμένη, και επιστημονικά τεκμηριωμένη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών.

Ο κανονισμός λειτουργίας αποτελεί αντικείμενο δέσμευσης του κάθε εργαζόμενου και της θέσης που διατηρεί στην υπηρεσία προς τους στόχους της υπηρεσίας και εμπεριέχει τον χαρακτήρα του κριτηρίου απόδοσης. Αυτό σημαίνει ότι δεν αποτελεί απλώς την καταγραφή των αρμοδιοτήτων του κάθε εργαζόμενου, αλλά επιπροσθέτως την καταγραφή των αρμοδιοτήτων που βάσει αυτών μπορεί να αξιολογηθεί το έργο του.

Ο κανονισμός λειτουργίας προσδιορίζει δηλαδή τον τρόπο λειτουργίας της ΜΑΦ, καθώς και το πλαίσιο όλων των δραστηριοτήτων των εργαζομένων που ανήκουν διοικητικά και λειτουργικά σε αυτήν.

Με βάση το ενιαίο αυτό πλαίσιο, οι προϊστάμενες αρχές του Νοσοκομείου και της ΜΑΦ αναπτύσσουν «Κανόνες» που να ανταποκρίνονται στις ιδιαιτερότητες του τρόπου λειτουργίας του, εντός και εκτός αυτού.

Ωστόσο, ο κανονισμός λειτουργίας δεν είναι μόνο ένα σύνολο «κανόνων» που «οφείλουν» να ακολουθούν πιστά οι εργαζόμενοι. Είναι επίσης και εκείνο το διακριτό πλαίσιο στο οποίο καταγράφονται διαδικασίες, αποσαφηνίζονται οι διεργασίες και αποτυπώνονται οι τρόποι λειτουργίας μέσα στον χώρο εργασίας, κάτι που διευκολύνει σε σημαντικό βαθμό το καθημερινό έργο.

Τέλος, ο κανονισμός λειτουργίας είναι ένα εργαλείο ενεργητικό, που ακολουθεί και ενσωματώνει τους κανόνες της επιστήμης. Αυτό αναδεικνύει τον δυναμικό ρόλο αυτού του εργαλείου και του προσδίδει τη δυνατότητα της συνεχούς βελτίωσης και άρα της ενσωμάτωσης νέων τεκμηριωμένων κατευθυντήριων οδηγιών, αλλά και της απαλοιφής κάποιων που έχουν πλέον καταστεί επιστημονικά παρωχημένοι.

Περιεχόμενα

Πρόλογος

Περιεχόμενα

Το όραμα μας

Η αποστολή και ο σκοπός μας

Η φιλοσοφία, οι Αξίες και οι Πεποιθήσεις μας

Κεφάλαιο 1^ο. Οργάνωση ΜΑΦ

1.1 Ορισμός

1.2 Θέση

1.3 Κλίνες

1.4 Χώρος

1.5 Εγκαταστάσεις ΜΑΦ

1.6 Εξοπλισμός ΜΑΦ

1.7 Ενδυμασία νοσηλευτικού προσωπικού

1.8 Ενδυμασία ασθενών

1.9 Ενδυμασία επισκεπτών

1.10 Ωράριο επισκεπτηρίου ΜΑΦ

1.11 Στελέχωση ΜΑΦ

1.12 Εβδομαδιαίο πρόγραμμα νοσηλευτικού προσωπικού ΜΑΦ

Κεφάλαιο 2^ο. Στελέχωση ΜΑΦ – Επαγγελματίες Υγείας ΜΑΦ- Αρμοδιότητες και καθήκοντα

2.1 Γενικά

2.2 Ιατρικό Προσωπικό

2.3 Νοσηλευτικό Προσωπικό

2.3.1 Προϊσταμένη ΜΑΦ

2.3.2 Νοσηλευτές ΜΑΦ

2.3.3 Βοηθός θαλάμου ΜΑΦ

2.4 Παραϊατρικό Προσωπικό

Κεφάλαιο 3^ο. Λειτουργία Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας –Προτυποποίηση διαδικασιών

3.1 Προτυποποίηση διαδικασίας εισαγωγής ασθενούς στη ΜΑΦ

3.1.1 Γενικά

3.1.2 Ενδείξεις- Αντενδείξεις εισαγωγής ασθενούς στη ΜΑΦ

3.1.3 Διαδικασία εισαγωγής

3.1.4 Καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα

3.1.5 Κριτήρια εξόδου του ασθενούς από τη ΜΑΦ.

3.1.6 Αρχείο ασθενών ΜΑΦ.

3.1.7 Μεταφορά βαρέως πασχόντων ασθενών από τη ΜΑΦ.

3.1.8 Επισκεπτήριο ασθενών

3.2 Προτυποποιημένο πρόγραμμα καθαριότητας και απολύμανσης χώρων, τεχνολογικού και λοιπού εξοπλισμού στη ΜΑΦ

3.3 Προτυποποιημένες διεργασίες ελέγχων πρόληψης της αποίκησης και διασποράς μικροβίων

3.4 Προτυποποιημένο πρόγραμμα κατάρτισης και προσανατολισμού νεοεισερχόμενων εργαζόμενων στη ΜΑΦ.

Κεφάλαιο 4ο. Νοσηλευτικές διαδικασίες ΜΑΦ – Πρωτόκολλα

- 4.1 Γενικά
- 4.2 Εξοπλισμός τροχήλατο έκτακτης ανάγκης
- 4.3 Υγιεινή χεριών
- 4.4 Τεχνική ντυσίματος καθώς και αφαίρεσης προστατευτικού υλικού
- 4.5 Δίσκος διασωλήνωσης τραχείας - διαδικασία
- 4.6 Ενδοτραχειακή αναρρόφηση
- 4.7 Προετοιμασία διαδερμικής τραχειοστομίας
- 4.8 Νοσηλευτικές διαδικασίες - Εισαγωγή και φροντίδα κεντρικού φλεβικού καθετήρα
- 4.9 Μέτρηση Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης (ΚΦΠ) με μανόμετρο
- 4.10 Διουρηθρικός καθετηριασμός ουροδόχου κύστης
- 4.11 Λήψη δείγματος ούρων για γενική και καλλιέργεια ούρων από ασθενή με ουροκαθετήρα
- 4.12 Ρινογαστρική διασωλήνωση:
 - Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα
 - Αφαίρεση ρινογαστρικού καθετήρα
- 4.13 Εντερική σίτιση μέσω ρινογαστρικού σωλήνα
- 4.14 Προετοιμασία και χορήγηση παρεντερικής διατροφής
- 4.15 Τοποθέτηση, φροντίδα και λήψη αερίων αίματος από αρτηριακή γραμμή
- 4.16 Τοποθέτηση bullau – Νοσηλευτική φροντίδα παροχέτευσης θώρακος
- 4.17 Προετοιμασία αρρώστου για μεταφορά προς εξέταση
- 4.18 Αλλαγή θέσης κατακεκλιμένου ασθενή
- 4.19 Διαδικασία μετάγγισης αίματος και παραγώγων
- 4.20 Έλεγχος και περιορισμός της διασποράς πολυανθεκτικών μικροβίων
- 4.21 Φροντίδα και υγιεινή σώματος ασθενούς – λουτρό – λούσιμο-στοματική κοιλότητα
- 4.22 Περιποίηση κατακλίσεων
- 4.23 Νοσηλευτική παρακολούθηση σε άρρωστο με μηχανικό αερισμό
- 4.24 Νοσηλευτική φροντίδα περιστατικού ανά βάρδια
- 4.24 Μεταθανάτια νοσηλευτική φροντίδα

Κεφάλαιο 5ο. Οδηγός διαχείρισης ασφάλειας και υγιεινής στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας

- 5.1 Στόχοι επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας
- 5.2 Κίνδυνοι και Ασφάλεια στη ΜΑΦ
- 5.3 Κίνδυνοι από φυσικά και μηχανικά αίτια

Κεφάλαιο 6ο . Ηθική και δεοντολογία στην ΜΑΦ

- 6.1 Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας και Ηθικά Ζητήματα
- 6.2 Ηθικά διλήμματα
- 6.3 Ηθικές αρχές στην υγειονομική φροντίδα
- 6.4. Σεβασμός και αυτονομία των προσώπων
- 6.5 Η ευεργεσία και αποφυγή πρόκλησης βλαβών και Ειλικρίνεια.
- 6.6 Αφοσίωση και Δικαιοσύνη
- 6.7 Νοσηλευτική Κώδικες Δεοντολογίας
- 6.8 Κριτική ανάλυση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας
- 6.8 Σύνοψη των σημαντικών σημείων της βιβλιογραφίας

Κεφάλαιο 7°. Δείκτες απόδοσης & αποτελεσματικότητας, δείκτες ασφάλειας, δείκτες ικανοποίησης στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας

7.1 Η ικανοποίηση του ασθενούς και της οικογένειας στη ΜΑΦ

7.2 Δέσμη μέτρων για την πρόληψη της πνευμονίας που σχετίζεται με τον αναπνευστήρα (VAP)

7.3 Δέσμη μέτρων για την πρόληψη των λοιμώξεων που σχετίζονται με τη χρήση ενδαγγειακών καθετήρων

Βιβλιογραφικές αναφορές

Το Όραμά μας

Το όραμά μας, για το οποίο εργαζόμαστε εντατικά, είναι ο χώρος της ΜΑΦ να παρέχει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο συνεχούς και αδιάσπαστης παρακολούθησης, φροντίδας και θεραπείας σε ασθενείς που οι ζωτικές τους λειτουργίες βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση.

Μοναδικό κεφάλαιο για την υλοποίηση του οράματος είναι οι άνθρωποί μας στο νησιωτικό νομό. Οι ειδικοί εκείνοι επαγγελματίες υγείας που μπορούν και ξέρουν πώς να το φέρουν σε πέρας.

Η Αποστολή και ο Σκοπός μας

Στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας αντιμετωπίζονται οι βαριά πάσχοντες του Νοσοκομείου αλλά και όλων των νησιών που ανήκουν στις Κυκλάδες, δηλαδή οι ασθενείς με κρίσιμη (απειλητική για τη ζωή τους) οξεία, ανατάξιμη δυσλειτουργία ενός ή περισσότερων οργάνων, σαν επακόλουθο μιας οξείας βαριάς προσβολής του οργανισμού.

Γι' αυτό η αποστολή και ο σκοπός της σωστής λειτουργίας της ΜΑΦ επικεντρώνεται στη:

1. Συνεχή παρακολούθηση (monitoring) των ζωτικών λειτουργιών των ασθενών, ώστε να διαγιγνώσκονται έγκαιρα οι μεταβολές της λειτουργικότητας των οργάνων τους.
2. Βέλτιστη αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας των οργάνων τους, ώστε να προληφθεί η επέλευση της μη ανατάξιμης ανεπάρκειας πολλών συστημάτων οργάνων και ο θάνατος
3. Στην παροχή υψηλής ποιότητας και συνεχούς βελτιούμενης φροντίδας, η οποία είναι μετρήσιμη και αξιολογήσιμη
4. Στη διασφάλιση περιβάλλοντος που διευκολύνει την θεραπευτική διαδικασία
5. Στη δημιουργία εργασιακού περιβάλλοντος το οποίο θα ενθαρρύνει την επαγγελματική ανάπτυξη, εκπαίδευση και προσωπική ικανοποίηση του προσωπικού
6. Στην καλλιέργεια θετικής επαγγελματικής εικόνας του νοσηλευτικού προσωπικού στο κοινό, στον ασθενή, στο περιβάλλον του και στην κοινωνία των Κυκλάδων

Η Φιλοσοφία, οι Αξίες και οι Πεποιθήσεις μας

Η δήλωση της φιλοσοφίας, των αξιών και των πεποιθήσεων της Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας, αναφέρεται στα πιστεύω μας, τα οποία σχετίζονται τόσο με τη νοσηλευτική διοίκηση, όσο και την νοσηλευτική άσκηση εντός της μονάδας. Διατυπώνει με λόγια το όραμα και αναφέρει πώς κατά τη γνώμη μας θα επιτευχθεί η αποστολή και οι στόχοι, παρέχοντας καθοδήγηση προς αυτή την κατεύθυνση.

Έτσι, δηλώνουμε ότι:

1. Ενδιαφερόμαστε ακράδαντα για την άριστη φροντίδα του ασθενή, παρέχοντάς του την πιο αποτελεσματική, ποιοτική και αποδοτική φροντίδα.
2. Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ευγένεια, κατανόηση, σεβασμό στην ανθρώπινη υπόστασή τους και αξιοπρέπεια.
3. Αποδεχόμαστε απόλυτα την ολιστική θεώρηση της υγείας, ότι δηλαδή υγεία δεν είναι απλώς η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά μια κατάσταση άριστης φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και με βάση αυτή την αρχή εργαζόμαστε.

4. Η επαγγελματική νοσηλευτική μας φροντίδα παρέχεται ισότιμα σε όλους τους ασθενείς που προσέρχονται για θεραπεία.
5. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους έχουν το δικαίωμα να ενημερώνονται έγκαιρα για όλες τις πτυχές της κατάστασης της υγείας τους και να συμμετέχουν σε αποφάσεις που επηρεάζουν τη φροντίδα τους όσο το δυνατό περισσότερο. Οι νοσηλευτές κατανοούν και διευκολύνουν τη διαδικασία με αίσθημα ευθύνης και επαγγελματική ευσυνειδησία.
6. Οι φυσικές, οι πνευματικές, οι ψυχικές και οι κοινωνικές ανάγκες των ασθενών μας μπορούν να ικανοποιηθούν μέσα από το εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας που σχεδιάζεται για τον κάθε άνθρωπο ξεχωριστά, του οποίου η αποτελεσματικότητα είναι μετρήσιμη.
7. Το πιο σημαντικό περιουσιακό στοιχείο της υπηρεσίας μας είναι το προσωπικό και γι' αυτό θα αντιμετωπίζεται με σεβασμό.
8. Η συνεχής εκπαίδευσή του και η δημιουργία μαθημάτων οργανωσιακής κουλτούρας στα αποτελεί προσωπική ευθύνη των Προϊστάμενων αλλά και όλης της ηγεσίας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, καθώς και ευθύνη του Οργανισμού. Μέσα από την εκπαίδευση διασφαλίζεται η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, με τη συνεχή αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας και τις αναγκαίες τροποποιήσεις στις νοσηλευτικές ενέργειες και τεχνικές.
9. Έχουμε την ευθύνη να παρέχουμε τις κατάλληλες εμπειρίες για μάθηση και τα πρότυπα ρόλων σε όλους τους μαθητές και φοιτητές που εκπαιδεύονται κοντά μας.
10. Αποδεχόμαστε την ευθύνη να συντάξουμε ερευνητικές προτάσεις και να συμμετέχουμε στη νοσηλευτική έρευνα.

Κεφάλαιο 1

Οργάνωση Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας Γ.Ν. Σύρου

1.1 Ορισμός

Η Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας είναι ένας άριστα διαμορφωμένος χώρος ιατρικής και νοσηλευτικής δραστηριότητας, ο οποίος έχει συγκεκριμένη γεωγραφική τοποθεσία και παρέχει εντατική θεραπεία στους σοβαρά πάσχοντες ασθενείς σύμφωνα με ορισμένες ειδικές τεχνικές προδιαγραφές και πρότυπα.

Κύριο χαρακτηριστικό της ΜΑΦ είναι η συνάθροιση πολλών εργαζομένων σε συγκεκριμένων διαστάσεων χώρο, που εφαρμόζουν πολυάριθμες ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις χρησιμοποιώντας τον κατάλληλο εξειδικευμένο τεχνολογικό εξοπλισμό.

1.2 Θέση

Η ΜΑΦ βρίσκεται στο δεύτερο όροφο του νοσοκομείου ,δίπλα στην παθολογική και καρδιολογική κλινική όπως και στην Μονάδα Εμφραγμάτων. Επίσης στον ίδιο όροφο σε κοντινή απόσταση βρίσκεται το Χειρουργείο και η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού. Υπάρχει εύκολη επικοινωνία και πρόσβαση με το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και τα απεικονιστικά εργαστήρια , εφόσον βρίσκεται ακριβώς απέναντι από τον ανελκυστήρα που οδηγεί σε αυτά.

Οι μετακινήσεις των ασθενών της ΜΕΘ είναι κατά κανόνα επικίνδυνες. Συστήματα και μηχανήματα υποστήριξης συνοδεύουν συνήθως τον άρρωστο παράλληλα με το προσωπικό. Οι διάδρομοι, οι πόρτες, οι ανελκυστήρες κλπ. θα πρέπει να είναι λειτουργικοί σε μια τέτοια κατεύθυνση.

1.3 Κλίνες

Η ΜΑΦ έχει 3 κλίνες.

1.4 Χώροι

- Ενιαίος χώρος νοσηλείας (παρασκευή ενδοφλέβιων διαλυμάτων) και κλινών
- Ντουλάπα μέσα στον ίδιο ενιαίο χώρο για φύλαξη :
 - Αναλώσιμου υλικού (φάρμακα, ενδοφλέβια διαλύματα, διαλύματα διύλισης, εντερικής διατροφής, αποστειρωμένου και μη νοσηλευτικού υλικού, ψυγείο φαρμάκων).
 - Μηχανημάτων έτοιμων για χρήση (αναπνευστήρες, αντλίες, αναρροφήσεις, μηχανήματα διύλισης, τροχήλατα και χειρουργικός εξοπλισμός κλπ.)
 - Μηχανημάτων και υλικού μεταφοράς.
 - Καθαρού ιματισμού
- Το Γραφείο Προϊσταμένης Νοσηλευτικού Προσωπικού
- Χώρος ακάθαρτου ιματισμού και υλικού
- Γραφείο ιατρών και χώρος ανάπαυσης ιατρών
- WC ιατρονοσηλευτικού προσωπικού
- Προθάλαμος ενημέρωσης και ενδυμασίας συγγενών και επισκεπτών

1.5 Εγκαταστάσεις ΜΑΦ

- Οι μηχανολογικές, ηλεκτρικές και υδραυλικές εγκαταστάσεις της ΜΑΦ είναι με ιδιαίτερα αυστηρές προδιαγραφές ποιότητας και είναι επισκευάσιμες, η διαδικασία δε παραλαβής είναι καθορισμένη.
- Οι εγκαταστάσεις αερίων (οξυγόνου 100%, πεπιεσμένου ατμοσφαιρικού αέρα, άλλα ιατρικά αέρια) και κενού είναι κεντρικές και οι παροχές γίνονται με πλήρη έλεγχο και παρακολούθηση των πιέσεων.
- Σύστημα παρακολούθησης και προειδοποιητικού συναγερμού των πιέσεων αυτών, βαλβίδες ασφαλείας και διακόπτες ελέγχου υπάρχουν, εκτός από το χώρο κεντρικής τροφοδοσίας, και σε χώρο προσιτό από το προσωπικό της ΜΑΦ.
- Για κάθε κρεβάτι υπάρχουν 2 παροχές οξυγόνου, 2 πεπιεσμένου αέρα και 2 κενού.
- Για κάθε κρεβάτι υπάρχουν 16 ρευματολήπτες. Ρευματολήπτες μετασχηματισμένου ρεύματος έχουν ξεχωριστό χρώμα και τύπο για κάθε τάση. Γεννήτρια αυτόματης ηλεκτροδότησης τροφοδοτεί εντός 5 sec διακοπής. Το κύκλωμα που τροφοδοτεί η γεννήτρια καλύπτει τις περιοχές νοσηλείας, τους αναπνευστήρες, τα monitors, ηλεκτρονικούς υπολογιστές, άλλο ευαίσθητο υλικό και το φωτισμό ανάγκης.
- Υπάρχει μια πρίζα για ακτινολογικό μηχάνημα σε κάθε περιοχή ασθενών.
- Ο φυσικός άπλετος φωτισμός ημέρας είναι απαραίτητος σε όλους τους χώρους νοσηλείας
- Ο νιπτήρας του προσωπικού είναι στον ενιαίο χώρο.
- Το στέγνωμα των χεριών δεν γίνεται με πετσέτες πολλαπλών χρήσεων (διασπορά μικροβίων).
- Σε κάθε κρεβάτι υπάρχει δυνατότητα απολύμανσης των χεριών.
- Οι τουαλέτες επισκεπτών και προσωπικού είναι ξεχωριστές.
- Για το εργαστήριο και την αιμοδιύλιση υπάρχει ειδική εγκατάσταση απιονισμένου νερού.
- Η θέρμανση διατηρεί θερμοκρασία στους θαλάμους ασθενών 16-27°C, στους χώρους του προσωπικού και στους ανοικτούς 18-21°C και στους αποθηκευτικούς 16-21°C.
- Η διαρρύθμιση και η απόχρωση του χώρου της ΜΕΘ είναι σε γήινα, ουδέτερα χρώματα. Οι τοίχοι και η οροφή να είναι από υλικά που καθαρίζονται εύκολα, μη απορροφητικά και μη μικρή μετάδοση ήχου. Ενώ, το δάπεδο είναι ενιαίο, χωρίς ενώσεις, να αντέχει στα αντισηπτικά, απορροφητικό στον ήχο και χημικά ανενεργό.

1.6 Εξοπλισμός ΜΑΦ

Ο βασικός εξοπλισμός της ΜΑΦ περιλαμβάνει τα εξής:

- Μηχανήματα για τη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών των ασθενών.
- Διαγνωστικά μηχανήματα
- Μηχανήματα για την υποστήριξη ή υποκατάσταση των ζωτικών λειτουργιών
- Συσκευές για τη νοσηλευτική φροντίδα

Πιο συγκεκριμένα,

1. 3 κρεβάτια και ξενοδοχειακός εξοπλισμός:

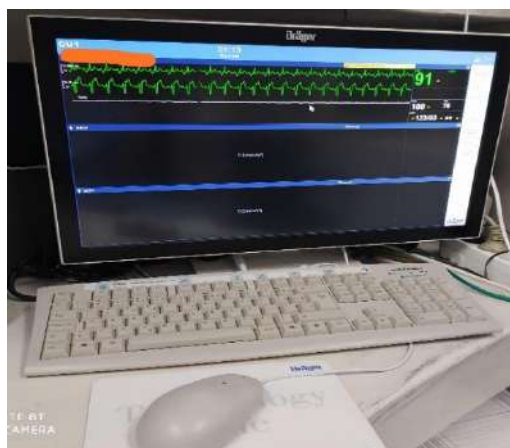
Τα κρεβάτια της ΜΑΦ είναι ειδικής κατασκευής, τροχήλατα, εύκολα κινούμενα εντός και εκτός του χώρου της ΜΑΦ. Προσφέρουν ανάκληση τόσο του άνω, όσο και του κάτω τριτημορίου, θέση

tredeleburg και antitredeleburg, πλαγίωσης και ανύψωσης με υδραυλικό, μηχανικό ή ηλεκτρικό χειριστήριο.

2. Συστήματα παρακολούθησης:

- ✓ Κεντρική μονάδα monitors
- ✓ Παρακλίνια monitors πολλών καναλιών (ΗΚΓ, αρρυθμίες, μη αιματηρή αρτηριακή πίεση, αιματηρές πιέσεις αρτηριακές – φλεβικές, παλμική οξυμετρία κλπ.) με δυνατότητα καταγραφής και ανακλήσεως 24ώρου, και ενεργοποίησης σημάτων συναγερμού, 1 ανά κλίνη.
- ✓ Ηλεκτροκαρδιογράφος
- ✓ Υπολογιστής καρδιακής παροχής
- ✓ Συσκευές παρακολούθησης αναπνευστικής λειτουργίας
- ✓ Αναλυτές εκπνεόμενου CO₂ και NO
- ✓ Εξαρτήματα ή συσκευές παρακολούθησης θερμοκρασίας σώματος
- ✓ Συσκευές παρακολούθησης κορεσμού οξυγόνου (SvO₂ – SjO₂).
- ✓ Συσκευές παρακολούθησης ενδοαρτηριακών αερίων
- ✓ Συσκευή παρακολούθησης σακχάρου αίματος

Στις παρακάτω εικόνες, φαίνονται μια κεντρική μονάδα monitors και ένα monitor παρακολούθησης. Ο Κεντρικός σταθμός, που υπάρχει στη ΜΑΦ, συμβάλλει στον πολλαπλό έλεγχο των monitors που είναι εγκατεστημένα στις κλίνες των ασθενών, παρατηρώντας με αυτόν τον τρόπο και ελέγχοντας όλους τους αρρώστους.



ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΜΑΦ

Ο Κεντρικός Σταθμός διαθέτει μεγάλη οθόνη με πληκτρολόγιο και ποντίκι, μπορούμε να εκτυπώσουμε οποιαδήποτε δεδομένα για όλους τους ασθενείς, παρέχει πολλαπλές οθόνες για κάθε ασθενή, συναγερμούς κλπ.

Κάθε κρεβάτι πρέπει έχει ένα σύστημα παρακολούθησης (monitoring). Ο όρος μόνιτορ στην ιατρική σημαίνει την παρακολούθηση διάφορων ιατρικών παραμέτρων που αφορούν τους ασθενείς π.χ. το ΗΚΓ, την αναίμακτη πίεση (δηλαδή την πίεση που μετριέται μη επεμβατικά με τη βοήθεια σφυγμομανομέτρου), την αιματηρή πίεση (δηλαδή την πίεση που μετριέται επεμβατικά με καθετήρα), τη θερμοκρασία, τους παλμούς. Το μόνιτορ είναι μια συσκευή που δίνει τη δυνατότητα παρακολούθησης σε μια οθόνη και σε πραγματικό χρόνο, των ζωτικών σημείων των ασθενών.



ΜΟΝΙΤΟΡ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Τα κύρια ζωτικά σημεία (ΗΚΓ, αρτηριακή πίεση, οξυμετρία) έχουν οπτικοακουστικούς συναγερμούς (alarms) για χαμηλά και υψηλά όρια, ανάλυση των trend (μετρήσιμων παραμέτρων), αποθήκευση δεδομένων κλπ.

3. Εξοπλισμός αναπνευστικής υποστήριξης

- ✓ 2 Παρακλίνιοι αναπνευστήρες με δυνατότητα αερισμού σε βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια.
- ✓ 3 φορητοί αναπνευστήρες προσωρινής υποστήριξης εκτός ΜΑΦ
- ✓ Εξαρτήματα και συσκευές οξυγονοθεραπείας
- ✓ Τροχήλατο εκτακτης ανάγκης
- ✓ 2 Συσκευές ambu
- ✓ 3 επιτοίχιες αναρροφήσεις ρυθμιζόμενης χαμηλής/υψηλής πίεσης

Στην επόμενη εικόνα, βλέπουμε ένα είδος αναπνευστήρα ο οποίος χρησιμοποιείται στη ΜΑΦ. Οι σύγχρονοι αναπνευστήρες παρουσιάζουν σε οθόνη τις κυματομορφές πίεσης, ροής και όγκου, δηλαδή μας δείχνουν από λεπτό σε λεπτό την κατάσταση της μηχανικής του αναπνευστικού συστήματος του αρρώστου



Στη ΜΑΦ ο αναπνευστήρας χρησιμοποιείται σε αρρώστους που έχουν δυσκολία στην αναπνοή είτε γιατί είναι σε καταστολή λόγω του ότι κάποια ζωτικά τους όργανα δεν λειτουργούν σωστά, είτε γιατί οι μύες των πνευμόνων δεν έχουν τη δύναμη να αντεπεξέλθουν χωρίς μηχανική υποβοήθηση.

4. Εξοπλισμός μεταφοράς
 - ✓ Τσάντες με φάρμακα και υλικό διασωλήνωσης (1 ανά 6 κρεβάτια).
 - ✓ Φορητά monitors, αναπνευστήρες μεταφοράς.
5. Εξοπλισμός καρδιαγγειακής υποστήριξης
 - ✓ Τροχήλατο καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης.
 - ✓ Απινιδωτής
6. Εξοπλισμός καθάρσεως: μηχανήμα αιμοδιύλισης, αντλίες και εξαρτήματα αιμοδιήθησης, υλικό περιτοναϊκής κάθαρσης.
7. Ακτινολογικός εξοπλισμός: φορητό ακτινολογικό και διαφανοσκόπιο.
8. Εξοπλισμός επεμβάσεων: κεντρικών γραμμών
9. Στρώματα κατακλίσεων
10. Τέλος, αντλίες χορήγησης φαρμάκων (perfusors), ορών, συσκευές CPAP, συσκευή μέτρησης της πίεσης του cuff του τραχειοσωλήνα/τραχειστόματος (μανομέτρο)

1.7 Ενδυμασία νοσηλευτικού προσωπικού

Το προσωπικό του ΜΑΦ καθώς και όσοι εισέρχονται στο χώρο οφείλουν να φορούν κοστούμι (φόρμα), σκούφια, μάσκα και υποδήματα που χρησιμοποιούνται μόνο μέσα στη μονάδα, αλλιώς ποδονάρια μιας χρήσης. Τα ενδύματα πρέπει να έχουν τέτοια σύνθεση που να επιτρέπουν στο δέρμα να αναπνέει αλλά και να μη δημιουργούν στατικό ηλεκτρισμό ενώ τα υποδήματα πρέπει να μπορούν να καθαριστούν εύκολα, να είναι κλειστά, με ελαστική σόλα και αντιστατικά. Τα ενδύματα πρέπει να είναι καθαρά (προτείνεται η αλλαγή των κουστουμιών καθημερινά καθώς και νωρίτερα εφόσον λερωθούν)

Η ενδυμασία αυτή χρησιμοποιείται αποκλειστικά στους χώρους της μονάδας. Αν κάποιο μέλος του προσωπικού πρέπει να εξέλθει για κάποιο λόγο οφείλει να αλλάξει υποδήματα και να φορέσει πάνω από τη φόρμα, ιματισμό (ρόμπα) ώστε να προληφθεί η έκθεση των ενδυμάτων του. Σε αντίθετη περίπτωση οφείλει να αλλάξει τα ρούχα του με καθαρά για να εισέλθει ξανά στο χειρουργείο.

Ειδικότερα τα μέλη της ΜΑΦ (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό), κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο χώρο, φορούν στολή, χειρουργική μάσκα (η οποία καλύπτει πλήρως το στόμα και τη μύτη), χειρουργικό σκούφο (ο οποίος καλύπτει πλήρως τα μαλλιά) και αποστειρωμένα γάντια. Διπλά γάντια χρησιμοποιούνται όταν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος διάτρησής τους και οι συνέπειες της επιμόλυνσης είναι πολύ σοβαρές (π.χ. τοποθέτηση προσθετικών υλικών κλπ). Σημαντική είναι και η χρήση πλαστικής ποδιάς η οποία προστατεύει τα ενδύματα της ομάδας από υγρά κατά τη διάρκεια της περιποίησης του ασθενούς και κατά την διάρκεια χειρισμών(πχ .αλλαγή κεντρικής γραμμής, αλλαγή τραχειοσωλήνακτλ) Ειδικά προστατευτικά γυαλιά φοριούνται σε περιστατικά με αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης μολυσματικής ασθένειας.

Δεδομένου ότι τα χέρια είναι υπεύθυνα για τη μεταφορά μικροβίων, τονίζεται ότι όλο το προσωπικό της ΜΑΦ οφείλει να έχει καθαρά και περιποιημένα χέρια, με κοντά νύχια, χωρίς κοσμήματα, χωρίς τεχνητά νύχια και χωρίς φλεγμονές ή μολύνσεις. Το προσωπικό οφείλει να ακολουθεί τους γενικούς κανόνες υγιεινής των χεριών (πριν και μετά την επαφή με τον άρρωστο, μετά την αφαίρεση των γαντιών και όταν υπάρχει πιθανότητα επαφής με αίμα ή άλλα μολυσματικά υλικά).

1.8 Ενδυμασία ασθενών

Στην πλειοψηφία των ασθενών απαιτείται η αφαίρεση όλων των ενδυμάτων, συμπεριλαμβανομένων και των εσωρούχων και η ένδυσή τους με καθαρό ιματισμό (είτε μιας είτε πολλαπλών χρήσεων) και σκούφια.

Οι εξωτερικοί ασθενείς (φιλοξενίες) μπορούν να κρατούν τα ρούχα τους, ανάλογα με την περίπτωση. Τα κοσμήματα πρέπει να αφαιρούνται.

1.9 Ενδυμασία επισκεπτών

Οι επισκέπτες(συγγενείς ασθενών, ιατροί από άλλα τμήματα κτλ.) που πρόκειται να παραμείνουν για μικρό χρονικό διάστημα στους χώρους της ΜΑΦ οφείλουν να φορούν πάνω από τα ρούχα τους καθαρή ποδιά, που θα προμηθεύονται από την ΜΑΦ και η οποία θα παραμένει κλειστή, καθώς επίσης σκούφια μάσκα, γάντια και ποδονάρια.

Οι επισκέπτες που πρόκειται να παραμείνουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (πχ. τεχνικοί, καθαριστές κτλ.) οφείλουν να ακολουθούν τους ίδιους κανόνες ενδυμασίας με το υπόλοιπο προσωπικό.

1.10 Ωράριο επισκεπτηρίου ΜΑΦ

Το ωράριο επισκεπτηρίου συγγενών ασθενών στην ΜΑΦ είναι προκαθορισμένο και πάντα ίδια ώρα κάθε μέρα, συμπεριλαμβανομένου τις τυχόν παρεμβάσεις που μπορεί να επηρεάσουν την είσοδο τους στη ΜΑΦ. 12:30-13:00 ΚΑΙ 18:00-18:30..

1.11 Στελέχωση ΜΑΦ

Το Τμήμα της ΜΑΦ, με τις παρούσες συνθήκες λειτουργίας, προκειμένου να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες και να εξυπηρετούνται και οι άδειες των υπαλλήλων, απαιτεί την απασχόληση σε αυτό τουλάχιστον 7 νοσηλευτών (συμπεριλαμβανομένου του προϊστάμενου) και 1 βοηθός θαλάμου.

1.12 Εβδομαδιαίο πρόγραμμα νοσηλευτικού προσωπικού ΜΑΦ

Στην πρωινή καθημερινή βάρδια είναι η Προϊσταμένη της ΜΑΦ.

Στο κυκλικό ωράριο είναι οι νοσηλευτές ΤΕ και ΔΕ ,ενώ η βοηθό θαλάμου καλύπτει την πρωινή ή την απογευματινή βάρδια 5 μέρες την βδομάδα.

Όλο το προσωπικό δικαιούται άδεια κλειστού τμήματος 10 ημερών επιπλέον το χρόνο (εφόσον το προσωπικό έχει κλείσει 1 χρόνο στο τμήμα). Σύνολο 80 μέρες το χρόνο

Τα 6 από τα 8 συνολικά άτομα που εργάζονται στη ΜΑΦ δικαιούνται και γονική άδεια. Σύνολο 27 μέρες το χρόνο.

Οι μέρες κανονικής άδειας που πρέπει να δοθούν εντός του χρόνου ανέρχονται περίπου στις 180.

Την κάθε ημέρα δύναται να λείπει 1 άτομο με οποιαδήποτε μορφή άδειας. Οι παρεκκλίσεις από τον κανόνα γίνονται κατά περίπτωση λαμβάνοντας υπόψη τις εκάστοτε συνθήκες και ανάγκες.

Κεφάλαιο 2

Στελέχωση ΜΑΦ – Επαγγελματίες υγείας ΜΑΦ – Αρμοδιότητες και καθήκοντα

2.1 Γενικά

Οι υπηρεσίες της ΜΑΦ έχουν ρυθμούς μεγίστης απόδοσης και διακίνησης των περιστατικών 24ωρη και καθημερινή βάση, ανεξαρτήτων αργιών. Η στελέχωσή της επομένως πρέπει να είναι ποιοτικά και ποσοτικά επαρκής ώστε το προσδόκιμο έργο να αποδίδεται. Οι ανάγκες της ΜΑΦ σε προσωπικό είναι μεγάλες. Η λειτουργικότητα και η αποδοτικότητα της ΜΑΦ εξαρτώνται, κατά κύριο λόγο, από τον αριθμό και το βαθμό εκπαίδευση των νοσηλευτών και των γιατρών και, κατά δεύτερο λόγο, απ' τον αριθμό των κρεβατιών.

Γενικά όμως, όπως είπαμε και προηγούμενα, η αποδοτικότητα μιας μονάδας δεν καθορίζεται τόσο από το σύνολο των κρεβατιών που διαθέτει, όσο από την ετοιμότητά της να δεχτεί βαριά περιστατικά. Πρέπει όμως επίσης να τονιστεί και το εξής: Το περιβάλλον των μονάδων χαρακτηρίζεται από μια ιδιαιτερότητα.

Το προσωπικό της ΜΑΦ βρίσκεται όλο το διάστημα της ευθύνης του, σ' έναν περιορισμένο χώρο, κάτω από ομοιόμορφες συνθήκες τεχνητού φωτισμού και κλιματισμού. Η κίνηση είναι διαρκής, η ένταση μεγάλη και η προσοχή τεταμένη. Το φαινόμενο του θανάτου που είναι εδώ συχνότερο παρά στα άλλα τμήματα, έχει άμεσες ψυχικές επιπτώσεις γι' αυτό και παρατηρείται μια τάση αποφυγής του προσωπικού να εργάζεται μέσα σε μια ΜΑΦ. Ωστόσο το προσωπικό της μονάδας πρέπει να διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες:

- 1) Ιατρικό
- 2) Νοσηλευτικό
- 3) Παραϊατρικό Τεχνικό προσωπικό

2.2 Ιατρικό προσωπικό

Στη ΜΑΦ παρέχεται εξ' ορισμού 24ωρη ιατρική κάλυψη. Το ιατρικό προσωπικό επομένως πρέπει να είναι εξειδικευμένο και επαρκές. Η κάλυψη αυτή εξασφαλίζεται αφ' ενός από μια βασική και εξειδικευμένη ιατρική ομάδα που εργάζεται σε μόνιμη βάση στη ΜΑΦ και αφ' ετέρου από Ιατρικό προσωπικό, που μια ολιγόμηνη μαθητεία στη ΜΑΦ αποτελεί μέρος της εκπαίδευσής του.

Ο γιατρός της ΜΑΦ πρέπει να παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά:

- ❖ Θα είναι αυτός που θα μείνει δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου για ώρες παρακολουθώντας τον προσεκτικά για να ανακαλύψει τυχόν αλλαγές στην κατάστασή του προτού προλάβουν και προκαλέσουν ανεπανόρθωτες βλάβες.
- ❖ Θα είναι αυτός που θα δει τον άρρωστο σφαιρικά και μπορεί να συντονίσει τους ειδικούς που θα αναλάβουν τα καθέκαστα συστήματα.
- ❖ Θα είναι αυτός που θα κρατήσει την ποιότητα του προσωπικού, μηχανημάτων, μεθόδων και κανόνων τακτικής για την υψηλή απόδοση στη λειτουργικότητα της Μονάδας.

Στη ΜΑΦ στο νοσοκομείο μας, με τις παρούσες συνθήκες, η μόνιμη ιατρική ομάδα ορίζεται από:

- Καρδιολόγο Επιμελητή Α
- Καρδιολόγο Επιμελητή Β

Επιπρόσθετα κάποιες εφημερίες του μήνα καλύπτονται από την ομάδα του αναισθησιολογικού τμήματος.

Τέλος, στις 16/12/2020 υπογράφηκε το πρωτόκολλο συνεργασίας ΜΕΘ Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ – ΜΑΦ Γ.Ν. ΣΥΡΟΥ, με το οποίο ανά πάσα στιγμήν δίνεται η δυνατότητα παροχής συμβουλευτικών οδηγιών στην αντιμετώπιση των περιστατικών στους γιατρούς και στο νοσηλευτικό προσωπικό (ακόμα και εκπαίδευσης αυτών στην ΜΕΘ του ΑΤΤΙΚΟΝ) καθώς διακομιδής περιστατικών για περαιτέρω νοσηλεία.

2.3 Νοσηλευτικό προσωπικό

Οι ανάγκες της ΜΑΦ σε νοσηλευτικό προσωπικό είναι μεγάλες και η εξεύρεση του δύσκολη λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης και του άγχους που προκαλούν οι απαιτήσεις του τμήματος. Είναι αναμφισβήτητο γεγονός ότι οι μονάδες «κρατιούνται» από τους νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν σκληρές συνθήκες δουλειάς με συνεχή, ενεργητική και υπεύθυνη παρουσία.

Η σύνθεση της νοσηλευτικής ομάδας καθώς και ο αριθμός των νοσηλευτών εξαρτάται τόσο από τον αριθμό των κρεβατιών όσο και από το είδος των περιστατικών που περιθάλπει η ΜΑΦ.

Τα Κριτήρια Επιλογής και Καθήκοντα Νοσηλευτικού Προσωπικού ορίζονται ως εξής:

Οι νοσηλευτές της εντατικής θεραπείας και της μονάδας αυξημένης φροντίδας είναι πλήρως εκπαιδευόμενο νοσηλευτικό προσωπικό που έχει επιπλέον εξειδίκευση στην επείγουσα και εντατική ιατρική. Ο αριθμός των απαραίτητων νοσηλευτών προσδιορίζεται ανάλογα με το επίπεδο της παρεχόμενης παρακολούθησης και νοσηλείας. Παρ' όλα αυτά η ιδανική αναλογία νοσηλευτή αρρώστου είναι 1 : 1 και αυτή είναι αναγκαία στην οξεία φάση του βαρέως πάσχοντος. Εάν όμως αυτή δεν είναι εφικτή δεν πρέπει ποτέ να είναι μεγαλύτερη του 1 : 3 ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις πρέπει να περιορίζεται στην 1 : 2 για κάθε ωράριο.

Η καλή συνεργασία και η επικοινωνία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι απαραίτητες για ένα καλό αποτέλεσμα. Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες πρέπει να είναι καλά οριοθετημένες. Οι γιατροί έχουν την ευθύνη των διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων. Από την άλλη πλευρά οι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη της εκτέλεσης της νοσηλείας και αποτελούν το άγρυπνο μάτι στην παρακολούθηση. Η εξειδίκευση στο αντικείμενο της εντατικής θεραπείας οφείλεται να λαμβάνεται υπόψη στον αριθμό των προσλήψεων (έκτακτες απουσίες δεν αναπληρώνονται από άλλο μη εκπαιδευόμενο νοσηλευτικό προσωπικό).

Στην ΜΑΦ στο Γενικό Νοσοκομείο Σύρου, με τις παρούσες συνθήκες το νοσηλευτικό προσωπικό ορίζεται από:

- Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια ΤΕ
- Νοσηλεύτρια ΤΕ
- 5 Νοσηλευτές ΔΕ
- 1 Βοηθό Θαλάμου

2.3.1 Προϊσταμένη ΜΑΦ

Η Προϊστάμενος-η Τμήματος είναι υπεύθυνος-η:

- για την οργάνωση, συντονισμό και επίβλεψη των εργασιών του νοσηλευτικού προσωπικού του οικείου Τμήματος

- για την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς του Τμήματος του/της
- για την εφαρμογή της πολιτικής ποιότητας και των καθορισμένων στόχων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας για το Τμήμα

Αναφέρεται στον-την Τομεάρχη και στον/ην Διευθυντή-τρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ενημερώνεται και συμμετέχει σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, για την οποία το Νοσοκομείο παρέχει τις κατάλληλες ευκαιρίες. (66200 ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ Τεύχος Β' 5622/14.12.2018 Π. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ-ΗΣ:)

A. ΓΕΝΙΚΕΣ:

1. Καθοδηγεί και υποστηρίζει το προσωπικό του Τμήματος.
2. Μεταφέρει και προωθεί στο προσωπικό τη φιλοσοφία, τις αξίες και τους στόχους του Νοσοκομείου και της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.
3. Συμβάλλει στη διαμόρφωση κατάλληλων εργασιακών σχέσεων και συνθηκών.
4. Δημιουργεί και προάγει ένα υποστηρικτικό και παραγωγικό εργασιακό περιβάλλον.
5. Εκπροσωπεί το νοσηλευτικό προσωπικό στα ανώτερα διοικητικά στελέχη και όργανα του Νοσοκομείου.
6. Εξασφαλίζει την επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού του Τμήματος ευθύνης του/της και των άλλων Τμημάτων του Νοσοκομείου.
7. Συμμετέχει ως ειδικός σε επιτροπές του νοσοκομείου, όπως προβλέπεται από τις κείμενες διατάξεις.

B. ΚΛΙΝΙΚΕΣ:

1. Σχεδιάζει, οργανώνει και κατευθύνει την παροχή ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας, βάσει των διεθνών επιστημονικών προτύπων και της τεκμηριωμένης πρακτικής, με σκοπό την κάλυψη των βιολογικών, ψυχολογικών, πνευματικών, κοινωνικών και πολιτισμικών αναγκών των ασθενών και του υποστηρικτικού τους περιβάλλοντος.
2. Θέτει, σε συνεργασία με το προσωπικό του Τμήματος, προτεραιότητες, στόχους και καταρτίζει σχέδια δράσης για το Τμήμα.
3. Έχει ενεργό ρόλο στην παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας.
4. Παρέχει εξειδικευμένη γνώση κατά την εκτίμηση, το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.
5. Διαθέτει κλινική γνώση και εξειδίκευση, παρέχοντας υψηλού επιπέδου επαγγελματική και κλινική ηγεσία.
6. Εκτιμά το επίπεδο κλινικών δεξιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού και αναλαμβάνει πρωτοβουλίες για τη βελτίωσή τους.
7. Συνεργάζεται με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας με σκοπό την παροχή υψηλής ποιότητας ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς και στο υποστηρικτικό τους περιβάλλον.
8. Συμμετέχει στον καθορισμό στόχων φροντίδας στο πλαίσιο της διεπιστημονικής συνεργασίας για το τμήμα.
9. Παρέχει συνηγορία για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.
10. Φροντίζει για την άνετη και ασφαλή διαμονή των ασθενών στο τμήμα.
11. Φροντίζει για την εφαρμογή της πολιτικής της υπηρεσίας σχετικά με τη νοσηλευτική τεκμηρίωση και αναλαμβάνει πρωτοβουλίες για βελτίωση της νοσηλευτικής τεκμηρίωσης σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες του τμήματος.
12. Έχει καλή γνώση των πολιτικών και των διαδικασιών του Νοσοκομείου.

13. Αναπτύσσει σε συνεργασία με τη Νοσηλευτική Διεύθυνση, κριτήρια αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας
14. Έχει την ευθύνη της εφαρμογής των σύγχρονων ορθών πρακτικών στα όρια του Τμήματός του/της.
15. Επιβλέπει και προάγει τη συμμόρφωση του προσωπικού στην πολιτική πρόληψης λοιμώξεων και συνεργάζεται στενά με την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.
16. Έχει την ευθύνη της προμήθειας του Τμήματος του/ της με τα αναγκαία φάρμακα που συνταγογραφούν οι θεράποντες ιατροί και άλλα υγειονομικά υλικά καθώς και για τη σωστή φύλαξη και διάθεση τους.
17. Είναι ενήμερος-η για τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα και ικανός-ή να εισάγει την εφαρμογή τους στην καθημερινή πρακτική.
18. Παρακολουθεί την ιατρική επίσκεψη, ενημερώνεται για την πορεία της κατάστασης των ασθενών και μεριμνά για την ορθή εκτέλεση του θεραπευτικού προγράμματος (εκτέλεση ιατρικών οδηγιών).

Γ. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ:

1. Έχει την ευθύνη του συντονισμού της εργασίας όλων των εμπλεκόμενων στη λειτουργία του Τμήματος.
2. Συνεργάζεται στενά με τη Νοσηλευτική Διεύθυνση με σκοπό τη βελτίωση της λειτουργίας του Τμήματος και την εύρυθμη λειτουργία της Υπηρεσίας.
3. Τηρεί τις διαδικασίες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κατά την ιεραρχική της διάρθρωση και του Νοσοκομείου σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.
4. Οργανώνει και συντονίζει τις καθημερινές εργασίες, θέτοντας προτεραιότητες, προγραμματίζοντας και αναθέτοντας καθήκοντα και αρμοδιότητες στο προσωπικό του Τμήματος
5. Διασφαλίζει την έγκαιρη διενέργεια των εργασιών.
6. Παρακολουθεί και αξιολογεί την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.
7. Ως ιεραρχικός Προϊστάμενος επιβλέπει και ελέγχει το προσωπικό του Τμήματος παρεμβαίνοντας κατάλληλα.
8. Εφαρμόζει την πολιτική του Νοσοκομείου που σχετίζεται με την κάλυψη των κλινών, την ενδονοσοκομειακή, τη διανοσοκομειακή και την εξωνοσοκομειακή κίνηση των ασθενών.
9. Ενθαρρύνει την ανάπτυξη ομαδικού πνεύματος συνεργασίας μεταξύ των μελών του προσωπικού.
10. Διευκολύνει την επικοινωνία και εφαρμόζει αποτελεσματικές στρατηγικές επίλυσης συγκρούσεων.
11. Συνεργάζεται με το προσωπικό για την επίλυση προβλημάτων και την επεξεργασία προτάσεων με σκοπό τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, της λειτουργίας του Τμήματος και των συνθηκών εργασίας.
12. Παρέχει συνηγορία για το προσωπικό του Τμήματος.
13. Αξιολογεί το προσωπικό του Τμήματος σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.
14. Αναλαμβάνει τον προσανατολισμό, την εκπαίδευση και την ομαλή προσαρμογή των νεοπροσλαμβανόμενων και των εκπαιδευόμενων στο Τμήμα.
15. Εκτιμά τις ανάγκες για τον αριθμό και τη σύνθεση του απαραίτητου για την ασφαλή λειτουργία του Τμήματος, νοσηλευτικού προσωπικού και εισηγείται ανάλογα στη Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.
16. Καταρτίζει και αναπροσαρμόζει το εβδομαδιαίο πρόγραμμα εργασίας, σύμφωνα με τις ανάγκες του Τμήματος και λαμβάνοντας υπόψη τα αιτήματα του προσωπικού (Τεύχος Β' 5622/14.12.2018

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ 66201), κατανέμοντας τα ωράρια εργασίας στο προσωπικό με δίκαιο και ισότιμο τρόπο.

17. Προγραμματίζει και εισηγείται στον/στην Διευθυντή-τρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας τις ετήσιες νόμιμες άδειες του προσωπικού ανάλογα με τις ανάγκες του Τμήματος και λαμβάνοντας υπόψη τα αιτήματα του προσωπικού.

18. Προτείνει αλλαγές και βελτιώσεις για την αποτελεσματικότερη διοίκηση του Τμήματος και την εισαγωγή καινοτόμων διοικητικών πρακτικών.

19. Συμμετέχει στην ανάπτυξη και εισαγωγή νέων πολιτικών και διαδικασιών για την κάλυψη διαπιστωμένων αναγκών λειτουργίας του Τμήματος και του Νοσοκομείου.

20. Διαχειρίζεται αποτελεσματικά και σύμφωνα με τους κανονισμούς του Νοσοκομείου και την κείμενη νομοθεσία, τα παράπονα και τα προβλήματα που του αναφέρονται από τους ασθενείς, το περιβάλλον τους καθώς και από το προσωπικό.

21. Διαχειρίζεται τους υλικούς πόρους του Τμήματος με αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο και σύμφωνα με τις διαδικασίες του Νοσοκομείου.

22. Φροντίζει για την επάρκεια του Τμήματος σε υλικά, τη σωστή φύλαξη και διάθεση τους.

23. Εκτιμά τις ανάγκες σε εξοπλισμό και εισηγείται για την προμήθειά του.

24. Συνεργάζεται με τις αρμόδιες Υπηρεσίες για την ορθή λειτουργία και συντήρηση του εξοπλισμού του Τμήματος.

25. Εκτιμά τις ανάγκες για συντήρηση και βελτίωση των κτιριακών υποδομών του Τμήματος και εισηγείται στις αρμόδιες υπηρεσίες του Νοσοκομείου.

26. Έχει την ευθύνη της ενημέρωσης, τήρησης και φύλαξης των νοσηλευτικών φακέλων των ασθενών.

27. Εφαρμόζει την πολιτική καταγραφής και διαχείρισης νοσηλευτικών λαθών σε επίπεδο Τμήματος, όπως ορίζεται από το Νοσοκομείο.

28. Μεριμνά για την εφαρμογή από το προσωπικό των πολιτικών, διαδικασιών και κατευθυντήριων οδηγιών του Νοσοκομείου.

29. Συντάσσει και αποστέλλει στους αρμόδιους, κάθε είδους αναφορά που κρίνει απαραίτητη για τη διατήρηση της ομαλής λειτουργίας του Τμήματος και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας.

30. Ενημερώνεται για την ισχύουσα νομοθεσία και μεριμνά για την ενημέρωση του προσωπικού ευθύνης του/της.

31. Ενημερώνει το προσωπικό του Τμήματος για τα υπηρεσιακά θέματα και μεριμνά για την ανάρτηση στον πίνακα ανακοινώσεων εγγράφων που αφορά στη λειτουργία του Τμήματος και του Νοσοκομείου καθώς και στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και έρευνα.

Δ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ/ΕΡΕΥΝΑ:

1. Συμμετέχει στην ανίχνευση των εκπαιδευτικών αναγκών του προσωπικού και συμβάλλει στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτισή του.

2. Μεριμνά για την ύπαρξη εκπαιδευτικού υλικού.

3. Υποκινεί το προσωπικό για επαγγελματική ανάπτυξη παρέχοντας κίνητρα και ευκαιρίες.

4. Συμμετέχει, καθοδηγεί και επιβλέπει την εκπαίδευση των φοιτητών και σπουδαστών στο Τμήμα σύμφωνα με τους κανόνες και τις διαδικασίες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και του Νοσοκομείου.

5. Εκτιμά τον αριθμό και τη σύνθεση των φοιτητών και σπουδαστών που μπορούν να εκπαιδευτούν στο Τμήμα χωρίς να διαταραχθεί η λειτουργία του Τμήματος και η άνεση και φροντίδα των ασθενών

και συνεργάζεται με τη Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ώστε να εξασφαλίζεται η ομαλή εκπαίδευση αλλά και η ομαλή λειτουργία του Τμήματος.

6. Σε συνεργασία με το προσωπικό αναζητά θέματα για έρευνα και μεριμνά για τη διεξαγωγή της.

7. Αναπτύσσει συνεργασίες με τη διεπιστημονική ομάδα για την υλοποίηση μελετών κοινού ενδιαφέροντος.

8. Τηρεί τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία και από τους κανονισμούς του Νοσοκομείου για τη διεξαγωγή μελετών στα πλαίσια του Τμήματος

Ε. ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ:

1. Έχει την ευθύνη διατήρησης ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για τους ασθενείς, το προσωπικό και τους επισκέπτες.

2. Επιβλέπει και ελέγχει την εφαρμογή των κανόνων ασφαλούς πρακτικής.

3. Καταγράφει και αναφέρει ατυχήματα ή συμβάντα προσωπικού, ασθενών ή κοινού σύμφωνα με την τηρούμενη πρακτική του Νοσοκομείου.

4. Συνεργάζεται με τους υπευθύνους περί Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας του Νοσοκομείου και την Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας των εργαζομένων, ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας στο Τμήμα του/ της και να επιλυθούν τυχόν προβλήματα που αφορούν στην υγιεινή και ασφάλεια προσωπικού και ασθενών.

5. Αξιοποιεί υλικούς πόρους και υπηρεσίες του Νοσοκομείου, ώστε να εξασφαλίζεται ένα υγιές και σύγχρονο περιβάλλον εργασίας στο Τμήμα.

Συγκεκριμένα:

Το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΑΦ διοικείται από μια προϊστάμενη νοσηλεύτρια που είναι υπεύθυνη για τη λειτουργία και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Η προϊστάμενη νοσηλεύτρια έχει εκτεταμένη εμπειρία στη νοσηλεία ασθενών σε εντατική θεραπεία και υποστηρίζεται από υπεύθυνη τμήματος νοσηλεύτρια που την αντικαθιστά. Εξασφαλίζει την συνεχόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών επιδιώκοντας τη συνεργασία με το εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Φροντίζει για την ασφάλεια, τη συντήρηση και την ποιοτική απόδοση του εξοπλισμού και μεριμνά για τις καθημερινές προμήθειες του αναλώσιμου και φαρμακευτικού υλικού. Συνεργάζεται στενά με τον Διευθυντή της ΜΑΦ στην οργάνωση και τον προγραμματισμό.

2.3.2 Νοσηλευτές ΜΑΦ

Το Νοσηλευτικό προσωπικό ευθύνεται για:

1. Τη νοσηλεία που παρέχεται στον άρρωστο μέσα στο Νοσοκομείο.

2. Τον σχεδιασμό, προγραμματισμό, εκτέλεση και αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου.

3. Το εξατομικευμένο και ολοκληρωμένο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, το οποίο προγραμματίζεται με τη συμμετοχή του ασθενή και του περιβάλλοντός του και καλύπτει νοσηλευτικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες.

4. Το συντονισμό της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται από την ίδια ή από άλλο μέλος της ομάδας με ανάθεσή της.

5. Την τήρηση και συμπλήρωση δελτίων που σχετίζονται με τη νοσηλεία και θεραπεία του αρρώστου και τη συνέχεια της πορείας του, όπως:

- Δελτίο καταγραφής ζωτικών σημείων του αρρώστου
- Δελτίο ιατρικών οδηγιών
- Δελτίο Νοσηλευτικού ιστορικού
- Δελτίο Νοσηλευτικών σημειώσεων (παρατηρήσεις, νοσηλείες αρρώστου κλπ)
- Δελτίο παραλαβής και παραδόσεως ναρκωτικών φαρμάκων

ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ

Ενέργειες που ανάγονται στα γενικότερα καθήκοντα της/του Νοσηλευτικού προσωπικού είναι τα εξής:

1. Συνεργάζεται ως ισότιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας θεραπείας (ιατρούς, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς κλπ.)
2. Συνεργάζεται με τον θεράποντα ιατρό και εκτελεί με ακρίβεια τις οδηγίες σύμφωνα πάντα με τις καταγεγραμμένες αρχές της Νοσηλευτικής Επιστήμης.
3. Συντονίζει τις νοσηλευτικές δραστηριότητες με τις δραστηριότητες των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας.
4. Είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ αρρώστου, του περιβάλλοντός του, του ιατρού, του προσωπικού του νοσοκομείου και άλλων κοινωνικών και κοινοτικών παραγόντων σε θέματα της αρμοδιότητάς του/της.
5. Φροντίζει ώστε το περιβάλλον του αρρώστου να είναι άνετο, κατάλληλο και ασφαλές.
6. Συγκεντρώνει το απαραίτητο νοσηλευτικό υλικό που χρησιμοποιείται στις διάφορες διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις.
7. Σέβεται την προσωπικότητα του αρρώστου και με κάθε τρόπο διατηρεί και προστατεύει την ατομικότητά του.
8. Ενθαρρύνει τον άρρωστο να συμμετέχει ενεργά στο θεραπευτικό πρόγραμμα και τον ενισχύει ψυχολογικά σε κάθε νοσηλεία.
9. Εξετάζει, παρατηρεί, αξιολογεί και καταγράφει συμπτώματα και φυσικά σημεία του αρρώστου και ενημερώνει τον ιατρό και την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα.
10. Παρατηρεί τις αντιδράσεις του αρρώστου κατά τη διάρκεια της εξέτασής ή της νοσηλείας και προλαμβάνει τυχόν ανεπιθύμητες αντιδράσεις.
11. Αιτιολογεί την κάθε του/της ενέργεια με βάση τις γνώσεις που κατέχει από τις βιολογικές, φυσικές και κοινωνικές επιστήμες και τις προσαρμόζει σύμφωνα με τις νέες τάσεις και εξελίξεις των επιστημών υγείας και τις ειδικές ανάγκες του αρρώστου.

ΕΙΔΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ

1. Μέτρηση ζωτικών σημείων
2. Ενδοφλέβια έγχυση υγρών, φαρμάκων, αίματος και τα παράγωγα αυτών.

3. Χορήγηση φαρμάκων:

- a. Από το στόμα
- b. Από τη φλέβα (διαλύματα ορού, φαρμάκων, αίματος και παραγώγων αυτού.
- c. Από την αναπνευστική οδό
- d. Διαδερματικά
- e. Με ένεση υποδόρια και ενδομυϊκή
- f. Διακολπικά
- g. Υπογλωσσίως

4. Πλύση κοιλοτήτων και βλεννογόνων (μάτι, μύτη, αυτί, κόλπος, στομάχι, παχύ έντερο, ουροδόχος κύστη κλπ.)

5. Χορήγηση οξυγόνου (με καθετήρα, ασκό AMBU, αναπνευστήρα.

6. Τεχνητή διατροφή με ρινογαστρικό σωλήνα LEVINE, ή από γαστροστόμιο.

7. Αναρρόφηση υγρών και εκκρίσεων από κοιλότητες (στομάχου, ρινός, τραχείας κλπ.)

8. Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.

9. Διαστολή και καθαρισμός κολοστομίας

10. Θεσική παροχέτευση εκκρίσεων.

11. Συλλογή και αποστολή εκκριμάτων και απεκκριμάτων για εργαστηριακές εξετάσεις.

12. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία.

13. Απλές επιδέσεις.

14. Βοήθεια στην αφαίρεση παροχετεύσεων.

15. Βοήθεια στην τοποθέτηση νάρθηκα.

16. Φροντίδα της καθαριότητας του χώρου και των εργαλείων.

17. Προετοιμασία των χρησιμοποιούμενων εργαλείων, του επιδεσμικού υλικού

18. Ταξινόμηση εργαλείων, οργάνων, συσκευών, ιματισμού, ορών,

19. φαρμακευτικού υλικού, αναλωσίμων, κ.λπ.

20. Έλεγχος της λειτουργίας των εργαλείων και σχετική αναφορά στους

21. αρμοδίους.

22. Διευθέτηση κλίνης (στρώσιμο κλίνης ασθενούς), απλή ή με κατακεκλιμένο

23. Επιμελείται του υλικού του τμήματος

24. Τακτοποιεί το υλικό ή τα εργαλεία και άλλα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη νοσηλεία.
25. Ετοιμάζει το προς αποστείρωση υλικό.
26. Παραλαμβάνει και τακτοποιεί στα αντίστοιχα ντουλάπια το αποστειρωμένο υλικό
27. Ενδιαφέρεται για την επάρκεια όλου του υλικού που χρησιμοποιείται στη νοσηλεία και κάνοντας προσεκτική χρήση του υλικού.
28. Για τον άρρωστο που βρίσκεται στην τελική φάση της ζωής του εξασφαλίζει άνεση, ησυχία και ανακούφιση.
29. Μετά το θάνατο του αρρώστου παρέχει τη μεταθανάτια φροντίδα προσδίδοντας τον απαραίτητο σεβασμό στους χειρισμούς της προς τον νεκρό.
30. Συλλέγει και παραδίδει τα αντικείμενα του νεκρού στους συγγενείς παρουσία συναδέλφου.
31. Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
32. Εφαρμογή επισπαστικών (φυσικών, χημικών, μηχανικών).
33. Θεραπευτικά λουτρά μελών σώματος.
34. Γενική και τοπική καθαριότητα του αρρώστου.
35. Βοήθεια, φροντίδα και υποστήριξη του αρρώστου που πάσχει από χρόνιο ανίατο νόσημα ή έχει υποστεί ατύχημα ή έχει κακοποιηθεί.
36. Διατήρηση της μυοσκελετικής ισορροπίας στις διάφορες θέσεις του αρρώστου στο κρεβάτι ή στην πολυθρόνα.
37. Διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου και της ουροδόχου κύστεως.
38. Πρόληψη των επιπλοκών
39. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου (πόνος, πυρετός, ρίγος κλπ.)
40. Εφαρμογή μέτρων και μέσων για την ασφάλεια του αρρώστου (περιορισμοί, προφυλακτήρες), με κριτήριο την διασφάλιση της αξιοπρέπειας και του σεβασμού της προσωπικότητας του αρρώστου.
41. Πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων
42. Εξυπηρέτηση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο όλο το 24ωρο για εργασίες που δεν μπορεί ο ίδιος να αυτοεξυπηρετηθεί.
43. Προώθηση του αρρώστου προς την αυτοφροντίδα και την αποκατάσταση μέσω της εκπαίδευσης ή και με όποιον άλλο τεκμηριωμένο τρόπο που προβλέπει η επιστήμη της νοσηλευτικής.
44. Λήψη, αξιολόγηση και αναγραφή των ζωτικών σημείων του αρρώστου.
45. Προεγχειρητική (γενική, τοπική, τελική), διεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα, όπως ορίζει η επιστήμη της νοσηλευτικής.

46. Ευπρεπισμός εγχειρητικού πεδίου
47. Διδασκαλία και επίβλεψη αναπνευστικών ασκήσεων.
48. Διατροφή και ρύθμιση του διαιτολογίου του αρρώστου.
49. Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
50. Λήψη αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων, αξιολόγηση, παρακολούθηση και ενημέρωση της νοσηλευτικής ομάδας για την πορεία των τιμών τους.
51. Λήψη ούρων για μέτρηση σακχάρου, οξόνης, λευκώματος, pH και ειδικού βάρους, αξιολόγηση, παρακολούθηση και ενημέρωση της νοσηλευτικής ομάδας για την πορεία των τιμών τους.
52. Καθαρισμός υποκλυσμός
53. Μέτρηση οφθαλμικού τόνου.
54. Αλλαγή και φροντίδα ασθενή με εσωτερικό τραχειοσωλήνα σε τραχειοστομία.
55. Αλλαγή εσωτερικού και εξωτερικού τραχειοσωλήνα σε ολική λαρυγγεκτομή.
56. Αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής ως εκπαιδευμένα μέλη της ομάδας ανάνηψης.
57. Ενδοτραχειακή διασωλήνωση, τοποθέτηση λαρυγγικής μάσκας, αερισμός με κάθε μέθοδο αφού προηγηθεί η απαραίτητη εκπαίδευση, και μόνο στην περίπτωση που δεν παρίσταται γιατρός οπότε τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η ζωή του ασθενούς.
58. Σε σχέση με το παραπάνω και για την περίπτωση που δεν παρίσταται γιατρός οι νοσηλευτές μπορούν να αναλάβουν πρωτοβουλία και έχουν το δικαίωμα να ακολουθήσουν το ειδικό πρωτόκολλο ανάνηψης προκειμένου να σώσουν τη ζωή του ασθενούς, για το οποίο θα πρέπει να έχουν ειδικά εκπαιδευτεί.
59. Στην περίπτωση που παρίσταται γιατρός οι νοσηλευτές ακολουθούν πιστά τις οδηγίες που τους δίδονται και συμμετέχουν στην ανάνηψη ως μέλη της ομάδας ανάνηψης.
60. Φροντίδα του νεκρού ανθρώπου σύμφωνα με όσα ορίζει η επιστήμη της νοσηλευτικής.
61. Παρακολουθεί τον άρρωστο κατά την χορήγηση φαρμάκων ειδικότερα εάν πρόκειται για φάρμακα που χορηγούνται ενδοφλέβια, για τη μετάγγιση αίματος ή και παραγώγων του.
62. Φροντίζει και εξασφαλίζει στον άρρωστο υγιεινό, ασφαλές και θεραπευτικό περιβάλλον όπως είναι ο κατάλληλος φωτισμός, αερισμός, θερμοκρασία και αποφυγή θορύβων.
63. Συνεργασία σε συντονισμό των ενεργειών για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση
64. Κινητοποίηση του ασθενούς στο κρεβάτι ή στην καρέκλα, βοήθεια να περπατήσει σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
65. Φροντίζει για την καλή σίτιση του αρρώστου χορηγώντας το καθορισμένο γεύμα που μπορεί να παρέχεται σε οποιαδήποτε μορφή, και από οποιαδήποτε οδό.
66. Ανακούφιση του αρρώστου όλο το 24ωρο όταν ο ίδιος αδυνατεί να εξυπηρετηθεί,

67. Συνεργάζεται με την/τον Νοσηλεύτρια/τή λοιμώξεων, δηλώνει σε αυτήν την κάθε υπάρχουσα λοίμωξη είτε για την περίπτωση που εισήλθαν με μολυσματικό νόσημα, είτε για την περίπτωση που έχουν υποστεί ενδονοσοκομειακή λοίμωξη και εργάζονται από κοινού για τον περιορισμό των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Παράλληλα δέχεται τις οδηγίες της για την αντιμετώπιση περιστατικών με μολυσματικό νόσημα και ενημερώνει άμεσα και την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα.
68. Χρησιμοποιεί τις δυνατότητες του ιδίου του αρρώστου και των μελών του περιβάλλοντός του για να επιτύχει πιο γρήγορη ανάρρωση και αποκατάσταση της υγείας του.
69. Εισηγείται μεθόδους καλύτερης συνεργασίας με τον ασθενή με στόχο την ταχύτερη και πιο ασφαλή θεραπεία, ανάρρωση και αποκατάσταση της υγείας του.
70. Δίνει πληροφορίες και συμβουλές σε θέματα που αφορούν την υγεία του ασκεί δηλαδή συμβουλευτική σύμφωνα με όσα ορίζει η επιστήμη της νοσηλευτικής.
71. Διδάσκει, διαφωτίζει, διαπαιδαγωγεί και εκπαιδεύει τον άρρωστο και την οικογένειά του. Η εκπαίδευση αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της περίθαλψης των ασθενών, που σκοπό έχει την αποκατάσταση, τη διατήρηση και την προστασία της υγείας. Είναι ένας προγραμματισμένος συνδυασμός εκμάθησης δραστηριοτήτων που στοχεύουν να βοηθήσουν τους ανθρώπους οι οποίοι έχουν την εμπειρία της ασθένειας να πραγματοποιούν τις αλλαγές στη συμπεριφορά τους που οδηγούν στην καλή υγεία.
- Εκπαιδεύει ή συμμετέχει σε ομάδες εκπαιδευτών για ασθενείς και μέλη οικογενειών τους όπως π.χ. εκπαίδευση στον τρόπο εκτέλεσης υποδόριων ενέσεων ινσουλίνης, διδασκαλία στον τρόπο μέτρησης και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της γλυκόζης του αίματος, έγκαιρη αξιολόγηση συμπτωμάτων που σχετίζονται με την καρδιακή ανεπάρκεια κλπ.
72. Διδάσκει, διαφωτίζει, παιδαγωγεί και κατευθύνει σύμφωνα με όσα ορίζει η επιστήμη της Νοσηλευτικής φοιτητές και σπουδαστές της Νοσηλευτικής.
73. Συμμετέχει στην ομάδα ποιότητας για τον καθορισμό κριτηρίων και αξιολογεί τα προγράμματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.
74. Συμμετέχει σε ερευνητικά προγράμματα, επιδιώκει τη συνεχή επιμόρφωσή της/του, για ανανέωση των γνώσεων και ενημέρωσή της/του στις σύγχρονες εξελίξεις της επιστήμης.
75. Έχει την επίγνωση του μοναδικού έργου που επιτελεί, ότι δηλαδή η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί μέγιστο κοινωνικό έργο που συμβάλλει στην επάνοδο του ασθενή ανθρώπου στην φυσιολογική του ζωή ή τον βοηθά να διαχειριστεί την χρόνια πάθησή του ή ακόμα και να φύγει από τη ζωή με αξιοπρέπεια. Διαθέτοντας τη γνώση αυτή είναι ευγενής, και διαθέτει την αίσθηση του καθήκοντος, ενώ η συμπεριφορά του καθοδηγείται από τα στοιχεία της συναισθηματικής νοημοσύνης και κυρίως της ενσυναίσθησης.
76. Σε σχέση με το παραπάνω δεν επιτρέπεται αγενής ή άπρεπη συμπεριφορά τέτοια που να προσβάλει την αξιοπρέπεια του ασθενή ή του περιβάλλοντός του. Στην περίπτωση που δημιουργηθεί σύγκρουση μεταξύ τους τέτοια που δεν μπορεί να διαχειριστεί ο/η ίδιος/ίδια, τότε για την υπόθεση επιλαμβάνεται ο/η Προϊστάμενος/νη του τμήματος πάντοτε μέσα σε πλαίσιο κατανόησης και διάθεσης επίλυσης του προβλήματος.
77. Ασκεί τεκμηριωμένη από όσα ορίζει η επιστήμη της νοσηλευτικής νοσηλευτική φροντίδα και ακολουθεί τους επιστημονικά ενδεδειγμένους τρόπους νοσηλείας, ακολουθώντας το εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας και η νοσηλευτική διεργασία τα οποία συντάσσονται αρχικά από την/τον προϊσταμένη/νο του τμήματος και ολοκληρώνονται από όλη την ομάδα κατά την πρωινή συνάντηση του τμήματος.

78. Οποιαδήποτε άλλη μέθοδος παροχής φροντίδας ή νοσηλείας η οποία είτε δεν προβλέπεται ή αντίκειται στην νοσηλευτική επιστήμη, είτε αποτελεί απόρροια της εμπειρίας ή των υφιστάμενων περιστασιακών ελλείψεων, αλλά δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά η εφαρμογή της, δεν επιτρέπεται να εφαρμόζεται, παρά μόνο μετά από συζήτηση στην υπηρεσία και ερώτημα και έγκριση του επιστημονικού συμβουλίου του νοσοκομείου.
79. Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με δική τους απόφαση και ευθύνη εκτέλεσης προς κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, στους τομείς υγιεινής, του ίδιου και του περιβάλλοντός του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών διατήρησης ισοζυγίων του
80. Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρεις αρρώστους, όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα
81. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου
82. Λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση
83. Κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας
84. Υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης
85. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας
86. Στενή παρακολούθηση αρρώστων για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα
87. Λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας
88. Απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδες νόσημα
89. Προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου και μεταθανάτια φροντίδα του αρρώστου στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειας
90. Σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους
91. Εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας και επισπαστικών
92. Πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων του σε θέματα που αφορούν:
- τη λειτουργία του νοσοκομείου
 - τη νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας
 - την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή
93. Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα
94. Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους του αρρώστου με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι
95. Φροντίδα και υποστήριξη αρρώστου και περιβάλλοντος όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα
96. Βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου άλλων κοινωνικών και κοινοτικών ιδρυμάτων

97. Διενέργεια γραπτής και προφορικής ενημερωτικής επικοινωνίας με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς οργανισμούς
98. Επίβλεψη και φροντίδα του περιβάλλοντος χώρου του ασθενούς εξασφαλίζοντας καλό αερισμό δωματίου, αρκετού φωτισμού και διατήρηση ησυχίας.
99. Ικανοποιεί με ευχαρίστηση προθυμία και ευγένεια τις νοσηλευτικές ανάγκες του ασθενή.
100. Συμπεριφέρεται με διακριτικότητα, ευγένεια και χαμόγελο στους ασθενείς και στους συνοδούς του.

2.3.3 Βοηθός θαλάμου

Καθήκοντα βοηθού θαλάμου:

Η Βοηθός Θαλάμου εκτελεί τα παρακάτω καθήκοντα υπό την εποπτεία της/του Προϊσταμένης/νου του νοσηλευτικού τμήματος που εργάζεται.:

- 1 Διατηρεί καθαρό και τακτικό το άμεσο περιβάλλον του αρρώστου και του θαλάμου γενικότερα.
- 2 Καθαρίζει το κρεβάτι του αρρώστου με όλα του τα εξαρτήματα όπως, κομοδίνο, προφυλακτήρες, στατό ορών, αναρροφήσεις, εντοιχισμένες συσκευές κλπ.
- 3 Καθαρίζει και τακτοποιεί το περιβάλλον του θαλάμου όπως καρέκλες, πολυθρόνες, τραπεζίδια, ντουλάπες, λουλούδια κλπ.
- 4 Μετά την με οποιονδήποτε τρόπο έξοδο του αρρώστου από την κλινική κάνει γενική καθαριότητα στο κομοδίνο, στα ντουλάπια στο κρεβάτι και στρώνει καθαρό νάιλον όπου χρειάζεται ώστε να στρωθούν τα καθαρά κλινοσκεπάσματα.
- 5 Φροντίζει να διατηρείται ο θάλαμος του αρρώστου με επαρκή αερισμό, επαρκή φωτισμό και απαλλαγμένο από θορύβους.
- 6 Πλένει, καθαρίζει και τακτοποιεί όλο το υλικό που είναι πολλαπλών χρήσεων καθώς και άλλα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη νοσηλεία του αρρώστου όπως λεκάνες, νεφροειδή κλπ.
- 7 Τοποθετεί τον ακάθαρτο ιματισμό στους σάκους και φροντίζει για την απομάκρυνσή του από το νοσηλευτικό τμήμα.
- 8 Φροντίζει να διατηρεί καθαρά και τακτικά τα ντουλάπια των βοηθητικών χώρων.
- 9 Καθαρίζει και τακτοποιεί τα ντουλάπια και άλλους χώρους του δωματίου προετοιμασίας νοσηλίων.
- 10 Βοηθάει στο πλύσιμο των χρησιμοποιημένων εργαλείων συσκευών παροχετεύσεων και άλλων αντικειμένων.
- 11 Βοηθάει στην προετοιμασία του προς αποστείρωση υλικού.
- 12 Τοποθετεί στρώματα, μαξιλάρια και άλλα αντικείμενα όπως νάρθηκες, βάρη, σανίδες ερεϊσίνωτα στους αντίστοιχους χώρους και τα διατηρεί καθαρά και τακτικά.
- 13 Παραλαμβάνει και φροντίζει τον καθαρό ιματισμό και τα τοποθετεί στα αντίστοιχα ντουλάπια
- 14 Παραλαμβάνει το αναλώσιμο υλικό και το τακτοποιεί στα αντίστοιχα μέρη με τη βοήθεια των συνεργατών της.

- 15 Εφοδιάζει το τμήμα, τους βοηθητικού χώρους, τους θαλάμους, τα μπάνια των ασθενών με το απαραίτητο υλικό ώστε να υπάρχει επάρκεια αλλά να αποφεύγεται η σπατάλη.
- 16 Συγκεντρώνει το άχρηστο ή φθαρμένο υλικό και το τοποθετεί στον ορισμένο χώρο για αχρήστευση.
- 17 Αναφέρει στην/ στον Προϊσταμένη/νο βλάβες ή ζημιές που έχουν συμβεί, όπως καμένες λάμπες, βρύσες που τρέχουν έπιπλα που χάλασαν και πιθανόν να θέτουν σε κίνδυνο τους ασθενείς ή το προσωπικό.
- 18 Εκτελεί πρόθυμα και με ευγένεια τις εργασίες που της ανατίθενται.
- 19 Είναι ευγενής και εξυπηρετική και διατηρεί καλές διαπροσωπικές σχέσεις με όλους τους συνεργάτες της, τους γιατρούς, τους ασθενείς και τον κόσμο.
- 20 Εκτελούν τέλος και κάθε άλλη εργασία που κατά την κρίση του/της Προϊστάμενου/νης εμπίπτει στα καθήκοντά τους και δεν αναφέρεται παραπάνω.

2.4 Παραϊατρικό προσωπικό

Η ύπαρξη μόνιμου παραϊατρικού προσωπικού θεωρείται απολύτως αναγκαία για τη σωστή λειτουργία μιας ΜΑΦ.

Το προσωπικό αυτό αποτελείται από:

- Φυσιοθεραπευτή: Η ΜΑΦ έχει συνεχή κάλυψη από φυσιοθεραπευτές τόσο στο κανονικό ωράριο όσο και στις απογευματινές ώρες, αργίες και Σαββατοκύριακα. Ο φυσιοθεραπευτής είναι αναγκαίος για την πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών, κυρίως από το αναπνευστικό και κινητικό σύστημα.
- Τεχνικό προσωπικό: Η ΜΑΦ είναι τμήμα με υψηλή συγκέντρωση πολύπλοκου, ευαίσθητου και πολύ ακριβού τεχνικού εξοπλισμού. Η συνεχής παρουσία, ειδικευμένου και μη, τεχνικού προσωπικού είναι απαραίτητη για τη σωστή συντήρηση και επιτόπου επισκευή του εξοπλισμού.
- Βοηθητικό προσωπικό: Σε κάθε βάρδια έχει εξασφαλιστεί η παρουσία μιας καθαρίστριας και ενός νοσοκόμου, όποτε χρειαστεί. Η Τετάρτη έχει οριστεί από την προϊσταμένη της ΜΑΦ, ημέρα Γενικής Καθαριότητας
- Προσωπικό εργαστηρίων: Είναι αυτονόητο ότι για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά οι μονάδες έχουν κατά προτεραιότητα την υπεύθυνη και διαρκή κάλυψη των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου και ιδιαίτερα των εργαστηρίων. Έχει ορισθεί η πρωινή αιμοληψία να γίνεται στις 6πμ, έτσι ώστε να δουλεύονται πρώτα τα δείγματα της ΜΑΦ, πριν από τις αιμοληψίες των υπολοίπων κλινικών του νοσοκομείου. Επιπρόσθετα, έχει ορισθεί οι ακτινογραφίες επί κλίνης των ασθενών να γίνονται με το φορητό μηχάνημα του ακτινολογικού γύρω στις 9πμ καθημερινά.
- Λοιπό Προσωπικό: Τεχνικοί ακτινολογικού, ηλεκτρολόγοι και υδραυλικοί είναι διαθέσιμοι ανά πάσα στιγμή από τη δύναμη του Νοσοκομείου και διαιτολόγοι στο τακτικό ωράριο.

Κεφάλαιο3

Λειτουργία Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας

Προτυποποίηση διαδικασιών

3.1 Προτυποποίηση διαδικασίας εισαγωγής ασθενούς στη ΜΑΦ

3.1.1 Γενικά

Μετά την ανάλυση του σκοπού της ΜΑΦ και του χώρου αυτής από λειτουργική, χωροταξική και οργανωτική διάσταση είναι εμφανές πλέον το συμπέρασμα ότι πρόκειται για το πιο εξειδικευμένο και επιστημονικά εξελιγμένο τμήμα της ενδονοσοκομειακής Ιατρικής το οποίο πληρώντας τις αυστηρές προϋποθέσεις λειτουργίας του προσπαθεί σε καθημερινή βάση να πετύχει το ακατόρθωτο: να προσφέρει την πιο εξειδικευμένη φροντίδα σε ασθενείς τους οποίους η ιατρική όπως εκφράζεται στο χώρο του ευρύτερου Νοσοκομείου δεν μπορεί να θεραπεύσει και το σημαντικότερο να διατηρήσει στη ζωή. Το επόμενο βήμα λοιπόν, είναι να εξεταστεί η εισαγωγή ενός ασθενή στη ΜΑΦ. Η εισαγωγή ασθενών στη ΜΑΦ, γίνεται από τον εφημερεύοντα γιατρό, στις ακόλουθες κατηγορίες ασθενών:

1. Ασθενείς που πάσχουν βαριά, αλλά με μεγάλες πιθανότητες να ανανήψουν πλήρως.
2. Ασθενείς που πάσχουν από ενδιάμεσης βαρύτητας νόσο.
3. Ασθενείς που υπέστησαν μεγάλη χειρουργική επέμβαση.
4. Ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο νόσου έχουν την τελευταία προτεραιότητα.

Ο επικεφαλής της ΜΑΦ, είναι υπεύθυνος για την εισαγωγή στη Μονάδα και τη διατήρηση της αναπνευστικής και καρδιαγγειακής λειτουργίας και πιθανώς να απορρίψει οδηγίες συναδέλφου που έκανε την εισαγωγή. Επίσης, μπορεί να απαιτήσει πρόσκληση για τη γνώμη άλλου ειδικού ιατρού από το Νοσοκομείο

3.1.2 Ενδείξεις – αντενδείξεις εισαγωγής ασθενούς στη ΜΑΦ

Μετά την εισαγωγή του ασθενούς στη μονάδα, τα πρώτα λεπτά της ώρας θεωρούνται κρίσιμη περίοδος. Ο ασθενής βρίσκεται σε ένα περιβάλλον ξένο και παράδοξο. Η παρουσία των μηχανημάτων, ο θόρυβος που κάνουν αυτά και οι πολλές κινήσεις του προσωπικού κάνουν την αγωνία του να επιτείνεται. Πιθανόν να έχει ισχυρό πόνο ή δύσπνοια και να νομίζει πως πρόκειται να πεθάνει.

Βεβαίως είναι συχνό και το φαινόμενο ο ασθενής να μην έχει καμία επαφή με το εξωτερικό του περιβάλλον και τότε η θεραπευτική και νοσηλευτική αντιμετώπιση συγκεντρώνονται στις ζωτικά απαραίτητες λειτουργίες (αναπνοή, κυκλοφορία), έτσι ώστε να διασωθεί η ζωή του ασθενούς. Κατά μία έννοια μπορούμε να πούμε ότι αποστολή της ΜΑΦ είναι να σώσει αυτόν που μπορεί να σωθεί και να βοηθήσει αυτόν που πεθαίνει να έχει έναν αξιοπρεπή θάνατο.

Η εισαγωγή ενός ασθενή στη ΜΑΦ μπορεί να αποβεί σωτήρια από τη μια μεριά ή η αρχή ενός επίπονου μακροχρόνιου θανάτου από την άλλη. Ως κυριότερες ενδείξεις εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ. θεωρούνται οι ακόλουθες:

1. Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια
2. Κώματα κάθε είδους
3. Πολυτραυματίες– Πολυκαταγματίες

4. Shock κάθε προέλευσης
5. Μετεγχειρητικές επιπλοκές
6. Βαριές διαταραχές του πεπτικού
7. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια
8. Σήψη
9. Εγκαύματα
10. Γενικά κάθε παθολογική κατάσταση που αποτελεί απειλή για τη ζωή του ασθενούς.

Από την άλλη μεριά ως αντενδείξεις εισαγωγής στη ΜΑΦ, δηλαδή περιστατικά που δε διακομίζονται στη μονάδα είναι εκείνα στα οποία, η διατήρηση της ζωής με κάθε μέσο τη μετατρέπει σε χώρο βασανισμού στερώντας το δικαίωμα του ασθενούς σε έναν ανώδυνο και αξιοπρεπή θάνατο.

Τέτοια περιστατικά που δεν έχουν προοπτικές για μια ανεκτή ζωή είναι:

1. Τελικά στάδια χρόνιας αναπνευστικής ανεπάρκειας.
2. Εγκεφαλικές βλάβες με βαριές διαταραχές των ανωτέρω λειτουργιών.
3. Καρκινοπαθείς στα τελικά στάδια.
4. Απεγκεφαλισμοί κάθε είδους (εκτός από τις περιπτώσεις που προβλέπονται για δότες σε μεταμοσχεύσεις οργάνων).
5. Περιστατικά που γενικά έχουν κακή πρόγνωση μακροπρόθεσμα.
6. Ηλικία του ασθενούς σε περίπτωση συμφόρησης της ΜΑΦ. οπότε και οι εισαγωγές ιεραρχούνται ανάλογα.

Σε περίπτωση συμφόρησης της ΜΑΦ, εκτός από τα παραπάνω λαμβάνονται υπόψη και η ηλικία των ασθενών προκειμένου να ιεραρχήσουν οι εισαγωγές.

3.1.3 Διαδικασία εισαγωγής

Συνήθως ο ασθενής δεν είναι σε θέση να συναινέσει για την είσοδό του στη Μονάδα και έτσι το ρόλο αυτό αναλαμβάνει το ιατρικό προσωπικό της ΜΑΦ. Ενδέχεται όμως ο ασθενής να έχει τις αισθήσεις του και να συναινέσει και ο ίδιος για την εισαγωγή του. Γι' αυτό υπάρχουν 5 πιθανές περιπτώσεις εισαγωγής ασθενούς στη ΜΑΦ

1. Οι ασθενείς της ΜΑΦ μπορεί να προέρχονται από τις κλινικές του Νοσοκομείου. Από τις κλινικές αυτές μεταφέρονται με διακομιστήριο και οι ιατροί της κλινικής στην οποία ανήκε ο ασθενής συνεχίζουν να τον παρακολουθούν ενεργώντας ως σύμβουλοι.
2. Οι ασθενείς μπορεί να προέρχονται από τα Επείγοντα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου όπου προσήλθαν μόνοι τους ή μεταφέρθηκαν εκεί από τους συγγενείς τους.
3. Ασθενείς οι οποίοι μεταφέρθηκαν στη ΜΑΦ μέσω ΕΚΑΒ από άλλα Νοσοκομεία. Η μονάδα είναι υποχρεωμένη από το νόμο να τον δεχτεί εφόσον έχει κενό κρεβάτι.
4. Ασθενείς οι οποίοι μεταφέρονται στη ΜΑΦ μέσω ΕΚΑΒ από τον τόπο του περιστατικού.
5. Εισαγωγές ασθενών στη ΜΑΦ μπορούν να γίνουν και από τα χειρουργεία του νοσοκομείου για ένα 24ώρο παρακολούθηση ως φιλοξενία.

Οι ασθενείς κατά την είσοδό τους στη ΜΑΦ ή οι στενοί συγγενείς τους ενημερώνονται ότι επιτρέπεται στο επιστημονικό προσωπικό της μονάδας να προβαίνει σε κάθε ενέργεια για τη θεραπεία του επειγόντως χωρίς άλλη ενημέρωση δική τους ή των συγγενών τους. Κατά την είσοδο του ασθενή στη ΜΑΦ δηλώνεται το πρόσωπο (συγγενής ή στενός ενδιαφερόμενος) που αναλαμβάνει

αυτός αποκλειστικά να ενημερώνεται από το ιατρικό προσωπικό της ΜΑΦ για την πορεία του αρρώστου

3.1.4 Καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα Αυξημένη Φροντίδας χρειάζονται αυξημένη εντατική φροντίδα και παρακολούθηση λόγω της ιδιαιτερότητας τους και της σοβαρής κατάστασής τους.

Αυτή τη φροντίδα των βαριά πασχόντων έχουν αναλάβει οι νοσηλευτές, οι οποίοι πρέπει να έχουν «άγρυπνο μάτι» και «ανοικτό αυτί», έτσι ώστε ο ασθενής να βρίσκεται συνεχώς μέσα στο οπτικό και ακουστικό τους πεδίο. Είναι υπεύθυνοι για την παρακολούθηση της κατάστασης των ασθενών, την καθαριότητα τους, την πρόληψη των λοιμώξεων και την ανακούφιση τους.

Οι βασικές καθημερινές νοσηλευτικές φροντίδες είναι οι εξής:

- Καταγραφή και παρακολούθηση ζωτικών σημείων (Αρτηριακή Πίεση, Θερμοκρασία, Σφύξεις, Αναπνοές).
- Παρακολούθηση του κορεσμού αιμοσφαιρίνης – Παλμική Οξυμετρία (Με τη μέτρηση του κορεσμού μετριέται η ποσότητα του οξυγόνου στο αίμα).
- Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Περιποίηση, ατομική καθαριότητα του ασθενή – Λουτρό καθαριότητας επί κλίνης – Αλλαγή κλινოსκεπασμάτων.
- Πλύση της στοματικής κοιλότητας – Περιποίηση των οφθαλμών.
- Νοσηλεία.
- Πρόληψη και φροντίδα κατακλίσεων.
- Αλλαγή τραυμάτων.
- Περιποίηση φλεβικής γραμμής (είτε περιφερικής είτε κεντρικής) και αρτηριακής γραμμής (διατήρηση κανόνων ασηψίας).
- Αλλαγή φακαρόλας.
- Έλεγχος βάρους, κενώσεων και διατροφής.
- Έλεγχος των παροχετεύσεων.
- Αλλαγή θέσης του ασθενή.
- Παρακολούθηση της λειτουργίας του αναπνευστήρα.
- Παρακολούθηση του ασθενή μετά την αποσωλήνωση.
- Περιποίηση στομιών (π.χ. ειλεοστομίας, τραχειοστομίας κλπ.).
- Αναρρόφηση τραχειοβρογχικών εκκρίσεων.
- Σίτιση ασθενών κλπ.

Βεβαίως η καθημερινή φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει και άλλες εργασίες ιατρικής φύσεως τις οποίες θα ήταν μάλλον περιττό να αναλύσουμε εδώ.

Ωστόσο όλα τα ανωτέρω αποτελούν την καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς στη ΜΑΦ και γίνονται από τις νοσηλεύτριες οι οποίες έχουν επισταμένη την προσοχή τους και αντιλαμβάνονται και την παραμικρή αλλαγή στην κατάστασή του. Το τελευταίο είναι πολύ σημαντικό γιατί η διάσωση ενός μόνο ασθενούς χάρη στην άγρυπνη παρακολούθηση της νοσηλεύτριας αποτελεί ένα από τα μυστικά επιτυχίας της μονάδας.

3.1.5 Κριτήρια εξόδου του ασθενούς από τη ΜΑΦ.

«Η κλινική κατάσταση των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΑΦ θα πρέπει να αξιολογείται συνεχώς ώστε να αναγνωρίζονται άμεσα οι κατάλληλοι προς έξοδο ασθενείς. Η μεταφορά σε άλλο τμήμα ενδείκνυται:

- Όταν η κλινική κατάσταση του ασθενούς έχει σταθεροποιηθεί και δεν απαιτεί συνεχή παρακολούθηση και εντατική φροντίδα.
- Όταν η κλινική κατάσταση του ασθενούς έχει επιδεινωθεί και δεν υπάρχει προοπτική περαιτέρω θεραπευτικής παρέμβασης, ο ασθενής μετακινείται σε τμήμα χαμηλότερου επιπέδου φροντίδας.

3.1.6 Αρχείο ασθενών ΜΑΦ.

«Το αρχείο των ασθενών περιλαμβάνει ένα ιατρικό και ένα νοσηλευτικό κομμάτι και περιέχει:

- Το ιστορικό του ασθενούς και την κατάσταση της υγείας του πριν την εισαγωγή του.
- Την καθημερινή κλινική του κατάσταση.
- Φυσιολογικές παραμέτρους που μετρούνται και καταγράφονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα, ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασης του ασθενή.
- Μια περίληψη καθημερινή της προόδου του ασθενούς.
- Ένα νοσηλευτικό αρχείο.
- Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων.
- Βαθμολόγηση της βαρύτητας της νόσου.
- Αντίγραφο του σημειώματος εξόδου που δίνεται στους γιατρούς που παραλαμβάνουν τον ασθενή» .

3.1.7 Μεταφορά βαρέως πασχόντων ασθενών από τη ΜΑΦ.

«Με τον όρο βαρέως πάσχων εννοούμε κάθε άρρωστο με πολλαπλά τραύματα, καρδιακή και/ή αναπνευστική ανεπάρκεια, καταπληξία (shock) ή αιμοδυναμική αστάθεια, σήψη, σοβαρές νευρολογικές ή μεταβολικές διαταραχές ή τέλος με συνδυασμό των ανωτέρω». Σε ορισμένες περιπτώσεις η μεταφορά του ασθενή είναι αναγκαία καθώς μπορεί να είναι είτε προνοσοκομειακή (από τον τόπο του ατυχήματος στο νοσοκομείο), είτε ενδονοσοκομειακή (από τη ΜΑΦ σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου π.χ. διαγνωστικές εξετάσεις όπως αξονική ή μαγνητική τομογραφία, για χειρουργική επέμβαση, από τα ΤΕΠ στη μονάδα κλπ.), είτε διανοσοκομειακή (προς άλλο νοσοκομείο). Θα πρέπει να γίνεται υπό ασφαλείς συνθήκες και να υπάρχει συνέχεια της παρακολούθησής τους και της θεραπείας τους όπως στη μονάδα. Πριν από οποιαδήποτε μεταφορά ο ασθενής πρέπει να είναι σταθερός, να έχουμε εξασφαλίσει αεραγωγό και ενδοφλέβια γραμμή.

Η απόφαση της μεταφορά εξαρτάται από τους εξής παράγοντες:

- Πορεία της ασθένειας.
- Προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό).
- Μηχανήματα.
- Συνθήκες μεταφοράς (απόσταση, καιρικές συνθήκες).
- Εναλλακτικοί τρόποι μεταφοράς πχ. αεροπλάνο αντί για ελικόπτερο.

Τυχόν επιπλοκές κατά τη μεταφορά που ενδέχεται να συμβούν είναι η αποσωλήνωση, αφαίρεση κεντρικής φλεβικής γραμμής, αιμοδυναμική αστάθεια, ανακοπή, οι επιπλέον κινήσεις (πχ. επιταχύνσεις, επιβραδύνσεις, κραδασμοί και δονήσεις κατά τη διακομιδή από αέρος ή με ασθενοφόρο κλπ.) μπορεί να δημιουργήσουν αιμορραγία, πόνο κ.α. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι ο χώρος του μαγνητικού τομογράφου είναι ιδιαίτερος αφού το μαγνητικό πεδίο του είναι αρκετά ισχυρό σε σύγκριση με το μαγνητικό πεδίο της γης και απαιτείται ειδικός εξοπλισμός. Ο αναγκαίος εξοπλισμός μεταφοράς είναι ο εξής:

- Τροχήλατο μεταφοράς: Είναι κινητός εξοπλισμός ο οποίος εφαρμόζεται σε ειδικό τροχήλατο και το οποίο στερεώνεται στο κρεβάτι του αρρώστου. Περιλαμβάνει ειδικό monitor για παρακολούθηση ζωτικών σημείων, απινιδωτή/βηματοδότη (με επαναφορτιζόμενη μπαταρία, οθόνη, καταγραφικό), φορητό κεραμικό αναπνευστήρα (με βαλβίδα PEEP), φιάλη O₂ και πεπιεσμένου αέρα με υπολογισμό του χρόνου διάρκειας, αντλίες για συνεχή έγχυση των πιο απαραίτητων φαρμάκων.
 - Σακίδιο πρώτων βοηθειών: Περιλαμβάνει AMBU, λαρυγγικές μάσκες, σωλήνες ενδοτραχειακούς και τραχειοστομίας όλων των μεγεθών, μάσκα Venturi, μάσκα επανεισπνοής, προέκταση O₂, οδηγό διασωλήνωσης, φακαρόλα, λαβίδα Magyl, στοματοφαρυγγικοί και ρινοφαρυγγικοί αεραγωγοί, καθετήρες αναρρόφησης, γάντια απλά και αποστειρωμένα, γάζες, βελόνες, σύριγγες, φλεβοκαθετήρες, ορούς, setκρικοθυρεοειδοτομής, φάρμακα κατασταλτικά – υπναγωγά μυοχαλαρωτικά (π.χ. μορφίνη, φαιντανύλη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α.), αγγειοδραστικά (π.χ. αδρεναλίνη, νοραδρεναλίνη κ.α.), αντιαρρυθμικά (π.χ. αμιοδαρόνη, ξυλοκαΐνη κ.α.), διουρητικά (φουροσεμίδα), νιτρογλυκερίνη σε ενέσιμη μορφή ή σε δισκία, διττανθρακικά, amp. NaCl/KCl/MgSO₄/CaCl₂, ηπαρίνη, ινσουλίνη, D/W 35% κ.α.
- Πρέπει να γίνεται έλεγχος πριν από κάθε μεταφορά του ασθενούς στον εξοπλισμό και στο σακίδιο ότι όλα είναι έτοιμα και πιο συγκεκριμένα στα φάρμακα είναι απαραίτητος ο μηνιαίος έλεγχος στις ημερομηνίες λήξης τους

3.1.8 Επισκεπτήριο ασθενών

Είναι αναμφισβήτητο ότι κάθε ασθενής θεωρεί ως βασικό στήριγμα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του, τους θεράποντες ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό, που επιμελείται τη γενικότερη νοσηλεία του. Παράλληλα όμως χρειάζεται και τη συμπαράσταση των αγαπημένων προσώπων του, συγγενικών ή φιλικών. Όταν ο ασθενής όμως νοσηλεύεται στη ΜΑΦ η κατάσταση περιπλέκεται κάπως, καθώς η επαφή με τα συγγενικά του πρόσωπα είναι περιορισμένη. Οι απόψεις σχετικά με την αναγκαιότητα του επισκεπτηρίου δίστανται, καθώς γι' άλλους εγκυμονεί κινδύνους για τους ασθενείς ενώ γι' άλλους έχει ευεργετική επίδραση σ' αυτούς. Φυσικά κάθε πλευρά έχει να επιδείξει τα δικά της επιχειρήματα.

Κάποιοι ερευνητές έχουν αποδείξει ότι μπορεί να προκύψουν αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες από το επισκεπτήριο στους ασθενείς της ΜΑΦ. Ακόμη οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι οι επισκέψεις επηρεάζουν αρνητικά διότι αυξάνουν τον κίνδυνο των λοιμώξεων, εμποδίζουν την ξεκούραση των ασθενών και τους δημιουργούν μερικές φορές δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Αντίθετα, οι υποστηρικτές του ανοικτού επισκεπτηρίου πιστεύουν ότι θα μπορούσε να δράσει ευεργετικά τόσο ψυχολογικά όσο και πρακτικά. Πιο συγκεκριμένα το ανοικτό επισκεπτήριο:

1. Ελαττώνει την καταθλιπτική τάση των ασθενών.
2. Δημιουργεί άνεση στο επισκεπτήριο και τους ασθενείς.

3. Ενισχύει το ρόλο της οικογένειας στην υποστήριξη του ασθενούς.

4. Αυξάνει την επικοινωνία νοσηλεύτη - οικογένειας.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι θα ήταν καλό να εξατομικεύεται η πολιτική του επισκεπτηρίου. Ακόμη να δίνεται στους ασθενείς η ευκαιρία να αποφασίζουν για το επισκεπτήριο, αλλά και να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη της οικογένειας, των γιατρών και των νοσηλευτών.

Έτσι η χρησιμοποίηση του επισκεπτηρίου διευκολύνει τον ασθενή να αισθάνεται ουσιαστικά υποστηριζόμενος.

Στη ΜΑΦ του νοσοκομείου μας λοιπόν, λαμβάνοντας υπόψιν όλα τα παραπάνω το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, όρισε ώρες επισκεπτηρίου: 12:30-13:00 το μεσημέρι, εφόσον οι νοσηλευτές έχουν τελειώσει από την νοσηλεία και την περιποίηση του ασθενούς και οι γιατροί από όλες τις παρεμβάσεις τους, καθώς και 18:00-18:30 το απόγευμα.

3.2 Προτυποποιημένο πρόγραμμα καθαριότητας και απολύμανσης χώρων, τεχνολογικού και λοιπού εξοπλισμού στη ΜΑΦ

ΣΚΟΠΟΣ:

Η καθαριότητα με απλά απορρυπαντικά, όσον αφορά τις επιφάνειες στο νοσοκομειακό περιβάλλον, οδηγεί σε παρόμοια ελάττωση του μικροβιακού φορτίου με αυτή που επιτυγχάνεται με τη χρήση απολυμαντικών. Σήμερα έχει γίνει αποδεκτό ότι ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας των μέτρων καθαριότητας δεν απαιτεί συστηματική λήψη καλλιιεργειών από περιβαλλοντολογικά δείγματα.

Γενικά τα δάπεδα, τα έπιπλα, οι τοίχοι και άλλες επίπεδες επιφάνειες, μέσα στο νοσοκομείο, πρέπει να είναι οπτικά καθαρές και απαιτούν καθημερινή υγιεινή φροντίδα. Στην καθημερινή ρουτίνα δεν απαιτείται αποστείρωση ή υψηλού βαθμού απολύμανση, αφού το άψυχο περιβάλλον παίζει μικρό ρόλο στη μετάδοση των μικροοργανισμών.

Σε κάθε χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας με ευθύνη των ΕΝΑ είναι απαραίτητο να καταγραφούν πρωτόκολλα με οδηγίες καθαρισμού και απολύμανσης για τα εξής (Οι ίδιες οδηγίες αναφέρονται στη σύμβαση της μονάδας με το συνεργείο καθαριότητας):

- Καθαρισμός ρουτίνας οριζόντιων επιφανειών

- Καθαρισμός σε περίπτωση λερώματος με αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά

- Διαχείριση ιματισμού

- Υγιεινή περιβάλλοντος

- Διαχείριση νερού

- Κλιματισμός

Η διατήρηση άριστου επιπέδου καθαριότητας σε χώρους που έχουν χαρακτηριστεί ως υψηλού κινδύνου όπως οι ΜΑΦ, έχει μεγάλη σημασία για τους ασθενείς.

Οι προκαθορισμένες οδηγίες και οι διαδικασίες καθώς και η διεξαγωγή ποιοτικών ελέγχων απαιτούν αυστηρή συμμόρφωση.

Οι βασικοί κανόνες καθαριότητας περιλαμβάνουν τα εξής:

Καθαρισμός επιφανειών (πάτωμα, ψηλότερες επιφάνειες) σε τακτική βάση, όταν αυτές λερωθούν με βιολογικά υγρά ή όποτε απαιτηθεί επιπλέον (εάν αυτές είναι ορατά ρυπαρές).

Απολύμανση επιφανειών σε τακτική βάση ή ακολουθώντας εντατικοποιημένο πρόγραμμα (αύξηση της συχνότητας/ημέρα) όταν απαιτείται (νοσηλεία ασθενών με λοιμώδη νοσήματα ή πολυανθεκτικά παθογόνα).

Ακολουθούνται πάντα οι οδηγίες του κατασκευαστή τόσο για τα απορρυπαντικά όσο και τα απολυμαντικά σκευάσματα για τις αραιώσεις, τη φύλαξη των σκευασμάτων, την ανάμιξη διαφορετικών ουσιών, την ημερομηνία λήξης, την προστασία του χρήστη.

Καθαρισμός τοίχων, κουρτινών, παραθύρων όταν αυτά είναι εμφανώς λερωμένα ή μολυσμένα.

Προετοιμασία απολυμαντικού ή απορρυπαντικού διαλύματος όπως απαιτείται και συχνή αντικατάστασή τους (π.χ. αντικατάσταση του διαλύματος των πατωμάτων ανά τρεις θαλάμους και όχι συχνότερα από διάστημα 1ώρας) σύμφωνα πάντα με την πολιτική της ΕΝΛ.

Απολύμανση σφουγγαρίστρας ή πανιών καθαριότητας τακτικά για την πρόληψή μόλυνσής τους (πλύσιμο - στέγνωμα τουλάχιστον ημερησίως).

Χρήση αποκλειστικά απολυμαντικού σκευάσματος στην περιοχή ασθενούς όταν υπάρχει αβεβαιότητα για τη φύση του ρύπου στις επιφάνειες(αίμα, βιολογικά υγρά ή παρουσία πολυανθεκτικών παθογόνων).

Χρήση απορρυπαντικού και νερού σε χώρους όπου δεν παρέχεται φροντίδα υγείας (γραφεία, σαλόνια κλπ)

Δεν ενδείκνυται χρήση υψηλού βαθμού απολύμανσης ή χημικών αποστειρωτικών για μη κρίσιμες επιφάνειες.

Μηχανικός καθαρισμός πάντα με εμποτισμένο πανί σε απολυμαντικό ή απορρυπαντικό σκεύασμα των οριζόντιων επιφανειών (ημερησίως για τις περιοχές που παρέχεται φροντίδα και τρεις φορές εβδομαδιαίως για τις υπόλοιπες).

Απολύμανση μη κρίσιμων επιφανειών με εγκεκριμένο απολυμαντικό σκεύασμα σύμφωνα με συστάσεις (αραιώσεις και χρόνοι)κατασκευαστή.

Δεν επιτρέπεται η απολύμανση παιδικών κλινών ή θερμοκοιτίδων όταν αυτά καταλαμβάνονται από ασθενείς. Εάν χρησιμοποιούνται απολυμαντικά σκευάσματα για την τελική καθαριότητα (με την αποχώρηση των ασθενών) θα πρέπει να ξεπλένονται σχολαστικά με νερό και να στεγνώνονται πριν την επόμενη χρήση.

Καθαρισμός και απολύμανση κηλίδων αίματος ή άλλων βιολογικών υγρών ή υλικών σύμφωνα με συστάσεις:

Χρήση γαντιών και προστατευτικού εξοπλισμού.

Χρήση λαβίδας για τη συλλογή αιχμηρών αντικειμένων.

Χρήση απορροφητικού χαρτιού.

Εγκεκριμένο απολυμαντικό σκεύασμα ή υποχλωριώδες 1:10 αρχικά προκειμένου να αποφευχθεί ο κίνδυνος μετάδοσης λοίμωξης κατά τη διάρκεια της καθαριότητας και στη συνέχεια 1:100 για την τελική απολύμανση.

Σε θαλάμους ασθενούς με λοίμωξη από *Clostridium difficile* ή σε περιπτώσεις επιδημίας οφειλόμενης σε αυτό το παθογόνο ενδείκνυται μόνο η χρήση διαλυμάτων υποχλωριώδους νατρίου σε συγκεντρώσεις 5.25%–6.15% (1:10 οικιακής χλωρίνης) για την απολύμανση των επιφανειών εφόσον τα άλλα απολυμαντικά σκευάσματα δεν είναι δραστικά έναντι των σπόρων *Clostridium difficile*.

Τα διαλύματα χλωρίου συστήνεται να ετοιμάζονται ημερησίως, δεδομένου ότι χάνουν το 50% της δραστικότητάς τους τις πρώτες 30 ημέρες ακόμη και όταν φυλάσσονται

Γενικές Οδηγίες για την ΜΑΦ:

Εφαρμόζεται η Διαδικασία καθαρισμού του δωματίου και ειδικότερα:

- Αρχικά γίνεται η συλλογή απορριμμάτων, ο καθαρισμός του κάδου και τοποθέτηση καθαρής σακούλας στους κάδους και αυτό επαναλαμβάνεται όσες φορές χρειασθεί.
- Απαγορεύεται το στεγνό σκούπισμα, επιτρέπεται μόνο με πανέτα μιας χρήσεως και το σφουγγάρισμα.
- Το σφουγγάρισμα στα δωμάτια της ΜΑΦ γίνεται, απαραίτητως πρωί, απόγευμα και όποτε άλλοτε χρειαστεί, ανάλογα με τις απαιτήσεις του τμήματος.
- Στα γραφεία, σαλόνια υποδοχής, κουζίνα, αποδυτήρια προσωπικού, βοηθητικοί χώροι των ΜΑΦ, το σφουγγάρισμα γίνεται απαραίτητως πρωί και απόγευμα και όποτε άλλοτε χρειαστεί.
- Στα είδη υγιεινής, γενικός καθαρισμός όλου του χώρου όπως αναφέρεται στις οδηγίες για την καθαριότητα ειδών υγιεινής πρωί και απόγευμα και όσες φορές χρειασθεί.
- Σε τακτά χρονικά (το λιγότερο κάθε μήνα) διαστήματα τα οποία καθορίζονται από την Προϊσταμένη απολυμαίνονται οι νιπτήρες αφού καθαριστούν τα σιφώνια. (συνεννόηση με την τεχνική υπηρεσία).
- Οι τοίχοι σε κανονικές συνθήκες πρέπει να πλένονται μία φορά την εβδομάδα, εκτός και αν λερωθούν.
- Οι ψευδοροφές, φωτισμοί, και κλιματιστικά καθαρίζονται μία φορά τον μήνα εκτός και αν λερωθούν.
- Τα τζάμια και τα πλαίσια των παραθύρων μία φορά την εβδομάδα ή όταν λερωθούν (τα τζάμια στις πόρτες εισόδου καθαρίζονται δύο φορές την ημέρα.).
- Να τηρούνται αυστηρά όλες οι γενικές οδηγίες καθαρισμού.

- Αυστηρή τήρηση των οδηγιών χρήσης απολυμαντικών

Σήμερα στη ΜΑΦ το απορρυπαντικό απολυμαντικό χώρου (πατώματα και επιφάνειες) που χρησιμοποιείται είναι βακτηριοκτόνο, φυματιοκτόνο, ζυμοκτόνο, μυκητοκτόνο κτλ. Είναι συμπυκνωμένο διάλυμα και στο 1lt νερού μπαίνουν 5 ml υγρού, σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες κατασκευαστή

3.3 Προτυποποιημένες διεργασίες ελέγχων πρόληψης της αποίκησης και διασποράς μικροβίων

Η διασπορά των πολυανθεκτικών μικροοργανισμών σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί μία κρίση δημόσιας υγείας σε διεθνές επίπεδο με πολύ σημαντικές επιπτώσεις τόσο για τους ασθενείς όσο και για την λειτουργία του υγειονομικού συστήματος. Η πρόληψη της διασποράς των πολυανθεκτικών παθογόνων στο νοσοκομειακό περιβάλλον θα πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα κάθε προγράμματος ελέγχου νοσοκομειακών λοιμώξεων. **Στην παρούσα θεματική ενότητα αναπτύσσονται οι διαδικασίες που εφαρμόζονται στο νοσοκομείο για την πρόληψη και τον έλεγχο της διασποράς των πολυανθεκτικών μικροοργανισμών (ΠΑΜ-MDROs).**

Η πρόληψη της διασποράς των ΠΑΜ πρέπει να γίνεται συγχρόνως σε πολλά επίπεδα και βασίζεται κυρίως στους παρακάτω άξονες:

- Στην πρόληψη **της οριζόντιας διασποράς** των ΠΑΜ στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Η κατηγορία αυτή των μέτρων είναι η σημαντικότερη γιατί τα ΠΑΜ μεταδίδονται από ασθενή σε ασθενή μέσω της επαφής με το προσωπικό του νοσοκομείου ή το επιμολυσμένο άψυχο περιβάλλον (επιφάνειες, κοινός εξοπλισμός).
- Στην πρόληψη **των λοιμώξεων από παρεμβατικούς χειρισμούς**, που αποτελούν τις συχνότερες νοσοκομειακές λοιμώξεις και μπορούν σε πολύ υψηλό ποσοστό να αποφευχθούν με την εφαρμογή των κατάλληλων δεσμίδων μέτρων και είναι οι ακόλουθες:
 - Βακτηριαιμίες Προερχόμενες από τους Κεντρικούς Φλεβικούς Καθετήρες
 - Ουρολοιμώξεις Συνδεόμενες με την τοποθέτηση ουροκαθετήρα
 - Λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού σχετιζόμενες με μηχανική αναπνοή
 - Λοιμώξεις Χειρουργικού Πεδίου

Στην έγκαιρη διάγνωση των αιτίων –παθογόνων των λοιμώξεων από ΠΑΜ που περιλαμβάνει τόσο την δυνατότητα ανίχνευσης και σωστής ταυτοποίησης των ΠΑΜ, όσο και την διάγνωση των ασυμπτωματικών φορέων από τους οποίους μεταδίδονται οι πολυανθεκτικοί μικροοργανισμοί και

στους οποίους πρέπει να εφαρμόζονται τα ίδια μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται και στους ασθενείς με λοίμωξη από ΠΑΜ.

Στην ορθολογική διαχείριση των αντιβιοτικών στο νοσοκομειακό χώρο, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση των λοιμώξεων από ΠΑΜ αλλά και τη διάσωση των τελευταίων διαθέσιμων αντιβιοτικών για την αντιμετώπισή τους.

Τα μέτρα ελέγχου διαχωρίζονται στο βασικό κορμό που αποτελεί τα γενικά μέτρα που πρέπει να εφαρμόζονται σε όλους τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και στα εντατικοποιημένα επιπρόσθετα μέτρα που πρέπει να εφαρμόζονται σε ειδικές περιπτώσεις ή σε περιπτώσεις που δεν αποδίδουν τα γενικά μέτρα.

Διοικητικά μέτρα

Επίκεντρο της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου είναι η εδραίωση ενιαίας στρατηγικής σχετικά με την πρόληψη και τον έλεγχο της διασποράς των ΠΑΜ στο νοσοκομειακό χώρο. Οι σημαντικότερες δράσεις συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- Εδραίωση ενιαίας στρατηγικής- προγράμματος ελέγχου λοιμώξεων για την πρόληψη και τον έλεγχο της διασποράς των ΠΑΜ στο νοσοκομειακό χώρο. Η υιοθέτηση της στρατηγικής αυτής προωθεί την πρόληψη και τον έλεγχο της διασποράς των ΠΑΜ ως προτεραιότητα του νοσοκομείου.
- Ενσωμάτωση των αρχών της πρόληψης για την διασπορά των ΠΑΜ στην καθημερινή κλινική πρακτική του προσωπικού μέσω της εκπαίδευσης, της συμμετοχής του σε δράσεις πρόληψης, της πρόσβασης σε επικαιροποιημένες οδηγίες και κυρίως της εξασφάλισης της απαραίτητης υλικοτεχνικής υποδομής για την εφαρμογή των μέτρων ελέγχου.
- Ενίσχυση της επιτήρησης και της έγκαιρης διάγνωσης των ασθενών με λοίμωξη ή αποικισμό από ΠΑΜ, δηλαδή την ενίσχυση του μικροβιολογικού εργαστηρίου και των θεσμικών οργάνων που έχουν αναλάβει την υλοποίηση του προγράμματος ελέγχου.
- Συστηματική ενημέρωση ανά 4-6 μήνες των κλινικών τμημάτων για την τάση των δεικτών που προκύπτουν από την επιτήρηση στο νοσοκομείο.
- Εντόπιση και αντιμετώπιση περιορισμών στην εφαρμογή του προγράμματος
- Συμμετοχή σε τοπικά και εθνικά προγράμματα επιτήρησης και παρέμβασης για την διασπορά των ΠΑΜ

Εργαστηριακή και κλινική επιτήρηση

Το νοσοκομείο έχει τη δυνατότητα ανίχνευσης και ταυτοποίησης πολυανθεκτικών παθογόνων. Στόχοι είναι:

- Η εδραίωση της ενεργητικής **εργαστηριακής επιτήρησης** των ΠΑΜ μας παρέχει τη δυνατότητα της έγκαιρης ανίχνευσης συρροών και επιδημιών από τα συγκεκριμένα παθογόνα, αλλά και την ανάδειξη της εμφάνισης νέων στελεχών στο νοσοκομείο με ιδιαίτερο επιδημιολογικό ενδιαφέρον για την πρόληψη των λοιμώξεων.
- Την εγκατάσταση **συστήματος επιτήρησης λοιμώξεων** από ΠΑΜ (επιπολασμός/επίπτωση) από την οποία αναδεικνύεται η επίπτωση τους σε κλινικό επίπεδο και παρέχεται η δυνατότητα παρακολούθησης και αξιολόγησης των εφαρμοζόμενων μέτρων ελέγχου και πρόληψης στο νοσοκομείο.
- Τη συμμετοχή του νοσοκομείου στην **εθνική επιτήρηση** των βακτηριαιμιών από πολυανθεκτικά βακτήρια στα πλαίσια της εφαρμογής του Σχεδίου Δράσης Προκρούστης η οποία είναι υποχρεωτική σύμφωνα με την πρόσφατη υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 388/18-2-2014).
- Την εδραίωση διαδικασιών **αξιολόγησης και κοινοποίησης** στους επαγγελματίες υγείας των αποτελεσμάτων της επιτήρησης.

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της επιτήρησης των ΠΑΜ καθορίζονται από την επιδημιολογία και τις ανάγκες του νοσοκομείου και διευρύνονται ανάλογα με τους στόχους που τίθενται κάθε φορά.

Αναγκαία στοιχεία για την εδραίωση ενός συστήματος επιτήρησης πολυανθεκτικών μικροοργανισμών είναι:

- Ο καθορισμός της μεθοδολογίας της επιτήρησης που ακολουθείται (συνεχής ή σημειακή καταγραφή, διευρυμένη ή εντοπισμένη σε συγκεκριμένα κλινικά τμήματα) τα είδη λοιμώξεων και οι μικροοργανισμοί που επιτηρούνται.
- Η εξασφάλιση της δυνατότητας μικροβιολογικής ταυτοποίησης των πολυανθεκτικών μικροοργανισμών και ιδιαίτερα όσων επιτηρούνται μέσω του Σχεδίου Δράσης Προκρούστης (ανθεκτικά στις καρβαπενέμες στελέχη *Acinetobacter*, *Pseudomonas* και *Klebsiella*, MRSA, VRE)
- Το ανθρώπινο δυναμικό που θα αναλάβει την συστηματική καταγραφή και αξιολόγηση των δεδομένων

Επιτήρηση αποικισμών νοσηλευόμενων ασθενών από πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς (screening)

Η επιτήρηση των αποικισμών αφορά την έγκαιρη ανίχνευση συγκεκριμένων πολυανθεκτικών μικροοργανισμών στις χλωρίδες ασθενών (εντερική χλωρίδα, εκκρίσεις αναπνευστικού, δερματικές πτυχές, ούρα, τραύματα, έλκη κ.ά.) που δεν εμφανίζουν κλινικά συμπτώματα λοίμωξης. Ανάλογα με τον μικροοργανισμό που ανιχνεύεται καθορίζονται τα ακόλουθα και αναφέρονται στον Εσωτερικό Κανονισμό:

- Η μικροβιολογική μέθοδος ανίχνευσης
- Οι χλωρίδες των ασθενών που θα ελεγχθούν
- Οι ασθενείς που θα ελεγχθούν

Όσον αφορά τα ανθεκτικά στις καρβαπενέμες εντεροβακτηριακά η προτεινόμενη μικροβιολογική μέθοδος αναφέρεται αναλυτικά στο παράρτημα. Ωστόσο στο Γ.Ν. Σύρου η ανίχνευση γίνεται αυτόματα από το μηχάνημα MICROSCAN της LERIVA και ο έλεγχος αποικισμού των ασθενών πραγματοποιείται απαραίτητα στις ακόλουθες περιπτώσεις:

Ασθενείς που ήδη νοσηλεύονται στο νοσοκομείο

Σε ασθενείς που συν-νοσηλεύτηκαν με ασθενή με ΠΑΜ πριν την διάγνωσή και απομόνωσή του.

Σε ασθενείς που προέρχονται από τμήματα υψηλού κινδύνου για λοίμωξη/αποικισμό από ΠΑΜ (πχ. ΜΕΘ, αιματολογικές, ογκολογικές κλινικές, MTN, κ.ά.)

Σε ασθενείς με παρατεταμένη νοσηλεία και λήψη αντιβιοτικών, ιδιαίτερα καρβαπενεμών.

Ασθενείς που εισέρχονται στο νοσοκομείο για νοσηλεία

Σε ασθενείς με πρόσφατη νοσηλεία (τελευταίο εξάμηνο) στη χώρα μας ή σε χώρα με επιδημία ή ενδημία από τα συγκεκριμένα πολυανθεκτικά στελέχη.

Σε ασθενείς που προέρχονται από ιδρύματα χρονίως πασχόντων, όπως Κέντρα Φυσικής Αποκατάστασης και σε ασθενείς με συχνές επισκέψεις στα νοσοκομεία για την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων όπως χρόνια νεφροπαθείς, αιματολογικοί και ογκολογικοί ασθενείς ή ασθενείς με ρευματολογικά νοσήματα, διαβητικοί κ.ά.

Σε ασθενείς με γνωστό αποικισμό από ΠΑΜ που εισάγεται εκ νέου στο νοσοκομείο. Ειδικά για τους ασθενείς που προέρχονται από κλινικά τμήματα υψηλής επίπτωσης ΠΑΜ, όπως είναι οι ΜΕΘ, όταν δεν είναι εφικτό να ελεγχθεί η χλωρίδα τους θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως δυνητικά αποικισμένοι με ΠΑΜ και να νοσηλεύονται προληπτικά με προφυλάξεις επαφής.

Σε περιπτώσεις συρροών κρουσμάτων ή σε κλινικά τμήματα υψηλής επίπτωσης ΠΑΜ η συστηματική επιτήρηση των αποικισμών (active surveillance) αποτελεί βασικό μέτρο ελέγχου της διασποράς τους και περιγράφεται παρακάτω στα επιπρόσθετα μέτρα.

Φυσικός διαχωρισμός ασθενών – Συνθήκες απομόνωσης

Η εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων πρόληψης και ελέγχου για τη διασπορά των ΠΑΜ αποτελεί βασικό στοιχείο των προγραμμάτων ελέγχου λοιμώξεων στο νοσοκομειακό χώρο και βασίζεται σε διεθνώς τεκμηριωμένες για την αποτελεσματικότητά τους πρακτικές.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στον έλεγχο της διασποράς των ανθεκτικών στις καρβαπενέμες Gram αρνητικών παθογόνων. Τα παθογόνα αυτά εμφανίζουν ιδιαίτερο επιδημιολογικό ενδιαφέρον για τα νοσοκομεία της χώρας μας αφού αποτελούν τα πιο συχνά απομονωθέντα παθογόνα αίτια νοσοκομειακών λοιμώξεων. Τα μέτρα πρόληψης και ελέγχου που σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συστήνονται ως τα πλέον αποτελεσματικά και εφαρμόζονται για τη νοσηλεία των ασθενών με ΠΑΜ στο Γ.Ν. Σύρου είναι τα ακόλουθα:

Φυσικός διαχωρισμός ασθενών

Ο φυσικός διαχωρισμός των ασθενών με λοίμωξη ή αποικισμό από πολυανθεκτικά παθογόνα, από τους ασθενείς που δεν είναι αποικισμένοι από τα συγκεκριμένα βακτήρια είναι επιβεβλημένος για τον έλεγχο της διασποράς τους στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Οι τεχνικές φυσικού διαχωρισμού ασθενών με ΠΑΜ που εφαρμόζονται είναι οι ακόλουθες:

Απομόνωση

Ο ασθενής νοσηλεύεται μόνος του σε ένα θάλαμο. Οι μονόκλινοι θάλαμοι του νοσοκομείου διατίθενται σε ασθενείς με ένδειξη νοσηλείας σε απομόνωση και εφαρμογής των προφυλάξεων επαφής. Η προτεραιότητα απομόνωσης των ασθενών που ενδείκνυται η νοσηλεία τους σε απομόνωση αποφασίζεται από την ΕΝΛ. Οι ασθενείς νοσηλεύονται κατά προτεραιότητα σε προκαθορισμένους θαλάμους-απομονώσεις που έχουν ορισθεί λόγω έλλειψης χώρου από την διοίκηση και την ΕΝΛ του νοσοκομείου σε συνεργασία με τα κλινικά τμήματα.

Συν-νοσηλεία

Ο ασθενής νοσηλεύεται σε κοινό θάλαμο μόνο μαζί με άλλους ασθενείς που φέρουν το ίδιο παθογόνο (γένος, είδος, φαινότυπος αντοχής).

Χωροταξικός - Γεωγραφικός Διαχωρισμός

Ο χωροταξικός διαχωρισμός εφαρμόζεται σε μεγάλους ενιαίους χώρους νοσηλείας όπου δεν υπάρχει η δυνατότητα απόλυτου φυσικού διαχωρισμού των ασθενών όπως στις ΜΕΘ. Σε αυτές τις περιπτώσεις σε μία συγκεκριμένη περιοχή του τμήματος, κατά προτίμηση στην πιο απομακρυσμένη, μεταφέρονται οι ασθενείς με το ίδιο πολυανθεκτικό παθογόνο. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει ο

διαχωρισμός των ασθενών να συνοδεύεται και από αντίστοιχο διαχωρισμό του προσωπικού και πιο ειδικά των νοσηλευτών (staff-nursing cohorting). Οι νοσηλευτές που θα αναλάβουν τη νοσηλεία των ασθενών με το συγκεκριμένο ΠΑΜ δεν θα ασχολούνται με τη φροντίδα των υπόλοιπων ασθενών. Εναλλακτικά εάν δεν είναι εφικτός ο χωροταξικός διαχωρισμός των ασθενών μπορεί να εφαρμοστεί μόνο ο διαχωρισμός των νοσηλευτών που κρίνεται ως ο πλέον απαραίτητος.

Διατομεακά τμήματα νοσηλείας ασθενών με πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς

Η διαμόρφωση και διάθεση ενός κλινικού τμήματος για την νοσηλεία των ασθενών με πολυανθεκτικά παθογόνα ή επικίνδυνα για τη δημόσια υγεία αποτελεί πρακτική που εφαρμόζεται στο Γ.Ν. Σύρου προκειμένου να ελεγχθεί μία επιδημία ή και ενδημική κατάσταση.

Κοινός θάλαμος

Στην περίπτωση που δεν υπάρχει η δυνατότητα συν-νοσηλείας ασθενών με ένα συγκεκριμένο ΠΑΜ, συν-νοσηλεύονται με ασθενείς χαμηλού κινδύνου για αποικισμό ανάπτυξη σοβαρής λοίμωξης και προοπτική μικρής διάρκειας νοσηλείας. Το κρεβάτι του ασθενή με τον πολυανθεκτικό μικροοργανισμό είναι σε ακραία θέση, η απόσταση μεταξύ των κρεβατιών είναι η μέγιστη δυνατή ($\geq 1\text{m}$) και υπάρχει τεχνητός φραγμός ανάμεσα στα κρεβάτια (κουρτίνα ή ένα κρεβάτι) ώστε να ελαχιστοποιείται η επαφή με τον ασθενή και το άψυχο περιβάλλον του. Τέλος εφαρμόζονται αυστηρά όλα τα αναγκαία μέτρα πρόληψης για όλους τους ασθενείς του θαλάμου.

Εκτίμηση κινδύνου

Η απομόνωση των ασθενών όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμοι θάλαμοι γίνεται βάση εκτίμησης κινδύνου διασποράς των ΠΑΜ. Στην απόφαση για τη μόνωση των ασθενών συνεκτιμάται η δυνατότητα παραμονής του ασθενή στη μόνωση και η δυνατότητα που παρέχεται για την παρακολούθηση του.

Δίνεται προτεραιότητα:

Σε ασθενείς με **αυξημένο κίνδυνο μεταδοτικότητας** όπως είναι οι ασθενείς με εκτεταμένη λοίμωξη μαλακών μορίων – ανοικτά τραύματα, εγκαύματα, διαβητικό πόδι, κατακλίσεις, δερματοπάθειες (όπως πέμφιγα και έκζεμα), παραγωγικό βήχα.

Σε ασθενείς με **ξένα σώματα** όπως παροχετεύσεις, κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες και ουροκαθετήρες ιδιαίτερα όταν είναι ήδη αποικισμένα.

Σε ασθενείς με λοίμωξη ή αποικισμό από παθογόνα με **ιδιαίτερο επιδημιολογικό ενδιαφέρον** για τη χώρα μας όπως είναι τα ανθεκτικά στις καρβαπενέμες στελέχη

Klebsiella spp. Στην περίπτωση ασθενών με λοίμωξη ή αποικισμό από στελέχη εντεροβακτηριακών που παράγουν NDM, οι συγκεκριμένοι ασθενείς κατά προτεραιότητα νοσηλεύονται σε μόνωση.

Συνθήκες απομόνωσης-Προφυλάξεις Επαφής

Οι συνθήκες απομόνωσης είναι όλα εκείνα τα μέτρα πρόληψης που συνοδεύουν τον φυσικό διαχωρισμό των ασθενών και είναι τα ακόλουθα:

Σήμανση θαλάμων και φύλλου νοσηλείας ασθενών. Στο Γ.Ν. Σύρου έχει καθιερωθεί η κίτρινη σήμανση για τα αιματογενώς μεταδιδόμενα και η κίτρινη για τα αερογενώς και σταγονιδίων.

Διαχωρισμός νοσηλευτικού προσωπικού και διάθεση κατάλληλα εκπαιδευμένου νοσηλευτή για την νοσηλεία των ασθενών με ΠΑΜ (nursing cohorting-dedicated nurse). Με τους συγκεκριμένους ασθενείς ασχολείται ο ίδιος νοσηλευτής ανά βάρδια αφού έχει ολοκληρώσει την φροντίδα των υπόλοιπων ασθενών εάν δεν είναι εφικτό να ασχολείται μόνο με τους ασθενείς με ΠΑΜ.

Εφαρμογή των Μέτρων Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ)για τη νοσηλεία των ασθενών και εξασφάλιση των απαραίτητων υλικών για την εφαρμογή τους όπως αναλύονται παρακάτω:

Μέτρα Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ)

Η χρήση γαντιών και μπλούζας μιας χρήσης είναι υποχρεωτικά μέτρα των προφυλάξεων επαφής. Η χρήση μάσκας προσώπου, γυαλιών και απλής χειρουργικής μάσκας εφαρμόζονται όπου υπάρχουν οι ανάλογες ενδείξεις όπως αναφέρονται στις βασικές προφυλάξεις.

Γάντια / ποδιά ή ολόσωμη μπλούζα

Το νοσηλευτικό προσωπικό φορά καθαρά γάντια και ποδιά ή μπλούζα μιας χρήσεως κάθε φορά που έρχεται σε επαφή με τον ασθενή. Η μπλούζα απορρίπτεται αμέσως μετά την αποχώρηση από την περιοχή του ασθενούς στα μολυσματικά απόβλητα. Τα γάντια είναι μιας χρήσεως και αλλάζονται μεταξύ των επεμβατικών τεχνικών καθώς και από την μετάβαση από σηπτική σε καθαρή περιοχή στον ίδιο ασθενή αφού εφαρμοστεί η Υγιεινή των Χεριών.

Μάσκα χειρουργική, γυαλιά

Χρησιμοποιούνται μόνο όταν υπάρχει κίνδυνος εκτίναξης βιολογικών υλικών

Υγιεινή των χεριών

Εφαρμόζεται πάντα πριν και μετά την επαφή με τον ασθενή ή με το άψυχο περιβάλλον ανεξάρτητα από την χρήση γαντιών.

Ο ιατρονοσηλευτικός εξοπλισμός που χρησιμοποιείται για τη νοσηλεία του ασθενούς με ΠΑΜ είναι αποκλειστικός για τον συγκεκριμένου ασθενή καθώς και τα αντικείμενα που βρίσκονται εντός του χώρου νοσηλείας του είναι περιορισμένα.

Η μετακίνηση ασθενών εντός και εκτός νοσοκομείου απαιτεί την έγκαιρη ενημέρωση των τμημάτων- νοσοκομείων υποδοχής. Οι μετακινήσεις των ασθενών εντός και εκτός νοσοκομείου περιορίζονται στις απολύτως απαραίτητες. Ενημερώνεται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που θα μεταφέρει και θα υποδεχθεί τον ασθενή στο νέο τμήμα ή στο άλλο νοσοκομείο εάν αυτό κριθεί

απαραίτητο (**δελτίο έγκαιρης ενημέρωσης στο Παράρτημα**). Εφαρμόζεται απολύμανση του ιατρικού εξοπλισμού καθώς και των μέσων μεταφοράς που χρησιμοποιήθηκαν και τα οποία είναι κοινά και με άλλους ασθενείς. Ασθενείς που προέρχονται από κλινικά τμήματα με υψηλή επίπτωση ΠΑΜ όπως οι ΜΕΘ/ΜΑΦ, αντιμετωπίζονται ως φορείς ΠΑΜ και εφαρμόζονται άμεσα οι προφυλάξεις επαφής. Αν χρειαστεί λαμβάνονται επιπλέον προφυλάξεις με δεύτερο τραυματιοφορέα που θα συνοδεύσει ώστε να ενημερώνει για τις απαιτούμενες αποστάσεις. Επίσης το Γ.Ν. Σύρου διαθέτει σύμβαση με εξωτερικό συνεργάτη για εφαρμογή απολύμανσης των κλειστών χώρων και της διαδρομής (π.χ. το μοναδικό ασανσέρ) ώστε άμεσα να είναι πάλι διαθέσιμοι οι χώροι αυτοί.

Έλεγχος επισκεπτηρίου στο θάλαμο νοσηλείας των ασθενών με πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς. Το επισκεπτήριο είναι περιορισμένο και ενήμερο (τοποθετείται και ειδική σήμανση στην πόρτα) για την εφαρμογή των προφυλάξεων επαφής. Αυτό ισχύει τόσο για το κοινό όσο και για το προσωπικό του νοσοκομείου που επισκέπτεται το κλινικό τμήμα

Υγιεινή περιβάλλοντος

Ιατρικός εξοπλισμός που χρησιμοποιείται για τη νοσηλεία του ασθενή

Κάθε ασθενής πρέπει να έχει τον αποκλειστικά δικό του μη κρίσιμο ιατρικό εξοπλισμό (π.χ. ακουστικά, περιχειρίδα κτλ) ο οποίος δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για άλλο ασθενή αν δεν απολυμανθεί πρώτα.

Κάθε ιατρικό μηχάνημα (X-Ray, ultrasound) που χρησιμοποιείται από ασθενείς με πολυανθεκτικό παθογόνο πρέπει να απολυμαίνεται πριν και μετά τη χρήση του. Για την απολύμανση θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σκευάσματα συμβατά με τον εξοπλισμό. Απαιτείται η χρήση ειδικών καθαριστικών πανιών μιας χρήσης για τον καθαρισμό των ιατρικών μηχανημάτων καθώς και του άμεσου άψυχου περιβάλλοντος.

Χώρος νοσηλείας

Δίνεται προτεραιότητα στο συχνό καθαρισμό των θαλάμων που νοσηλεύονται ασθενείς με λοίμωξη/αποικισμό από πολυανθεκτικά παθογόνα. Πέραν της τακτικής διαδικασίας καθαριότητας θαλάμου απαιτείται αύξηση της συχνότητας, ιδιαίτερα των μικρών συχνά αγγιζόμενων επιφανειών (πόμολα, διακόπτες) και των επιφανειών της περιοχής του ασθενούς(κομοδίνο, κλίνη(τουλάχιστον 2/ βάρδια). Συστήνεται υγρός καθαρισμός με απολυμαντικό διάλυμα σύμφωνα με συστάσεις της ΕΝΑ. Τα υλικά καθαριότητας και ιδιαίτερα τα πανιά καθαρισμού απολυμαίνονται πριν τη χρήση τους σε επιφάνειες άλλων θαλάμων. Τα υλικά καθαρισμού του πατώματος (μάπες, κουβάδες) πρέπει να φυλάσσονται απόλυτα καθαρά και στεγνά.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στα ακόλουθα:

- Έχει γίνει διανομή και εκπαίδευση πρωτοκόλλων καθαριότητας θαλάμων νοσηλείας ασθενών με ΠΑΜ. Τα συνεργεία καθαριότητας εκπαιδεύονται συστηματικά και επιτηρούνται στην εφαρμογή των οδηγιών που τους έχουν δοθεί από την ΕΝΛ.
- Χρήση κατάλληλου εξοπλισμού και λήψη των απαραίτητων μέτρων προστασίας για την καθαριότητα των συγκεκριμένων χώρων
- Χρήση κατάλληλων απολυμαντικών σκευασμάτων και σωστή διάλυση
- Συχνότητα και τρόπος απολύμανσης των άψυχων επιφανειών και του μη κρίσιμου εξοπλισμού του θαλάμου.
- Λήψη καλλιεργειών άψυχου περιβάλλοντος όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο αλλά και τοποθέτηση δειγμάτων σε σημείο που υποδεικνύονται από την εκπρόσωπο της ΕΝΛ.

Παρεμβατικές τεχνικές-Χειρισμός ξένων σωμάτων

Πολύ σημαντικός είναι ο κατάλληλος χειρισμός καθετήρων που συνδέονται με ιατρονοσηλευτικούς παρεμβατικούς χειρισμούς (π.χ. κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες, ουροκαθετήρες). Η τοποθέτηση καθώς και η αφαίρεσή τους γίνεται βάση ενδείξεων και ιδιαίτερα όσον αφορά την αφαίρεσή τους αποφασίζεται το συντομότερο δυνατό όταν πλέον δεν κρίνεται απαραίτητη για τη νοσηλεία των ασθενών. Οι ασθενείς με καθετήρες χαρακτηρίζονται από αυξημένο κίνδυνο αποικισμού ή λοίμωξης από νοσοκομειακά παθογόνα καθώς και από αυξημένο κίνδυνο επιμόλυνσης του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Οι παρακάτω διαδικασίες είναι καθοριστικές στο χειρισμό των καθετήρων και πρέπει να εφαρμόζονται βάση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων και αφορούν :

Την άσηπτη τεχνική τοποθέτησης τους

Τον κατάλληλο χειρισμό τους κατά την διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς

Τις ενδείξεις τοποθέτησης και αφαίρεσης τους.

Εκπαίδευση και ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και των επισκεπτών στην εφαρμογή των μέτρων ελέγχου και πρόληψης

Επαγγελματίες Υγείας

Η εκπαίδευσή και η συνεχιζόμενη επιμόρφωσή τους είναι καίριας σημασίας γιατί αυτοί είναι κυρίως που ασχολούνται με τη φροντίδα των ασθενών και η συμμετοχή τους στην εκπαιδευτική διαδικασία πρέπει να είναι υποχρεωτική. Η εκπαίδευση περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες επαγγελματιών υγείας:

- νέοι επαγγελματίες υγείας.
- προσωρινό προσωπικό του νοσοκομείου (π.χ. φοιτητές, αποκλειστικοί νοσοκόμοι).

- μόνιμο προσωπικό τμημάτων (επαγγελματίες υγείας που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την νοσηλεία των ασθενών (ιατροί, νοσηλευτές, νοσοκόμοι, φυσιοθεραπευτές τραυματιοφορείς, το προσωπικό του εργαστηριακού και διοικητικού τομέα) και πραγματοποιείται με τις ακόλουθες μεθόδους:
 - με ετήσια συστηματικά εκπαιδευτικά προγράμματα βάση επικαιροποιημένων οδηγιών ανά κατηγορία επαγγελματιών υγείας ή ανά κλινικό τμήμα και τομέα.
 - με εφαρμογή τεχνικών υπενθύμισης και ευαισθητοποίησης με έντυπο και οπτικοακουστικό υλικό.
 - με εκπαίδευση σε επείγουσα βάση για την αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων
 - με συμμετοχή των ίδιων σε δημιουργία σύντομου

Ασθενείς – Επισκέπτες

Η ενημέρωση ασθενών και επισκεπτών για την αναγκαιότητα εφαρμογής των μέτρων πρόληψης με γραπτές οδηγίες και μηνύματα δημόσιας υγείας.

Η εκπαίδευση στην εφαρμογή των μέτρων πρόληψης ιδιαίτερα όσων ατόμων ασχολούνται με τη φροντίδα των ασθενών στο νοσοκομείο ή και στο σπίτι.

Η εφαρμογή τεχνικών για την ενημέρωση και υπενθύμιση των μέτρων πρόληψης με χρήση έντυπου και οπτικοακουστικού υλικού.

Επιτήρηση της συμμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας στα μέτρα πρόληψης και ελέγχου

Η επιτήρηση της συμμόρφωσης στα μέτρα πρόληψης είναι η βάση της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων μέτρων. Η επιτήρηση είναι συνεχής και τα δεδομένα της αξιολογούνται συστηματικά. Η επιτήρηση πρέπει βασίζεται στα ακόλουθα στοιχεία:

Σε συγκεκριμένη μεθοδολογία (εργαλεία, δείκτες)

- Σε συγκεκριμένα κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα που την πραγματοποιούν συστηματικά
- Στην συνεχή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της και κοινοποίηση τους στα κλινικά τμήματα με ανάλογα σχόλια και συστάσεις

Η επιτήρηση της συμμόρφωσης στις προφυλάξεις επαφής περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Τη συμμόρφωση των κλινικών τμημάτων στη νοσηλεία των ασθενών σε συνθήκες μόνωσης όπως περιγράφονται παραπάνω.
- Τη συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και όσων ασχολούνται με την φροντίδα των ασθενών στην εφαρμογή των ΜΑΠ.
- Τη συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας στην Υγιεινή των Χεριών

- Τη συστηματική και σωστή απολύμανση του άψυχου περιβάλλοντος

Η διαχείριση των αντιβιοτικών

Η χρήση των αντιβιοτικών είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ανάπτυξη μικροβιακής αντοχής καθώς και με την επικράτηση των ανθεκτικών κλώνων στις χλωρίδες των νοσηλευόμενων ασθενών. Η προώθηση της ορθολογικής χρήσης των αντιβιοτικών είναι κρίσιμης σημασίας για τον περιορισμό της μικροβιακής αντοχής στο νοσοκομειακό μας. Οι άξονες πάνω στους οποίους βασίζεται η εφαρμογή του προγράμματος ορθής διαχείρισης των αντιβιοτικών αναλύεται στο αντίστοιχο κεφάλαιο του εσωτερικού κανονισμού.

Εκπαίδευση – ενημέρωση

Εντατικοποίηση της εκπαίδευσης και συνεχής υπενθύμιση των διαδικασιών που πρέπει να εφαρμόζονται από τους επαγγελματίες υγείας στα κλινικά τμήματα στα οποία η επίπτωση των ΠΑΜ δεν μειώνεται. **Η εκπαιδευτική διαδικασία είναι στοχευόμενη και συνεχής συνδυάζεται από συστηματική επιτήρηση της συμμόρφωσης του προσωπικού στην εφαρμογή των μέτρων ελέγχου.**

Επιτήρηση της συμμόρφωσης στην εφαρμογή των μέτρων πρόληψης και ελέγχου Όπως αναφέρθηκε σε κάθε κατηγορία μέτρων η επιτήρηση της εφαρμογής των μέτρων είναι καίριας σημασίας για την εφαρμογή αποτελεσματικών παρεμβατικών δράσεων μέχρι τον περιορισμό της διασποράς των πολυανθεκτικών μικροοργανισμών. Η επιτήρηση όσων αναφέρθηκαν αποτελεί τη βασική μέριμνα πρώτιστα των υπευθύνων των κλινικών νοσηλευτικών τμημάτων, της ΕΝΛ και της Διοίκησης του νοσοκομείου.

Κεφάλαιο 4

Νοσηλευτικές διαδικασίες ΜΑΦ– Πρωτόκολλα

4.1 Γενικά

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη που ασχολείται με τη φροντίδα του ανθρώπου, ασθενούς και υγιούς, αποτελώντας σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών, εμπειρίας και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς.

Πολλές φορές όμως βρεθήκαμε σε δύσκολη θέση, γιατί ενώ θεωρητικά ήμασταν έτοιμοι μας διέφυγαν ορισμένα πρακτικά, στοιχειώδη ωστόσο, ζητήματα. Για την αποφυγή λοιπόν αυτών των ζητημάτων, οργανώσαμε σωστά την εργασία μας, με όλα τα διαθέσιμα και κατάλληλα υλικά, τα οποία εφαρμόσαμε άμεσα, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων μας, για να επιτύχουμε καλύτερα το σκοπό μας. Δημιουργήσαμε τις λεγόμενες νοσηλευτικές διαδικασίες μέσα από στοιχειώδης και βασικές γνώσεις, που αφορούν τον άρρωστο και ειδικά τους ασθενείς της ΜΑΦ. Η προσπάθεια μας βασίστηκε σε θεμελιώδεις επιστημονικές, θεωρητικές, πρακτικές, αλλά και δεοντολογικές αρχές.

4.2 Εξοπλισμός Τροχήλατου Έκτακτης Ανάγκης

Σκοπός της διαδικασίας

Η άριστη γνώση και η επάρκεια υλικού και φαρμάκων καθώς και γνώση της θέσης αυτών στο τροχήλατο για έγκαιρη αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου.

Προτεραιότητα

Η άριστη γνώση και η επάρκεια υλικού και φαρμάκων καθώς και η γνώση της θέσης αυτών στο τροχήλατο, κατατάσσεται σε θέση υψηλής προτεραιότητας δηλαδή δεν είναι ούτε μέτριας προτεραιότητας, ούτε χαμηλής (ρουτίνα). Η προτεραιότητά της έχει την ένδειξη ΕΠΕΙΓΟΝ.

Υπεύθυνος για την εκτέλεση της διαδικασίας

Προετοιμασία, συντήρηση, έλεγχος: Ο υπεύθυνος νοσηλευτής βάρδιας.

Χρήση: Όλοι οι νοσηλευτές όλων των τμημάτων.

Έλεγχος

Υλικό: Αντικατάσταση κάθε φορά μετά τη χρήση/ κάθε 3 μήνες/ καθημερινά όπως περιγράφεται παρακάτω

Φάρμακα: Έλεγχος κάθε 3 μήνες.

Μηχανήματα: Καθημερινά.

Έντυπα που επισυνάπτονται

1. Έντυπο χρήσης τροχήλατου επειγόντων
2. Έντυπο θέσης φαρμάκων
3. Έντυπο θέσης υλικού
4. Έντυπο τριμηνιαίου ελέγχου φαρμάκων
5. Έντυπο τριμηνιαίου ελέγχου υλικού
6. Έντυπο καθημερινού ελέγχου υλικού
7. Βασική φαρμακολογία

ΕΝΤΥΠΟ ΧΡΗΣΗΣ ΤΡΟΧΗΛΑΤΟΥ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ
(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΚΑΘΕ ΦΟΡΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΤΟ ΤΡΟΧΗΛΑΤΟ)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΑΣΘΕΝΗ:.....

ΓΙΑΤΡΟΥ:.....

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ:.....

<i>ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ</i>	<i>ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΑΙ/ΟΧΙ</i>
1.	1
2.	2
3.	3
4.	4
5.	5
6.	6
7.	7
8.	8
9.	9
10.	10
11.	11
12.	12
13.	13
14.	14
15.	15

<i>ΥΛΙΚΟ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΕ</i>	<i>ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΑΙ/ΟΧΙ</i>
1.	1
2.	2
3.	3
4.	4
5.	5
6.	6
7.	7
8.	8
9.	9
10.	10
11.	11
12.	12
13.	13
14.	14
15.	15

ΕΚΒΑΣΗ:.....

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ:.....

ΕΝΤΥΠΟ ΘΕΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΟ ΤΡΟΧΗΛΑΤΟ

	<i>ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ</i>	<i>ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ</i>
1^Ο ΣΥΡΤΑΡΙ	Adrenaline amp	10
	Anexate amp	2
	Angoron amp	8
	Atropine amp	10
	Berovent amp	4
	Dormicum amp	4
	Effortil amp	4
	Epanutim amp	4
	Ephedrine amp	4
	Dopamin amp	5
	Heparin fl 5000iu	2-2
	Hypnomidate amp	2
	Inotrexfl	2
	Lasix amp	10
	Narcan amp	2
	Nitrolingualfl	2
	Nitrolingual spray	1
	Pentothal fl	2
	Lycitropfl	1
	SoluCorteffl (250-500 mg)	2-2
	Solu Medrol fl (125-250 mg)	2-2
	Stedon amp	4
	Tenormin amp	2
	Xylocaine fl	2
	Dextrose 35% amp	5
	Sodium chloride 0,9%amp	10
	Calcium gluconate amp	4
	Potassium chloride	4
	Sodium Chloride 15% amp	4
	Sodium bicarbonate 4% amp	10
ΨΥΓΕΙΟ	Esmeron	5
	Glucagenfl	1
	Insulin Actrapid	1
	Isuprel amp	10
	Propofol amp	2
	Nimbex amp(10ml)	1 amp

ΕΝΤΥΠΟ ΘΕΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΣΤΟ ΤΡΟΧΗΛΑΤΟ

	<i>ΥΛΙΚΟ</i>	<i>ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ</i>
2^ο ΣΥΡΤΑΡΙ	Γάζες αποστειρωμένες	3 set
	Γάντια αποστειρωμένα	No 8 (2 ζεύγη)
	Γάντια αποστειρωμένα	No 7,5 (2 ζεύγη)
	Πεδίο αποστειρωμένο	2
	Σχιστό πεδίο	2
	Δίαυλος καθετήρας	1
	Τρίαυλος καθετήρας	1
	Fl Xylocaine Sol	1
	Betadine solution	1
	Νυστέρια	No 11 (Bt 1)
	Νυστέρια	No 22 (Bt 1)
	Ράμματα	2/0 (2 τεμ)
	Ράμματα	3/0 (2 τεμ)
	Βελονοκάτοχο αποστειρωμένο	1
	Betadine πάστα	1
	Durapore	2
	Tegaderm	4
	Three way	4
	Προεκτάσεις ορού με Threeway	3
	Απλή συσκευή ορού	2
	Συσκευή ορού με ρύθμιση ροής	2
	Συστήματα αίματος	2
	Φιαλίδια αίματος (γενικής, βιοχημικό, πήξη)	3
	Φλεβοκαθετήρες (20G) Ροζ	4
	Φλεβοκαθετήρες (18G) Πράσινοι	4
	Φλεβοκαθετήρες (22G) Μπλε	4
	Φλεβοκαθετήρες (16G) Γκρι	2
	Φλεβοκαθετήρες Πορτοκαλί	3
	Φλεβοκαθετήρες Κίτρινοι	3
3^ο ΣΥΡΤΑΡΙ	Σύριγγες ινσουλίνης	3
	Σύριγγες αερίων	3
	Σύριγγες (2,5 cc)	5
	Σύριγγες (5cc)	5
	Σύριγγες (10cc)	5
	Σύριγγες (20cc)	5
	Σύριγγες 60cc (διατροφής)	1
	Βελόνες	
	Levin (14,16,18)	3
	Xylocaine 2% gel	1
	Συλλέκτης υγρών Levin	1
	Νεφροειδή μιας χρήσης	2
	Λευκοπλάστ	

ΕΝΤΥΠΟ ΘΕΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΣΤΟ ΤΡΟΧΗΛΑΤΟ

	<i>ΥΛΙΚΟ</i>	<i>ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ</i>
4^ο ΣΥΡΤΑΡΙ Set διασωλήνωσης	Λαρυγγοσκόπιο όλα τα μεγέθη	1
	Μπαταρίες	1 Set
	Λάμπες εφεδρικές λαρυγγοσκοπίου	2
	Xylocaine 2% gel	1
	Xylocaine spray	1
	Ενδοτραχειακοί σωλήνες από Νο 2 έως Νο 9	Από 1
	Οδηγός	
	Λαβίδα Magille	1
	Καθετήρες βρογχοαναρρόφησης Νο 14,16,18	6
	Σύριγγα (10 cc)	2
	Φίλτρο	1
	Φακαρόλα	3 τεμ. έτοιμα
	AMBU	1
	Προέκταση για χορήγηση O ₂	2
	Μάσκες αερισμού (Νο 3,4,5)	Από 1
	Λαρυγγική μάσκα Νο 2,3,4,5	Από 1
	Ρινοφαρυγγικός αεραγωγός Νο 3,4,5,5,5,6,6,5,7,7,5,8,8,5	Από 1
	Gudel Νο 2,3,4,5	Από 1
	Ηλεκτρόδια	
	Ξυριστική μηχανή	1
	Μάσκα Venturi	1
	Μάσκα επανεισπνοής	1
	Ρινικός καθετήρας χορήγησης O ₂	1
	Gel απινιδωτή	1
	Χαρτί καταγραφής απινιδωτή	1
5^ο ΣΥΡΤΑΡΙ ή ΧΩΡΟΣ ΑΝΟΙΧΤΟΣ <u>ΟΡΟΙ</u>		
	L/R 1000cc	1
	D/W 5% 1000cc	1
	D/W 10% 1000cc	1
	N/S 0,9% 1000cc	1
	N/S 0,9% 500cc	1
	D/W 35% 500cc	1
	D/W 10% 250cc	2
	N/S 0,9% 100cc	3
	MANITOL 500cc	1
	SODIUM BICARBONATE 4% 100cc	3

ΕΝΤΥΠΟ ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

	<i>ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ</i>	<i>ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ</i>	<i>ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΥΠΑΡΧΕΙ</i>	<i>ΗΜ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ ΑΠΟ/ΕΩΣ</i>	<i>ΗΜ/ΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</i>
1^ο ΣΥΡΤΑΡΙ	Adrenaline amp	10			
	Anexate amp	2			
	Angoron amp	8			
	Atropine amp	10			
	Berovent amp	4			
	Dormicum amp	4			
	Epanutim amp	4			
	Ephedrine amp	4			
	Dopamin amp	5			
	Heparin fl 5000iu	2-2			
	Hypnomidate amp	2			
	Inotrexfl	2			
	Lasix amp	10			
	Narcan amp	2			
	Nitrolingualfl	2			
	Nitrolingual spray	1			
	Pentothal fl	2			
	Lycitropfl	1			
	SoluCorteffl 250-500 mg	2-2			
	Solu Medrol fl 125-250 mg	2-2			
	Stedon amp	4			
	Tenormin amp	2			
	Xylocaine 2% fl	2			
	Dextrose 35% amp	5			
	Sodium chloride 0,9% amp	10			
	Calcium gluconate amp	4			
	Potassium chloride	4			
	Sodium Chloride 15% amp	4			
	Sodium bicarbonate 4% amp	10			
ΨΥΓΕΙΟ	Esmeron	5			
	Glucagenfl	1			
	Insulin Actrapid	1			
	Isuprel amp	10			
	Propofol amp	2			
	Nimbex amp(10ml)	1 amp			

Υπογραφή Νοσηλεύτριας/τή που έλεγξε έχοντας λάβει οδηγία της/του Προϊστ/νου:

ΕΝΤΥΠΟ ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

	<i>ΥΛΙΚΟ</i>	<i>ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ</i>	<i>ΗΜ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ</i>	<i>ΕΛΕΓΧΟΣ</i>	<i>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ</i>
2° ΣΥΡΤΑΡΙ	Γάζες αποστειρωμένες	3 set			
	Γάντια αποστειρωμένα	No 8 (2 ζεύγη)			
	Γάντια αποστειρωμένα	No 7,5 (2 ζεύγη)			
	Πεδίο αποστειρωμένο	2			
	Σχιστό πεδίο	2			
	Δίαυλος καθετήρας	1			
	Τρίαιλος καθετήρας	1			
	Xylocaine Sol 2% fl	1			
	Betadine solution	1			
	Νυστέρια	No 11 (Bt 1)			
	Νυστέρια	No 22 (Bt 1)			
	Ράμματα	2/0 (2 τεμ)			
	Ράμματα	3/0 (2 τεμ)			
	Βελονοκατοχο αποστειρωμένο	1			
	Betadine πάστα	1			
	Durapore	2			
	Tegaderm	4			
	Three way	4			
	Προεκτάσεις ορού με Threeway	3			
	Απλή συσκευή ορού	2			
	Συσκευή ορού με ρύθμιση ροής	2			
	Συσκευή χορήγησης αίματος	2			
	Φιαλίδια αίματος(γεν-βιοχημ-πήξη)	3			
	Φλεβοκαθετήρες (20G) Ροζ	4			
	Φλεβοκαθετήρες (18G) Πράσινοι	4			
	Φλεβοκαθετήρες (22G) Μπλε	4			
	Φλεβοκαθετήρες (16G) Γκρι	2			
	Φλεβοκαθετήρες Πορτοκαλί	3			
	Φλεβοκαθετήρες Κίτρινοι	3			
3° ΣΥΡΤΑΡΙ	Σύριγγες ινσουλίνης	3			
	Σύριγγες αερίων	3			
	Σύριγγες (2,5 cc)	5			
	Σύριγγες (5cc)	5			
	Σύριγγες (10cc)	5			
	Σύριγγες (20cc)	5			
	Σύριγγες (60cc) διατροφής	1			
	Βελόνες				
	Levin (14,16,18)	3			
	Xylocaine gel	1			
	Συλλέκτης υγρών Levin	1			
	Νεφροειδή μιας χρήσης	2			
	Λευκοπλάστ	1			

Υπογραφή Νοσηλεύτριας/τή που έλεγξε έχοντας λάβει οδηγία της/του Προϊστ/νου:

ΕΝΤΥΠΟ ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΛΙΚΟΥΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

	<i>ΥΛΙΚΟ</i>	<i>ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ</i>	<i>ΗΜ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ</i>	<i>ΕΛΕΓΧΟΣ</i>	<i>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ</i>
4^ο ΣΥΡΤΑΡΙ Set διασωλήνωσης	Λαρυγγοσκόπιο όλα τα μεγέθη	1			
	Μπαταρίες	1 Set			
	Λάμπες εφεδρικές λαρυγγοσκοπίου	2			
	Xylocaine 2% gel	1			
	Xylocaine spray	1			
	Ενδοτραχειακοί σωλήνες Νο 2 - 9	Από 1			
	Οδηγός				
	Λαβίδα Magille	1			
	Καθετήρες βρογχοαναρρόφησης Νο 14,16,18	6			
	Σύριγγα (10 cc)	2			
	Φίλτρο	1			
	Φακαρόλα	3 τεμ. έτοιμα			
	AMBU	1			
	Προέκταση για χορήγηση O ₂	2			
	Μάσκες αερισμού (No 3,4,5)	Από 1			
	Λαρυγγική μάσκα Νο 2,3,4,5	Από 1			
	Ρινοφαρυγγικός αεραγωγός Νο 3,4,5,5,5,6,6,5,7,7,5,8,8,5	Από 1			
	Gudel Νο 2,3,4,5	Από 1			
	Ηλεκτρόδια				
	Ξυριστική μηχανή	1			
	Μάσκα Venturi	1			
	Μάσκα επανεισπνοής	1			
	Ρινικός καθετήρας χορήγησης O ₂	1			
	Gel απινιδωτή	1			
	Χαρτί καταγραφής απινιδωτή	1			
5^ο ΣΥΡΤΑΡΙ ή ΧΩΡΟΣ ΑΝΟΙΧΤΟΣ ΟΡΟΙ	L/R 1000cc	1			
	D/W 5% 1000cc	1			
	D/W 10% 1000cc	1			
	N/S 0,9% 1000cc	1			
	N/S 0,9% 500cc	1			
	D/W 35% 500cc	1			
	D/W 10% 250cc	2			
	N/S 0,9% 100cc	3			
	MANITOLH 500cc	1			
	SODIUM BICARBONATE 4% 100cc	3			

Υπογραφή Νοσηλεύτριας/τή που έλεγξε έχοντας λάβει οδηγία της/του Προϊστ/νου:

ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΡΟΤΣΙΟΥ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ

ΜΗΝΑΣ:

ΕΛΕΓΧΟΣ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ΥΓΕΙΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ																															
ΦΑΡΜΑΚΑ																															
ΑΠΙΝΙΔΩΤΗΣ																															
7-3																															
3-11																															
11-7																															

Σε καθημερινή βάση και ανά βάρδια ελέγχεται ο απινιδωτής - Το καρότσι ελέγχεται και αναπληρώνεται το υλικό μετά από κάθε νύκτα

4.3 Υγιεινή χεριών

Η πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων αποτελεί βασική προτεραιότητα για τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και δεδομένου ότι τα χέρια αποτελούν το πιο κοινό μέσο μετάδοσης των νοσοκομειακών παθογόνων, η υγιεινή των χεριών στις σωστές χρονικές στιγμές κατά τη φροντίδα του ασθενή και με την ενδεδειγμένη διαδικασία, ανάγεται σε πρωτεύον μέτρο πρόληψης.

Από το 2005 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας οργανώνει μια παγκόσμια εκστρατεία για την προώθηση της Υγιεινής των χεριών (WHO, First Global Patient Safety Challenge, “Clean Care is Safer Care”), στην οποία η χώρα μας επισήμως συμμετέχει από τον Απρίλιο του 2010. Ακρογωνιαίος λίθος της εκστρατείας είναι η εφαρμογή των 5 βημάτων της υγιεινής των χεριών στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας με στόχο τον περιορισμό των νοσοκομειακών λοιμώξεων και τη μείωση της διασποράς της μικροβιακής αντοχής.

Στο πλαίσιο αυτό το νοσοκομείο θα πραγματοποιήσει αξιολόγηση των υφιστάμενων δομών και διαδικασιών καθώς και την πορεία της εφαρμογής τους με τη χρήση του εργαλείου καταγραφής του ΠΟΥ.

Για την καταγραφή της συμμόρφωσης του προσωπικού θα χρησιμοποιηθεί η φόρμα καταγραφής όπως παρουσιάζεται στο δείκτη συμμόρφωσης στην Υγιεινή των Χεριών.

Η Υγιεινή των Χεριών είναι η «καθαριότητα των χεριών», η οποία πραγματοποιείται με:

Νερό και κοινό σαπούνι

Νερό και σαπούνι με αντισηπτική δράση

Άμεση εφαρμογή αντισηπτικού σε διάφορες μορφές

Ποια είναι η σημασία της εφαρμογής της Υγιεινής των Χεριών στον έλεγχο της διασποράς των πολυανθεκτικών παθογόνων;

Η πλειονότητα των αποικισμένων ασθενών με πολυανθεκτικά βακτήρια κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο είναι ασυμπτωματικοί φορείς, οι οποίοι δεν έχουν διαγνωστεί ή δεν είναι διαθέσιμη η πληροφορία του αποικισμού τους. Η Υγιεινή των Χεριών και οι βασικές προφυλάξεις είναι τα μόνα μέτρα που διαθέτουμε για τον έλεγχο της διασποράς των ανθεκτικών παθογόνων στο νοσοκομειακό περιβάλλον από τους ασυμπτωματικούς φορείς. Ειδικά, εάν δεν εφαρμόζεται από το νοσοκομείο συστηματική επιτήρηση αποικισμών η διάγνωση των φορέων μπορεί να καθυστερήσει σημαντικά ή και να μην γίνει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Ο έλεγχος της διασποράς των πολυανθεκτικών παθογόνων απαιτεί ειδικά

μέτρα πρόληψης και ελέγχου (προφυλάξεις επαφής) με την Υγιεινή των Χεριών να αποτελεί βασικό συστατικό τους. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τον ΠΟΥ, έδειξε ότι όταν η Υγιεινή των Χεριών είναι το κύριο μέτρο πρόληψης ο έλεγχος της διασποράς είναι αποτελεσματικός κυρίως για στελέχη MRSA. Παρόλα αυτά η εφαρμογή των προφυλάξεων επαφής είναι αποτελεσματική μόνο και εφόσον εφαρμόζεται επαρκώς η Υγιεινή των Χεριών.

Ποια είναι η αναγκαιότητα της εφαρμογής της;

Η Υγιεινή των Χεριών προστατεύει τόσο τους ασθενείς όσο και τους επαγγελματίες υγείας από αποικισμό και λοίμωξη από παθογόνα που βρίσκονται στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Τα χέρια των επαγγελματιών υγείας αποτελούν μέσο μεταφοράς παθογόνων μικροοργανισμών από ασθενή σε ασθενή, από το περιβάλλον στον ασθενή και αντίστροφα, αλλά και από το νοσοκομειακό περιβάλλον στον ίδιο τους επαγγελματίες υγείας και στους οικείους του. Με τα χέρια τους επιμολύνουν το άψυχο περιβάλλον του νοσοκομείου εντός και εκτός του χώρου νοσηλείας των ασθενών (γραφεία, νοσηλευτική στάση, κοινόχρηστοι χώροι κ.ά.).

Ορισμός και τεχνική υγιεινής χεριών.

Η υγιεινή των χεριών είναι μία διαδικασία που έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της παροδικής χλωρίδας του δέρματος των χεριών. Αποτελεί ένα γενικό όρο που περιλαμβάνει είτε «το πλύσιμο των χεριών» είτε την «αντισηψία» τους.

Με τον όρο «πλύσιμο χεριών» περιγράφεται η εφαρμογή νερού και σαπουνιού (με ή χωρίς αντιμικροβιακό παράγοντα) στις επιφάνειες των χεριών ενώ με τον όρο «αντισηψία χεριών» περιγράφεται η εφαρμογή αντιμικροβιακού παράγοντα απουσία νερού (κατεξοχήν αντισηπτικού βασισμένου στην αλκοόλη) στην επιφάνεια των χεριών (Hand Hygiene Australia, 2013a).

Η τεχνική της εκτέλεσης της υγιεινής των χεριών διαφέρει ανάλογα με το χρησιμοποιούμενο προϊόν και διακρίνεται σε (WHO, 2009a, p.7):

Υγιεινή των χεριών με νερό και σαπούνι.

Τα χέρια πλένονται με νερό και σαπούνι μόνο όταν είναι εμφανώς λερωμένα ή ακάθαρτα με αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά, όταν υπάρχει υποψία ή απόδειξη έκθεσης σε σπορογόνους μικροοργανισμούς ή μετά την χρήση τουαλέτας. Σε κάθε άλλη περίπτωση γίνεται αντισηψία με επάλειψη των χεριών με τον κατάλληλο παράγοντα. Η διαδικασία που απαιτεί η υγιεινή των

χεριών με νερό και σαπούνι απεικονίζεται στην Εικόνα “Τεχνική πλυσίματος με νερό και σαπούνι” του Παραρτήματος.

Υγιεινή των χεριών με επάλειψη με αντισηπτικό.

Ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή υγιεινή των χεριών είναι η επάλειψή τους με αλκοολούχο διάλυμα συγκέντρωσης περίπου 70%. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ όταν ένα τέτοιο διάλυμα είναι διαθέσιμο πρέπει να χρησιμοποιείται ως ο προτιμώμενος τρόπος υγιεινής των χεριών.

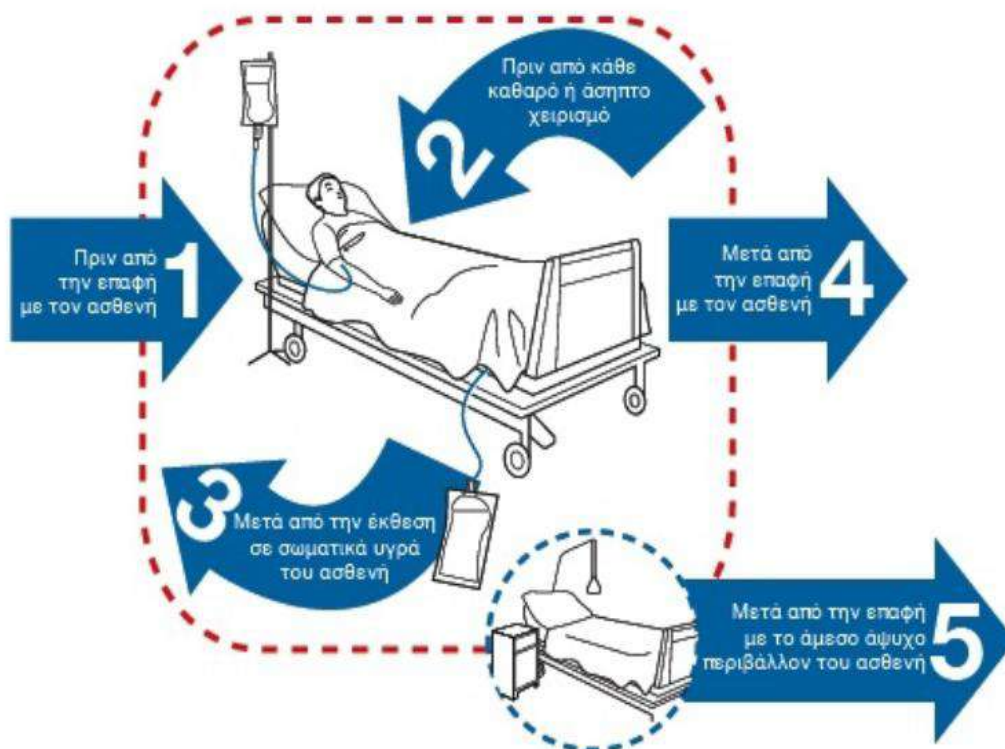
Πού εφαρμόζεται;

Η Υγιεινή των Χεριών εφαρμόζεται οπουδήποτε ασκείται φροντίδα υγείας .

Πότε εφαρμόζεται;

Τα 5 βήματα της Υγιεινής των Χεριών είναι τα ακόλουθα:

ΤΑ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ



1	Πριν από την επαφή με τον ασθενή	ΠΟΤΕ: ΓΙΑΤΙ:	Εφάρμοσε την υγιεινή των χεριών πριν αγγίξεις τον ασθενή. Για να τον προστατεύεις από τα παθογόνα μικρόβια που μεταφέρονται με τα χέρια σου.
2	Πριν από κάθε καθαρό ή άσηπτο χειρισμό	ΠΟΤΕ: ΓΙΑΤΙ:	Εφάρμοσε την υγιεινή των χεριών αμέσως ΠΡΙΝ από κάθε καθαρό ή άσηπτη διαδικασία. Για να προστατεύσεις τον ασθενή από μεταφορά μικροβίων που απεικίζουν εσένα και τον ίδιο και μπορούν να γίνουν παθογόνα εάν εισέλθουν στην κυκλοφορία του.
3	Μετά από την έκθεση σε σωματικά υγρά του ασθενή	ΠΟΤΕ: ΓΙΑΤΙ:	Εφάρμοσε την υγιεινή των χεριών αμέσως ΜΕΤΑ από κίνδυνο έκθεσης σε σωματικά υγρά του ασθενή (και αμέσως μετά την απόρριψη των γαντιών). Για να προστατεύσεις τον εαυτό σου και το επαγγελματικό σου περιβάλλον από τα παθογόνα μικρόβια του ασθενή.
4	Μετά από την επαφή με τον ασθενή	ΠΟΤΕ: ΓΙΑΤΙ:	Εφάρμοσε την υγιεινή των χεριών μετά την επαφή με τον ασθενή και το άμεσο περιβάλλον του. Για να προστατεύσεις τον εαυτό σου και το επαγγελματικό σου περιβάλλον από τα παθογόνα μικρόβια του ασθενή.
5	Μετά από την επαφή με το άμεσο άψυχο περιβάλλον του ασθενή	ΠΟΤΕ: ΓΙΑΤΙ:	Εφάρμοσε την υγιεινή των χεριών εφόσον αγγίξεις αντικείμενα ή έπιπλα που βρίσκονται στο άμεσο άψυχο περιβάλλον του ασθενή, ακόμα και αν δεν έχεις αγγίξει τον ίδιο. Για να προστατεύσεις τον εαυτό σου και το επαγγελματικό σου περιβάλλον από τα παθογόνα μικρόβια του ασθενή.

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΩΣΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΟΥ ΑΝΤΙΣΗΠΤΙΚΟΥ;

Εφαρμόστε αλκοολούχο αντισηπικό στα χέρια!
Πλύνετε τα χέρια με σαπούνι και νερό μόνο όταν αυτά είναι εμφανώς λερωμένα!

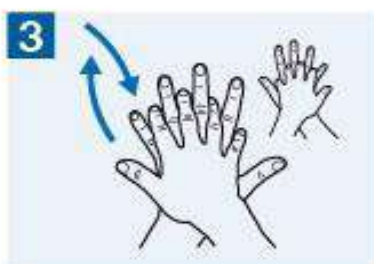
 Διάρκεια της συνολικής διαδικασίας: 20-30 δευτερόλεπτα



Βάζουμε στην παλάμη μας την ενδεικνυόμενη δόση του αλκοολούχου αντισηπικού διαλύματος, ώστε να καλύπτονται όλες οι επιφάνειες.



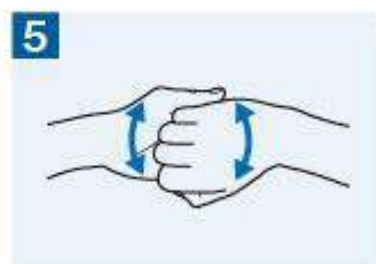
Τρίβουμε τις παλάμες μεταξύ τους.



Τρίβουμε την παλάμη του δεξιού χεριού πάνω στην ραχιαία επιφάνεια του αριστερού χεριού βάζοντας τα δάκτυλα του δεξιού στα μεσοδακτύλια διαστήματα του αριστερού χεριού και αντιστρόφως.



Τρίβουμε τις παλαμαίες επιφάνειες των χεριών και τα μεσοδακτύλια διαστήματα τοποθετώντας τα δάκτυλα σταυρωτά.



Τρίβουμε ταυτόχρονα τις ραχιαίες επιφάνειες των ακροδαχτύλων και των δύο χεριών κλείνοντας το κάθε χέρι μέσα στην παλάμη του άλλου χεριού.



Κλείνουμε τον αντίχειρα του αριστερού χεριού μέσα στην παλάμη του δεξιού χεριού, τον τρίβουμε με περιστροφικές κινήσεις και αντιστρόφως.



Τρίβουμε τα ακροδάκτυλα του δεξιού χεριού με περιστροφικές κινήσεις (της ίδιας και αντίθετης φοράς) στην παλάμη του αριστερού χεριού και αντιστρόφως.



Εφόσον στεγνώσουν τα χέρια σας είναι ασφαλή.



«Βασισμένο στο 'How to Handrub', URL: http://www.who.int/gpsc/5may/How_To_HandRub_Poster.pdf © World Health Organization 2009. Όλα τα δικαιώματα κατοχυρωμένα.»

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΩΣΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΥΣΙΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ;

Πλύνετε τα χέρια με σαπούνι και νερό μόνο όταν αυτά είναι εμφανώς λερωμένα! Αλλιώς εφαρμόστε αλκοολούχο αντισηπτικό!



Διάρκεια της συνολικής διαδικασίας: **40-60 δευτερόλεπτα**

0



Ανοίγουμε τη βρύση και βρέχουμε τα χέρια μας με τρεχούμενο νερό.

1



Λαμβάνουμε την απαραίτητη δόση σαπουνιού ώστε να καλυφθούν όλες οι επιφάνειες των χεριών.

2



Τρίβουμε τις παλάμες μεταξύ τους.

3



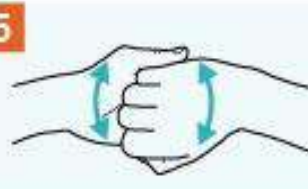
Τρίβουμε την παλάμη του δεξιού χεριού πάνω στην ραχιαία επιφάνεια του αριστερού χεριού βάζοντας τα δάκτυλα του δεξιού στα μεσοδακτύλια διαστήματα του αριστερού χεριού και αντιστρόφως.

4



Τρίβουμε τις παλαμιαίες επιφάνειες των χεριών και τα μεσοδακτύλια διαστήματα τοποθετώντας τα δάκτυλα σταυρωτά.

5



Τρίβουμε ταυτόχρονα τις ραχιαίες επιφάνειες των ακροδακτύλων και των δύο χεριών κλείνοντας το κάθε χέρι μέσα στην παλάμη του άλλου χεριού.

6



Κλείνουμε τον αντίχειρα του αριστερού χεριού μέσα στην παλάμη του δεξιού χεριού, τον τρίβουμε με περιστροφικές κινήσεις και αντιστρόφως.

7



Τρίβουμε τα ακροδάκτυλα του δεξιού χεριού με περιστροφικές κινήσεις (της ίδιας και αντίθετης φοράς) στην παλάμη του αριστερού χεριού και αντιστρόφως.

8



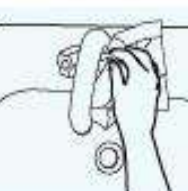
Ξεπλένουμε καλά τα χέρια μας με νερό.

9



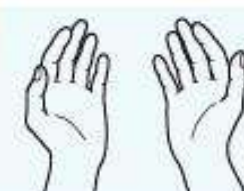
Στεγνώνουμε καλά τα χέρια με χειροπετσέτα μιας χρήσεως.

10



Χρησιμοποιούμε την ίδια χειροπετσέτα για να κλείσουμε τη βρύση.

11



Τα χέρια μας τώρα είναι καθαρά και ασφαλή.



Υπουργείο Υγείας
Ministry of Health



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΣΥΝΕΡΓΕΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΥΓΕΙΑ
ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΜΑΣ

*Βασισμένο στο 'How to Handwash', URL: http://www.who.int/gpsc/5may/How_To_HandWash_Poster.pdf © World Health Organization 2009. Όλα τα δικαιώματα κατοχυρωμένα

4.4 Τεχνική ντυσίματος καθώς και αφαίρεσης προστατευτικού υλικού

Πριν την εφαρμογή του Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας η αφαίρεση όλων των προσωπικών αντικειμένων (ρολόι, δαχτυλίδια, κοσμήματα, κινητό κλπ.) είναι επιβεβλημένη.

Η χρήση σκούφου ως εξοπλισμού ατομικής προστασίας για τον COVID-19 είναι προαιρετική εκτός αν παράλληλα γίνονται παρεμβάσεις που η χρήση του απαιτείται (π.χ. τοποθέτηση Κεντρικού Φλεβικού Καθετήρα). Συνήθως χρησιμοποιείται από άτομα με έντονο όγκο ή/και μεγάλο μήκος μαλλιών.

Τα μαλλιά θα πρέπει να είναι πολύ καλά στερεωμένα πάνω στο κεφάλι πριν τη χρήση του σκούφου. Ο σκούφος φοριέται μετά τη μάσκα και την οφθαλμική προστασία και αφαιρείται πριν την αφαίρεση των γυαλιών, με κίνηση προς τα πίσω και ακολουθεί υγιεινή χεριών.

Η αφαίρεση του Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας θα πρέπει να γίνεται σε ασφαλές μέρος και σε απόσταση >2μ από τον ασθενή (ή στον προθάλαμο, αν υπάρχει). Σε κάθε περίπτωση η μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας αφαιρείται εκτός θαλάμου νοσηλείας του ασθενή. Όλος ο Ατομικός Εξοπλισμός Προστασίας απορρίπτεται στα μολυσματικά απορρίμματα. Αν τα γυαλιά πρόκειται να ξαναχρησιμοποιηθούν πρέπει να απορριφθούν σε ειδικό δοχείο και να ακολουθηθούν οι οδηγίες του κατασκευαστή για τον καθαρισμό, απολύμανση ή/και αποστείρωσή τους.

Οι κινήσεις κατά την αφαίρεση του Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας δεν θα πρέπει να είναι βιαστικές και θορυβώδεις κινήσεις. Προσοχή στις επιμολύνσεις.

Υπενθυμίζεται ότι η χρήση επιπλέον Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας χωρίς να συστήνεται από τους αρμόδιους φορείς, αυξάνει τις πιθανότητες μόλυνσης κατά την αφαίρεσή του.

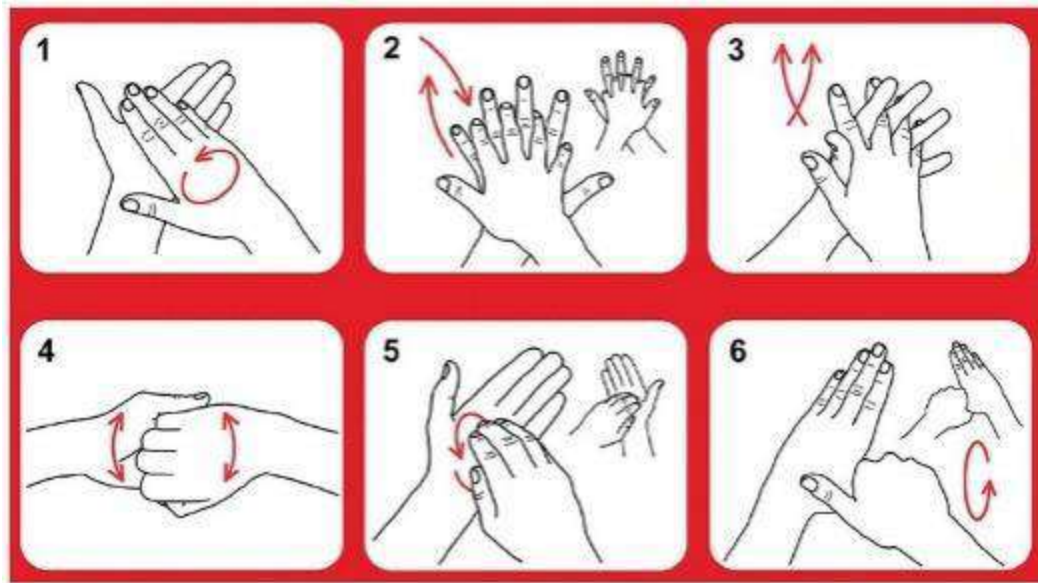
Μικρές διαφοροποιήσεις στον τρόπο αφαίρεσης του Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας μπορεί να υπάρχουν, αρκεί ο **μολυσμένος εξοπλισμός να ΜΗΝ ΑΓΓΙΖΕΤΑΙ με γυμνό χέρι, να ακολουθεί μετά την αφαίρεση κάθε είδους προστασίας υγιεινή των χεριών, να αφαιρείται η μάσκα τελευταία και να μην αγγίζονται οι βλεννογόνοι οφθαλμών, ρινός και στοματικής κοιλότητας με χέρια που δεν έχει άμεσα προηγηθεί υγιεινή των χεριών.**

Τα παπούτσια εργασίας θα πρέπει να είναι πλαστικά, χωρίς τρύπες στην άνω επιφάνεια.

Τεχνική ντυσίματος:

Στο χώρο που θα φορεθεί ο Ατομικός Εξοπλισμός Προστασίας (ΑΕΠ) συστήνεται να υπάρχει καθρέπτης και αν είναι εφικτό και άλλο ένα άτομο που θα επιβλέπει τον τρόπο εκτέλεσης της διαδικασίας.

1.Εφαρμόστε **ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ** και ελέγξτε την αρτιότητα του εξοπλισμού.



2.Φορέστε την **αδιάβροχη ρόμπα** με μακριά μανίκια και μανσέτα και δέστε τη πίσω σας. Αν αυτό είναι δύσκολο, δέστε τη στο πλάι (όχι μπροστά σας).



3. Φορέστε τη **μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας (FFP2 ή FFP3)** ανάλογα με το είδος της παρέμβασης. Εφαρμόστε σωστά τη μάσκα: καλύψτε όλο σας το πηγούνι και πιέστε το έλασμα πάνω και γύρω από τη μύτη.

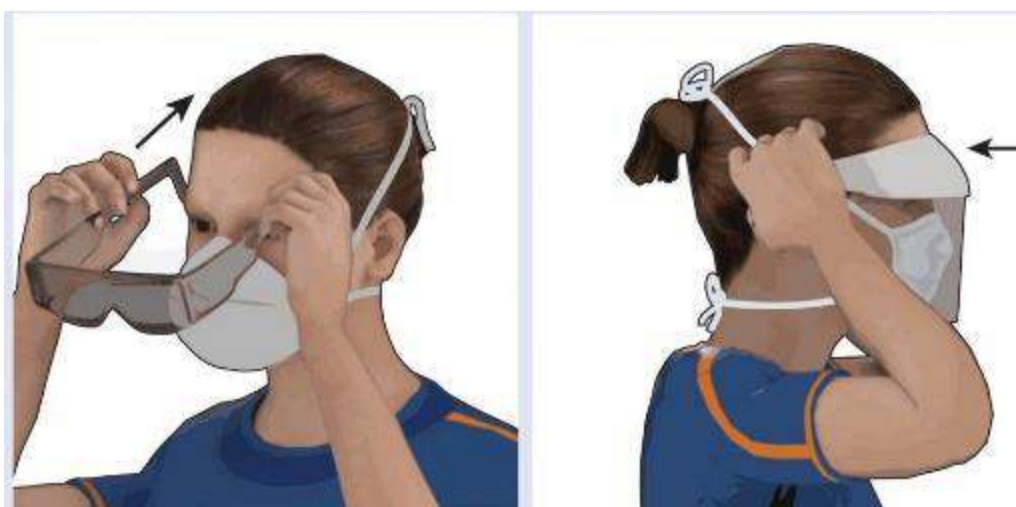
Οι ελαστικοί ιμάντες τοποθετούνται γύρω από τον αυχένα και τη μεσότητα του οπίσθιου μέρους της κεφαλής αντίστοιχα.



Εφαρμόστε fittest: Εισπνεύστε ώστε να γίνει εσολκή στη μάσκα. Εκπνεύστε για να διαπιστώσετε εάν υπάρχει διαρροή από τα πλαϊνά και το άνω μέρος της μάσκας



4. Φορέστε **γυαλιά ή ασπίδα προσώπου**, ώστε να προσαρμόζονται στο πρόσωπο και τους οφθαλμούς. Αν χρησιμοποιείτε γυαλιά θα πρέπει να μην υπάρχει κενό μεταξύ μάσκας και γυαλιών στην περιοχή του ρινικού οστού.



5. Εφαρμόστε **ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ**.

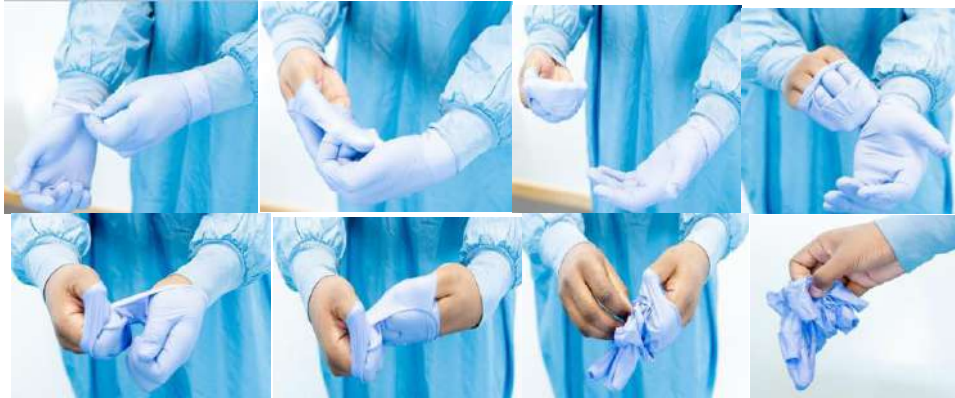


5. Φορέστε **γάντια** (αν είναι εφικτό με μακριά μανσέτα), έτσι ώστε να καλύπτονται τα μανίκια της προστατευτικής ενδυμασίας πάνω από τους καρπούς.

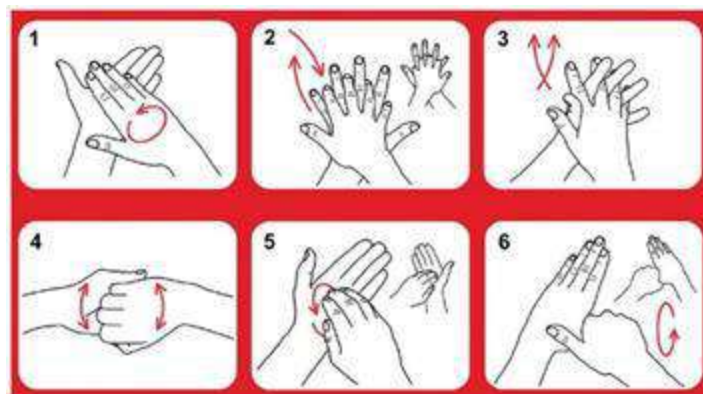
Τεχνική αφαίρεσης προστατευτικού υλικού

Στο χώρο που θα αφαιρεθεί ο Ατομικός Εξοπλισμός Προστασίας (ΑΕΠ) προτείνεται να υπάρχει καθρέπτης και αν είναι εφικτό και άλλο ένα άτομο που θα επιβλέπει τον τρόπο εκτέλεσης της διαδικασίας.

1.Αφαιρέστε τα γάντια.



2.Εφαρμόστε **ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ** και φορέστε ένα **νέο ζευγάρι γάντια**.



3.Αφαιρέστε τη ρόμπα



Η μπροστινή εξωτερική επιφάνεια της ρόμπας θεωρείται μολυσμένη. Λύστε τα κορδόνια. Ξεκινώντας από την πίσω πλευρά διπλώστε το ρυπαρό μέρος και ακολουθήστε την τεχνική του ξεφλουδίσματος. Κατεβάστε τη ρόμπα με αργές

κινήσεις, τυλίγοντας σταδιακά και φέρνοντας την εσωτερική επιφάνεια προς τα έξω.

4. Αφαιρέστε τα γάντια και εφαρμόστε **ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ**.

5. Αφαιρέστε την προστασία των οφθαλμών.

Η πρόσθια επιφάνεια της οφθαλμικής προστασίας θεωρείται μολυσμένη - **ΜΗΝ ΤΗΝ ΑΓΓΙΖΕΤΕ**.

Για να αφαιρέσετε κρατείστε από τους βραχίονες των γυαλιών ή το κορδόνι των γυαλιών ή της ασπίδας προσώπου.



6. Εφαρμόστε **ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ**.

7. **Αφαιρέστε ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ τη μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας.** Η πρόσθια επιφάνεια της μάσκας θεωρείται μολυσμένη –**ΜΗΝ ΤΗΝ ΑΓΓΙΖΕΤΕ**.

Πιάστε μόνο τους ιμάντες στο πίσω μέρος της κεφαλής: πρώτα τον κάτω ιμάντα και μετά τον επάνω. Αφού απελευθερωθεί το πίσω μέρος της κεφαλής από τους ιμάντες σκύψτε ελαφρά μπρος τα μπροστά, προσέχοντας να μην και απορρίψτε τη μάσκα στα μολυσματικά απορρίμματα.



8. Εφαρμόστε **ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ**.

4.5 Δίσκος διασωλήνωσης τραχείας - διαδικασία



Απαραίτητος εξοπλισμός ενδοτραχειακής διασωλήνωσης:

- Λαρυγγοσκόπιο (λαβή και λάμες)
- Ενδοτραχειακούς σωλήνες με και συνδετικό για σύνδεση του σωλήνα, meambuή αναπνευστήρα
- Οδηγούς διασωλήνωσης
- Στοματοφαρυγγικούς αεραγωγούς
- Φακαρόλα
- Λευκοπλάστη
- Xylocaine gel και spray 10%
- Σύριγγες 10ml
- Λαρυγγικές μάσκες
- Ρινοφαρυγγικούς αεραγωγούς
- Λαβίδα τραχειοστομίας

Διαδικασία διασωλήνωσης:

- Ανοίγουμε τη συσκευασία του ενδοτραχειακού σωλήνα και δοκιμάζουμε την ακεραιότητα του cuff
- Τοποθετούμε xylocaine gel κατά μήκος του σωλήνα
- Τοποθετούμε το κεφάλι του ασθενούς σε θέση υπερέκτασης
- Χρήση λαρυγγοσκοπίου από τον ιατρό και είσοδος του τραχειακού σωλήνα
- Φουσκώνουμε το cuff σύμφωνα με την ένδειξη που αναγράφεται
- Τοποθετούμε στοματοφαρυγγικό αεραγωγό
- Σημειώνουμε την ακριβή θέση(δόντια, ούλα ή χείλη)
- Στερεώνουμε κατάλληλα στο πρόσωπο με φακαρόλα
- Ειδοποιούμε για ακτινογραφία θώρακος, προς επαλήθευσης σωστής θέσης τοποθέτησης του σωλήνα
- Στηθοσκοπήση

4.6 Ενδοτραχειακή αναρρόφηση

Απαραίτητο υλικό:

- Φορητή ή σταθερή αναρρόφηση (επιτοίχια) με ρυθμιστή
- Δοχείο αναρρόφησης με σάκο συλλογής των εκκρίσεων μιας ή πολλαπλών χρήσεων
- Συνδετικοί σωλήνες αναρρόφησης
- Καθετήρες αναρρόφησης
- Αποστειρωμένος καθετήρας αναρρόφησης διακεκομμένου ελέγχου ή συσκευή κλειστού συστήματος αναρρόφησης
- Αποστειρωμένα γάντια
- Μη αποστειρωμένα γάντια
- Μάσκα με ασπίδα ή προστατευτικά γυαλιά
- Πλαστική ποδιά μιας χρήσεως
- Αποστειρωμένο διάλυμα WFI
- Φυσιολογικός ορός n/s 0.9%
- Xylocaine spray
- Νεφροειδή

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Εκτιμήστε την ανάγκη ή μη απομάκρυνσης των εκκρίσεων σύμφωνα με την κλινική εικόνα του ασθενή (κυάνωση, βήχας), τα χαρακτηριστικά της αναπνοής (βάθος, ρυθμός συχνότητα) και των εκκρίσεων (χρώμα, ποσότητα, οσμή, ποιότητα) και το επίπεδο του κορεσμού οξυγόνου	Δυνατότητα ελέγχου της αποτελεσματικότητας
Σε διασωληνωμένο ασθενή ελέγξτε τις αιμοδυναμικές παραμέτρους (σφύξεις, αρτηριακή πίεση, καρδιογράφημα), ενδοκράνια πίεση (αν ενδείκνυται και είναι διαθέσιμη) και χαρακτηριστικά αερισμού (μείγμα οξυγόνου, όγκος)	Πρόληψη επιπλοκών ή λανθασμένης εκτίμησης και ανάγκη για ρύθμιση παραμέτρων πριν τη διαδικασία
Ενημερώστε τον ασθενή για την διαδικασία και το σκοπό της	Εξασφάλιση της συγκατάθεσής του
Συλλέξτε το απαραίτητο υλικό	Οικονομία χρόνου και κινήσεων, προαγωγή αποτελεσματικότητας
Απομονώστε το κρεβάτι	Εξασφάλιση ιδιωτικότητας του ασθενή
Ανυψώστε το ερεισίνωτο του κρεβατιού κατά 30-40°	Διευκόλυνση αναπνοής Ελαχιστοποίηση κινδύνου εισρόφησης
Ελέγξτε το μηχανήμα αναρρόφησης. Ενώ είναι ανοικτό το μηχανήμα κλείστε το τέλος του σωλήνα αναρρόφησης και ελέγξτε αν προκαλείται αρνητική πίεση. Ρυθμίστε την κατάλληλη αρνητική πίεση	Έλεγχος για αστοχία υλικού και μη καλής λειτουργίας μηχανήματος Αποτελεσματικός καθαρισμός από εκκρίσεις με πίεση όσο το δυνατόν μικρότερη
Επιλέξτε καθετήρα κατάλληλης διαμέτρου: Δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το μισό της εσωτερικής διαμέτρου του τεχνητού αεραγωγού στου ενήλικες	Αποφυγή υποξαιμίας Πρόληψη τραυματισμών

Υπεροξυγονώστε τον ασθενή με 100% οξυγόνο για 30-60 δευτερόλεπτα πριν την αναρρόφηση: α. σε ασθενείς μη διασωληνωμένους με τη χρήση μάσκας β. σε διασωληνωμένους ασθενείς αυξάνοντας το μίγμα οξυγόνου στον αναπνευστήρα ή με χρήση του προγράμματος προσωρινής υπεροξυγόνωσης που διαθέτουν αρκετοί αναπνευστήρες	Πρόληψη υποξαιμίας ασθενή κατά τη διάρκεια και μετά τη διαδικασία
Πλύνετε τα χέρια σας με αντιμικροβιακό σαπούνι και νερό ή αντισηπτικό διάλυμα για δέρμα	Πρόληψη μετάδοσης μικροβίων
Φορέστε προστατευτικό ιματισμό (ρόμπα και μάσκα με γυαλιά προστασίας ματιών)	Αποφυγή έκθεσης σε μολυσματικό υλικό
Ανοίξτε και προσαρμόστε τον καθετήρα στην υποδοχή του σωλήνα αναρρόφησης με άσηπτη τεχνική, χωρίς να το βγάλετε από τη συσκευασία του	Διασφάλιση άσηπτης τεχνικής
Φορέστε αποστειρωμένο γάντι στο χέρι που θα κρατήσει τον καθετήρα και καθαρό γάντι μιας χρήσης στο άλλο χέρι	Διασφάλιση άσηπτης τεχνικής και διευκόλυνση διαδικασίας όταν γίνεται η αναρρόφηση από ένα άτομο
Εφυγνέεται το άκρο του καθετήρα στον αποστειρωμένο ορό	Λίπανση καθετήρα και ευκολότερη εισαγωγή του στον ασθενή
Αποσυνδέστε τον ασθενή από τη μάσκα οξυγόνου ή τον αναπνευστήρα	
Εισάγετε τον καθετήρα στον ενδοτραχειακό σωλήνα, μέχρι να υπάρξει αντίσταση ή να βήξει ο ασθενής δηλαδή μέχρι την τρόπιδα. . Μην εκτελείτε αναρρόφηση κατά την εισαγωγή	Κατάλληλο επίπεδο εισόδου του καθετήρα για έναρξη αναρρόφησης Απόσπαση οξυγόνου
Τραβήξτε ήπια τον καθετήρα προς τα έξω αρχίστε την αναρρόφηση χωρίς περιστροφικές κινήσεις. Η διάρκεια της αναρρόφησης δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 10-15 δευτερόλεπτα	Πρόληψη τραυματισμού τραχείας Μείωση της πιθανότητας πρόκλησης αιμοδυναμικής αστάθειας, αύξηση ενδοθωρακικής ή ενδοκράνιας πίεσης
Εκτιμήστε την κλινική εικόνα του ασθενή κατά τη διάρκεια της αναρρόφησης	Ανίχνευση δύσπνοιας και δυσφορίας ασθενή
Μετά το πέρας της αναρρόφησης συνδέστε τον ασθενή με την παροχή του οξυγόνου (μάσκα ή αναπνευστήρα) και υπεροξυγονώστε τουλάχιστον για ένα λεπτό	Πρόληψη και αντιμετώπιση υποξίας
Εκτιμήστε για ανάγκη επανάληψης διαδικασίας σύμφωνα με την κλινική εικόνα του ασθενή. Αν χρειαστεί επανάληψη, επαναλάβετε τη διαδικασία απορρίψτε τον χρησιμοποιημένο καθετήρα και χρησιμοποιήστε καινούργιο αποστειρωμένο	Έλεγχος για αποτελεσματικότητα διαδικασίας Πρόληψη πρόκλησης λοίμωξης
Μετά το πέρας της διαδικασίας αφαιρέστε τον χρησιμοποιημένο καθετήρα και ξεπλύνετε το σωλήνα αναρρόφησης με αποστειρωμένο νερό	Απομάκρυνση των εκκρίσεων από τον σωλήνα αναρρόφησης

Απορρίψατε τα χρησιμοποιημένα υλικά αναρρόφησης και τα γάντια στα μολυσματικά απορρίμματα και πλύνετε τα χέρια	Πρόληψη μετάδοσης λοιμώξεων
Τοποθετήστε τον ασθενή σε άνετη θέση	
Δεν προτείνεται η ενστάλαξη φυσιολογικού ορού ως διαδικασία ρουτίνας για τη ρευστοποίηση των εκκρίσεων	Κίνδυνος μείωσης κορεσμού οξυγόνου

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ ΒΡΟΓΧΙΚΩΝ ΕΚΚΡΙΣΕΩΝ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΝΔΟΤΡΑΧΕΙΑΚΟ ΣΩΛΗΝΑ
--	--

ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ / Η	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗ ΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝ Α ΜΕΤΡΑ
1. Εκτίμηση κλινικής εικόνας ασθενή			
2. Ενημέρωση του ασθενή			
3. Συγκέντρωση εξοπλισμού.			
4. Έλεγχος και ρύθμιση μηχανήματος.			
5. Επιλογή καθετήρα			
6. Υπεροξυγόνωση ασθενή για περίπου 1 min			
7. Πλύσιμο χεριών			
8. Χρήση προστατευτικού εξοπλισμού			
9. Εφαρμογή διαδικασίας αναρρόφησης. Συνεχής εκτίμηση κλινικής κατάστασης			
10. Υπεροξυγόνωση ασθενή για 1 min.			
11. Απόρριψη υλικών μιας χρήσης και ξέπλυμα σωλήνα αναρρόφησης.			
12. Πλύσιμο χεριών.			
13. Τοποθέτηση ασθενή σε άνετη θέση			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

4.7 Προετοιμασία δια δερμικής τραχειοστομίας

ΥΛΙΚΑ - ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	
Πλήρες monitoring καπνογραφία	Ελαστικό κηρίο με δυνατότητα οξυγόνωσης
Μάσκα ambu	3 αποστειρωμένες μπλούζες
Φορητός προβολέας	Σύριγγα 20ml για το cuff
Αναρρόφηση με καθετήρα nelaton	3 ζευγάρια αποστειρωμένα γάντια
Σετ δια δερμικής τραχειοστομίας	Αποστειρωμένο σχιστό πεδίο
Διαθερμία μιας χρήσης	Betadine solution
Αποστειρωμένες γάζες	1fl xylocaine
3 σύριγγες των 2.5 ml	2ml φυσιολογικού ορού
Γάζα τραχειοστομίας	Νεφροειδές μιας χρήσης

ΦΑΡΜΑΚΑ	
Μυοχαλαρωτικό	Xylocaine 2%
Μιδαζολάμη	Adrenaline
Propofol	Atropine

4.8 Νοσηλευτικές διαδικασίες - Εισαγωγή και φροντίδα κεντρικού φλεβικού καθετήρα

Πρόκειται για τη διαδερμική τοποθέτηση καθετήρα, που μπορεί να προωθηθεί μέχρι την άνω κοίλη φλέβα για:

1. Τη μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης.
2. Την χορήγηση ολικής παρεντερικής διατροφής στον ασθενή.
3. Τη παρατεταμένη χορήγηση ενδοφλεβίων ορών και φαρμάκων.
4. Τη μέτρηση της πίεσης της πνευμονικής αρτηρίας με καθετήρα swanganz, κ.α
5. Όταν υπάρχει αδυναμία πρόσβασης σε περιφερικές φλέβες.
6. Αιμοκάθαρση.

Προσωπικός προστατευτικός εξοπλισμός

1. Γάντια ελαστικά μη αποστειρωμένα.
2. Μάσκα προσώπου.
3. Πλαστική ποδιά μιας χρήσης.
4. Κάλυμμα κεφαλής

Set Κεντρικού Φλεβικού Καθετήρα

1. Τροχήλατο μεταφοράς υλικού με το απαραίτητο δοχείο για την απόρριψη υλικού
2. Σετ καθετηριασμού της κεντρικής φλέβας(μονού, διπλού, τριπλού, τετραπλού αυλού) ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή.
3. Αποστειρωμένα τετράγωνα(2-3) και σχιστό.
4. Αποστειρωμένα γάντια(2-3 ζεύγη το ανάλογο μέγεθος.)
5. Αποστειρωμένες γάζες.
6. Αντισηπτικά (αλκοολούχο διάλυμα γλυκονικής χλωρεξιδίνης>0,5% σε διάλυμα ισοπροπυλικής αλκοόλης 70%).
7. Χειρουργικό μαχαιρίδιο.

8. Ψαλίδι.
9. Χειρουργική και ανατομική λαβίδα.
10. Νεφροειδές.
11. Αδιάβροχο υποσέντονο.
12. Ξυραφάκι.
13. Συσκευές ορού, σύριγγες, ράμματα.
14. Οροί.
15. Τοπικό αναισθητικό (xylocaine).
16. Αντιπηκτικό (Heparine).
17. Αποστειρωμένα Διαφανή Επιθέματα για τη κάλυψη του σημείου παρακέντησης.
18. Ράμμα Μετάξι (No 2.0 ή 3.0 με βελόνη)

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1.Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή.	Πρόληψη λάθους
2.Ενημέρωση του ασθενή για το σκοπό που θα γίνει ο καθετηριασμός	Για τη καλύτερη συνεργασία του ασθενή
3.Οργανώστε το υλικό	Αποφυγή άσκοπων μετακινήσεων
4.Τοποθέτηση παραβάν ή κουρτίνας. Απομάκρυνση του επισκεπτηρίου από το δωμάτιο.	Εξασφαλίζεται η ατομικότητα του ασθενή
5.Αφαιρέστε τον ρουχισμό και απομακρύνετε το μαξιλάρι του ασθενή.	
6.Ανάλογα με την επιλογή της θέσης της παρακέντησης, προχωρήστε σε ευπρεπισμό της περιοχής	Για πρόληψη λοιμώξεων
7.Τοποθετήστε κάτω από το κεφάλι και την ωμοπλάτη του ασθενή αδιάβροχο υποσέντονο και τετράγωνο (ή κάτω από το σημείο του σώματος που θα γίνει η τοποθέτηση του καθετήρα).	Προστατεύονται τα κλινοσκεπάσματα από αίμα, υγρά κ.α.
8. Φροντίστε ώστε ο ασθενής να βρίσκεται στη σωστή θέση ύπτια - Trendelenburg 10-20 μοίρες (το κεφάλι χαμηλότερα από τα πόδια), με στραμμένο το πρόσωπο προς την αντίθετη πλευρά της παρακέντησης.	Για διευκόλυνση του γιατρού, και μικρότερη ταλαιπωρία του ασθενή
9.Πλύνετε τα χέρια σας με αντιμικροβιακό σαπούνι και νερό ή με αλκοολούχο αντισηπτικό - αλκοολούχο διάλυμα γλυκονικής/χλωρεξιδίνης >0,5% σε διάλυμα ισοπροπυλικής αλκοόλης 70% (επαρκής ποσότητα, αφήνοντας το αντισηπτικό πάνω στα χέρια για 3 min μέχρι να στεγνώσει)	Για πρόληψη μετάδοσης μικροβίων από ασθενή σε ασθενή. Η χρήση των γαντιών δεν υποκαθιστά την υγιεινή των χεριών
10. Φορέστε γάντια μιας χρήσης (μη αποστειρωμένα)	Προστασία από τυχόν έκθεση σε βιολογικά υγρά
ΕΦΑΡΜΟΓΗ	
11. Ετοιμάστε και τοποθετήστε στο στατώ τον ορό που πρόκειται να χορηγηθεί στον ασθενή.	
12. Ελέγξτε την γενική κατάσταση του ασθενή κάνοντας λήψη ζωτικών σημείων	Αποφυγή επιπλοκών
13.Ανοίξτε το σετ σε ασφαλή και προσιτό σημείο σε γιατρό και νοσηλεύτη. Ετοιμάστε το τοπικό αναισθητικό, αντισηπτικό διάλυμα και ότι άλλο είναι απαραίτητο.	Απαραίτητη η καλή συνεργασία γιατρού – νοσηλεύτη-ασθενή για τη ταχύτερη διεκπεραίωση του καθετηριασμού
14. Βοηθήστε τον γιατρό να φορέσει τα αποστειρωμένα γάντια (Έχει ήδη προηγηθεί το πλύσιμο των χεριών του ιατρού και η τοποθέτηση μάσκας, σκούφου και ποδιάς	Για πρόληψη μετάδοσης μικροβίων

15. Στη φάση αυτή ο γιατρός κάνει αντισηψία του δέρματος, τοπική αναισθησία, τοποθετεί τα αποστειρωμένα τετράγωνα και στη συνέχεια διενεργεί τη παρακέντηση και εισάγει τον καθετήρα.	Σ' αυτό το σημείο απαραίτητη κρίνεται η καλή συνεργασία νοσηλευτή – γιατρού.
16. Βοηθήστε τον ασθενή να μείνει ακίνητος κατά την παρακέντηση και την εισαγωγή του καθετήρα	Αποφυγή επιπλοκών
17.Μην απομακρύνετε από τον ασθενή. Παρακολουθήστε τα ζωτικά και την γενική κατάσταση του ασθενή.	Ο πόνος και ο φόβος μπορεί να προκαλέσουν βαγοτονικό επεισόδιο
18.Συνδέστε τη συσκευή του ορού με τον καθετήρα μετά την εισαγωγή του και ανοίξτε τη συσκευή του ορού	Βεβαιωθείτε για την ελεύθερη ροή του ορού
19.Στο σημείο αυτό γίνεται συρραφή του καθετήρα από το γιατρό. (Αυστηρή προσήλωση στις οδηγίες σταθεροποίησης του καθετήρα κεντρικής φλέβας)	Για να εμποδίζεται η κίνησή του μέσα έξω στο σημείο εισαγωγής του καθετήρα.
20.Στερεώστε τον καθετήρα στη θέση του με αυτοκόλλητο (κατά προτίμηση διαφανές) επίθεμα και αναγράψτε την ημερομηνία τοποθέτησης του καθετήρα	
21.Ρυθμίστε τη ροή του ορού και παραμείνετε δίπλα στον ασθενή.	Παρακολούθηση του ασθενή για γενικές ή τοπικές αντιδράσεις.
22.Επαναφορά του κρεβατιού στην κανονική θέση	Έλεγχος για ύπαρξη αναπνευστικής δυσχέρειας.
23.Απορρίψτε τον οδηγό ή άλλον πιθανά χρησιμοποιημένο φλεβοκαθετήρα στον κάδο απόρριψης αιχμηρών αντικειμένων	Πρόληψη του κινδύνου τρυπήματος από την βελόνη.
24. Προγραμματίστε άμεσα εκτέλεση ακτινογραφίας θώρακος	Για την επιβεβαίωση της σωστής θέσης του καθετήρα

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ

- Διατηρήστε το σημείο παρακέντησης άσηπτο.
- Θεωρείται χειρουργικό τραύμα και επομένως πύλη εισόδου μικροβίων
- Συρράψτε τον καθετήρα στο δέρμα χρησιμοποιώντας το πετρύγιο στερέωσης ραμμάτων
- Μη συρράψτετε τη σωλήνωση του καθετήρα
- Καλύψτε τη θέση εισαγωγής με στεγανό επίδεσμο
- Οι επίδεσμοι των τραυμάτων πρέπει να διατηρούνται καθαροί και στεγνοί
- Ελέγχετε τη θέση του καθετήρα σε τακτική βάση

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ

- Αλλαγή της συσκευής χορήγησης κάθε μέρα
- Κατά το χειρισμό του αρμού σύνδεσης με τη συσκευή του ορού απαιτούνται:
 - Αποστειρωμένα γάντια
 - Αντισηψία
 - Κλείσιμο πάντα με νέο βιδάκι (πώμα)
 - Τοποθέτηση του αρμού σύνδεσης πάνω σε αποστειρωμένη γάζα

Αντισηψία των αρμών σύνδεσης αμέσως πριν τον οποιοδήποτε χειρισμό του συστήματος του κεντρικού φλεβικού καθετήρα με χλωρεξιδίνη, ιωδιούχο ποβιδόνη ή ισοπροπυλική αλκοόλη 70%- σύμφωνα με οδηγίες ΚΕΕΛΠΝΟ

- Αλλαγή της επίδεσης το πρώτο 24ωρο μετά την τοποθέτηση του καθετήρα (μπορεί να παρατηρηθεί ελαφρά αιμορραγία)
- Το σημείο εισόδου επισκοπείται καθημερινά
- Αλλάζεται αν είναι χαλαρό ή λερωμένο το κάλυμμα.
- Αλλαγή της επίδεσης κάθε 4-7 ημέρες
- Αντικατάσταση των επιθεμάτων όταν είναι υγρά, ρυπαρά ή έχουν αποκολληθεί με άσηπτη τεχνική.
- Δεν συνιστώνται αλοιφές με αντιβιοτικά στην τοπική περιποίηση του σημείου εισόδου
- Στην αφαίρεση της επίδεσης:
 - Χρήση αποστειρωμένων γαντιών και μάσκας
 - Αποστειρωμένο διαφανές ημι-διαπερατό επίθεμα
 - Αποστειρωμένες αυτοκόλλητες γάζες
 - Διάλυμα χλωρεξιδίνης (>0,5% χλωρεξιδίνη σε 70% ισοπροπυλική αλκοόλη)
 - Αυτοκόλλητα ράμματα
 - Αποστειρωμένος στυλεός λήψης καλλιέργειας
 - Εφαρμογή νέας επίδεσης

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
Έλεγχος του ον/μου για αποφυγή λάθους & Ενημέρωση του ασθενή			
Οργάνωση υλικού			
Τοποθέτηση παραβάν			
Αφαίρεση ρούχων			
Ευπρεπισμός περιοχής ανάλογα θέσης			
Τοποθέτηση αδιάβροχου υποσέντονου στο σημείο εισαγωγής			
Σωστή θέση ασθενή			
Πλύσιμο χεριών- εφαρμογή γαντιών μιας χρήσης			
Τοποθέτηση στατώ και ορού κοντά στον ασθενή			
Λήψη ζωτικών σημείων			
Τοποθέτηση σετ και προετοιμασία κατάλληλου υλικού			
Εφαρμογή αποστειρωμένων γαντιών στον γιατρό			
Παρακίνηση του ασθενή να παραμείνει ακίνητος κατά την εισαγωγή του καθετήρα			
Παρακολούθηση ζωτικών σημείων			
Σύνδεση συσκευής με καθετήρα και άνοιγμα συσκευής ορού			
Μετά την συρραφή στερέωση του καθετήρα και αναγραφή ημερομηνίας τοποθέτησης			
Ρύθμιση ροής			
Επαναφορά του κρεβατιού στη κανονική θέση			
Απόρριψη χρησιμοποιούμενου υλικού αναλόγως			
Προγραμματισμός εκτέλεσης ακτινογραφίας θώρακα			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

4.9 Μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης με μανόμετρο

Κεντρική φλεβική πίεση (ΚΦΠ) είναι η πίεση που ασκείται στο χαμηλότερο επίπεδο του δεξιού κόλπου της καρδιάς. Εκφράζει τη φλεβική επιστροφή του αίματος στη δεξιά κοιλία . Φυσιολογικές τιμές : 3-8 cmH₂O . Η μέτρηση της ΚΦΠ προϋποθέτει την ύπαρξη κεντρικού φλεβικού καθετήρα.

Υλικά:

1. Δίσκος όπου θα τοποθετηθούν τα υλικά
2. Σύστημα κεντρικής φλεβικής πίεσης με μανόμετρο
3. Ενδοφλέβιο διάλυμα (N/S 0,9% 250ML ή 500ML)
4. Στατό για την τοποθέτηση του ορού
5. Συσκευή ορού 6. 3- way (στρόφιγγα 3 υποδοχών)
7. Μαρκασμός
8. Χάρακας για να προσδιορίσουμε το σημείο 0
9. Γάντια μη αποστειρωμένα ελαστικά
10. Αυτοκόλλητη ταινία για σταθεροποίηση του μανομέτρου
11. Αποστειρωμένες γάζες
12. Αντισηπτικό διάλυμα

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Πλύνετε τα χέρια και φορέστε γάντια	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοίμωξης
2. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή	Αποφυγή λάθους
3. Οργανώστε το υλικό	Αποφυγή άσκοπων μετακινήσεων και προαγωγή του αποτελέσματος
4. Εξηγήστε την διαδικασία στον ασθενή	Μείωση της ανησυχίας και επιτυγχάνεται η συνεργασία του ασθενούς
5. Τοποθετήστε τον ασθενή σε ύπτια θέση χωρίς μαξιλάρια	Η τοποθέτηση του ασθενή στο πλάι οδηγεί σε λανθασμένη μέτρηση (ψευδώς υψηλές τιμές ΚΦΠ)
6. Τοποθετήστε τη συσκευή του ορού στη φιάλη του ορού τρυπώντας με το ρύγχος με άσηπτες τεχνικές	Πρόληψη λοιμώξεων
7. Αναρτήστε το ενδοφλέβιο διάλυμα στο στατό και εξαερώστε	Πρόληψη εμβολής αέρα
8. Σημειώστε Χ με ανεξίτηλο μαρκασμό πάνω στο δέρμα στο ύψος του δεξιού κόλπου του ασθενή και προσαρμόζουμε το μανόμετρο στο στατό. Τοποθετήστε το σημείο 0 του μανομέτρου στο συγκεκριμένο ύψος (4ο μεσοπλευρικό διάστημα στο ύψος της μέσης μασχαλιαίας γραμμής)	Μείωση των διακυμάνσεων μεταξύ των μετρήσεων Ο προσδιορισμός του σημείου 0 γίνεται με τη βοήθεια ενός χάρακα του οποίου το ένα άκρο τοποθετείται στο σημείο 0 του μανομέτρου και το άλλο άκρο στο σημείο που έχει σημειωθεί επάνω στον ασθενή (Εικ. 2,3)
9. Συνδέστε το ενδοφλέβιο διάλυμα με την στρόφιγγα του 3- way ,εγχύστε το υγρό στα μέρη του 3-way(Εικ. 4) και φροντίστε την πλήρωση της στήλης ως το σημείο των 20-25cm (Εικ. 5)	Επιτυχής εξέρωση του 3-way και της στήλης του μανομέτρου
10. Φορέστε αποστειρωμένα γάντια	Πρόληψη λοιμώξεων
11. Εφαρμόστε άσηπτες τεχνικές, συνδέοντας το άκρο του κεντρικού φλεβικού καθετήρα με το 3- way	Πρόληψη λοιμώξεων που σχετίζονται με τον καθετήρα
12. Εκχύστε γρήγορα το ενδοφλέβιο υγρό στον ασθενή για μερικά δευτερόλεπτα με κλειστή τη δίοδο προς το μανόμετρο	Εξασφάλιση της βατότητας του κεντρικού φλεβικού καθετήρα. Αν η ροή του ενδοφλέβιου υγρού δεν είναι συνεχής, η τιμή της μέτρησης θα είναι λανθασμένη
13. Περιστρέψτε το 3-way έτσι ώστε να υπάρχει μόνο επικοινωνία του μανομέτρου με τον ασθενή (αποκλεισμός ροής του ενδοφλέβιου διαλύματος)	Η στάθμη του υγρού στη στήλη θα πέσει γρήγορα στο σημείο που ισοδυναμεί με την τιμή της Κ.Φ.Π.

14. Παρατηρήστε το σημείο κατά το οποίο σταθεροποιείται η στάθμη του υγρού Παρατηρήστε αν τυχόν κυμαίνεται (συγκριτικά με άλλες μετρήσεις) η στάθμη του υγρού κατά το τέλος της εκπνοής	Το τέλος της εκπνοής συνδέεται με τη σταθερή ενδοφλέβια πίεση. Η πίεση αυτή είναι ίση με την υδροστατική πίεση που ασκείται στο ύψος του δεξιού κόλπου, δηλ. την Κ.Φ.Π.
15.Περιστρέψτε τη στρόφιγγα ώστε να επιτραπεί η ροή του διαλύματος στην φλέβα του ασθενούς	Επιτυχής εξασφάλιση της βατότητας του καθετήρα
16.Αποσυνδέστε το μανόμετρο από τον καθετήρα και τοποθετούμε πώμα στα άκρα της στρόφιγγας	Πρόληψη λοιμώξεων
17.Τοποθετήστε τον ασθενή σε αναπνευστική θέση	Προαγωγή της άνεσης του ασθενούς
18.Απορρίψτε τα γάντια Πραγματοποιήστε υγιεινή χεριών Μείωση του κινδύνου λοιμώξεων Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης 19.Συγκρίνετε τα αποτελέσματα με προηγούμενες μετρήσεις Αναγνώριση των μεταβολών ως προς το ισοζύγιο των υγρών 20.Καταγράψτε τα αποτελέσματα και ενημερώνουμε τον θεράποντα Άμεση αντιμετώπιση μη φυσιολογικών τιμών	Μείωση του κινδύνου λοιμώξεων Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης
19.Συγκρίνετε τα αποτελέσματα με προηγούμενες μετρήσεις	Αναγνώριση των μεταβολών ως προς το ισοζύγιο των υγρών
20.Καταγράψτε τα αποτελέσματα και ενημερώνουμε τον θεράποντα	Άμεση αντιμετώπιση μη φυσιολογικών τιμών



Εικόνα 1 Ο προσδιορισμός του σημείου 0 γίνεται με τη βοήθεια ενός χάρακα



Εικόνα 2 Σημείο 0



Εικόνα 3 Έγχυση του υγρού στα μέρη του 3-way



Εικόνα 4 Πλήρωση της στήλης



Εικόνα 5 Παρακολούθηση της στάθμης

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΜΑΝΟΜΕΤΡΟ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙ ΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙ ΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝ Α ΜΕΤΡΑ
1. Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2. Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Τοποθέτηση σωστής θέσης ασθενή			
5. Τοποθέτηση ορού και μανομέτρου στο στατό σε σωστό ύψος.			
6. Σύνδεση 3-way και πλήρωση στήλης στα 20-25 cm.			
7. Εφαρμογή αποστειρωμένων γαντιών.			
8. Σύνδεση Κεντρικού Φλεβικού καθετήρα με 3-way			
9. Έγχυση ορού με κλειστή δίοδο προς μανόμετρο			
10. Αποκλεισμός ροής ενδοφλέβιας έγχυσης μέσω 3-way			
11. Καταγραφή ένδειξης μανομέτρου			
12. Επαναφορά ροής ενδοφλέβιας έγχυσης διαλύματος.			
13. Αποσύνδεση μανόμετρου			
14. Τοποθέτηση ασθενή σε αναπαυτική θέση			
15. Πλύσιμο χεριών			
16. Σύγκριση αποτελεσμάτων και ενημέρωση			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

4.10 Διουρηθρικός καθετηριασμός ουροδόχου κύστης

Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης είναι η εισαγωγή καθετήρα στην ουροδόχο κύστη, διά μέσω της ουρήθρας με σκοπό την παροχέτευση ούρων. Ο καθετηριασμός γίνεται για παροχέτευση των ούρων, καθώς και για θεραπευτικούς ή διαγνωστικούς λόγους.

ΥΛΙΚΑ

- Γάντια αποστειρωμένα
- Γάντια απλά (Latex)
- Τετράγωνο νοσηλείας
- Γάζες
- Αντισηπτικό διάλυμα
- Αναισθητική γέλη π.χ. ξυλοκαΐνης 2%
- Αποστειρωμένο σετ καθετηριασμού
 - 2 ανατομικές λαβίδες (προαιρετικά)
 - γάζες
 - νεφροειδές
- σύριγγες 10-20ml Αμπούλα 10ml Water for injection
- Ουροσυλλέκτης κλειστού κυκλώματος
- Στατό ουροσυλλέκτη
- 2 καθετήρες ανάλογων μεγεθών
- 1 νεφροειδές μιας χρήσης
- Υποαλλεργική κολλητική ταινία

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης σε γυναίκα

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών.	Προλαμβάνει την μετάδοση και εξάπλωση των μικροβίων.
2. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα της ασθενούς, εξηγήστε την διαδικασία και εξασφαλίστε τη συγκατάθεσή της.	Προλαμβάνετε τυχών λάθος. Η ενημέρωση ενθαρρύνει τη συνεργασία της ασθενούς και μειώνει το άγχος της.
3. Εξασφαλίστε την ιδιωτικότητα (ατομικότητα & αξιοπρέπεια) της ασθενούς, καθώς και καλό φωτισμό.	Απαιτείται σεβασμός στην προσωπικότητα της. Ο φωτισμός είναι απαραίτητος για την καλή οπτικοποίηση της ουρήθρας.
4. Φορέστε γάντια Latex	Τα γάντια μειώνουν τον κίνδυνο έκθεσης σε σωματικά υγρά
5. Βοηθήστε την ασθενή να πάρει γυναικολογική θέση Ανασηκώστε τα σκεπάσματα πάνω από την κοιλιακή χώρα και καλύψτε τα με πετσέτα. Τοποθετήστε το τετράγωνο νοσηλείας κάτω από την ασθενή	Η άνεση της ασθενούς προάγει την χαλάρωση. Το τετράγωνο νοσηλείας προστατεύει τον ιματισμό από την υγρασία και η πετσέτα τα κλινოსκεπάσματα.
6. Βγάλτε τα γάντια και εφαρμόστε υγιεινή χεριών. Προλαμβάνει την μετάδοση και εξάπλωση των μικροβίων.	Προλαμβάνει την μετάδοση και εξάπλωση των μικροβίων
7. Ανοίξτε τον ουροσυλλέκτη χωρίς να αφαιρέσετε το καπάκι του σωλήνα παροχέτευσης! Αναρροφήστε στη σύριγγα την κατάλληλη ποσότητα water for injection και τοποθετείστε το νεφροειδές μεταξύ των μηρών της ασθενούς. Ανοίξτε το αποστειρωμένο σετ σε προσιτή θέση.	Διευκολύνει τη σύνδεση με τον καθετήρα χωρίς να υπάρχει κίνδυνος επιμόλυνσης. Κάθε καθετήρας χρειάζεται διαφορετική ποσότητα water for injection. Το νεφροειδές χρησιμεύει για τη συλλογή των ακαθάρτων υλικών.

8. Φορέστε αποστειρωμένα γάντια. Τήρηση άσηπτης τεχνικής.	Τήρηση άσηπτης τεχνικής
9. Διαχωρίστε τα χείλη του αιδοίου. Καθαρίστε με γάζα με αντισηπτικό διάλυμα διαδοχικά, με μία κίνηση από πάνω προς τα κάτω, αρχικά τα μεγάλα χείλη, μετά τα μικρά και τέλος ταμπονάρετε το έξω στόμιο της ουρήθρας	Πρόληψη της διασποράς μικροβίων. Ανεπαρκής καθαριότητα της εισόδου της ουρήθρας είναι κύρια αιτία ουρολοίμωξης.
10. Πιάστε τον ουροκαθετήρα σε απόσταση 5-8εκ από το άκρο του. Επαλείψτε το άκρο με ξυλοκαΐνη. Ελαχιστοποίηση του τραυματισμού της ουρήθρας και της ενόχλησης της ασθενούς. Διευκόλυνση της εισόδου του καθετήρα. 11. Εισάγετε τον καθετήρα στην ουρήθρα αργά, ήπια και με κατεύθυνση προς τα πάνω, έως ότου διαπιστωθεί ροή ούρων και κατόπιν άλλα 5-8εκ. Επίτευξη εύκολης και ατραυματικής εισόδου του καθετήρα. Εξασφάλιση του ότι ο καθετήρας τοποθετείται στην κύστη.	Ελαχιστοποίηση του τραυματισμού της ουρήθρας και της ενόχλησης της ασθενούς. Διευκόλυνση της εισόδου του καθετήρα.
11. Εισάγετε τον καθετήρα στην ουρήθρα αργά, ήπια και με κατεύθυνση προς τα πάνω, έως ότου διαπιστωθεί ροή ούρων και κατόπιν άλλα 5-8εκ.	Επίτευξη εύκολης και ατραυματικής εισόδου του καθετήρα. Εξασφάλιση του ότι ο καθετήρας τοποθετείται στην κύστη.
12. Συνδέστε με τον ουροσυλλέκτη με άσηπτο τρόπο και φουσκώστε το μπαλονάκι.	Το κλειστό σύστημα παροχέτευσης ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο εισαγωγής μικροοργανισμών στην ουροδόχο κύστη. Το μπαλονάκι διατηρεί τον καθετήρα στη θέση του.
13. Τραβήξτε ήπια τον καθετήρα προς τα έξω μέχρι να νιώσετε αντίσταση. Λάβετε υπόψη τυχόν δυσανασχέτηση της ασθενούς.	Λανθασμένο φούσκωμα του μπαλονιού στην ουρήθρα και όχι στην ουροδόχο κύστη, μπορεί να προκαλέσει ενόχληση στην ασθενή.
14. Ελέγξτε το σύστημα του ουροσυλλέκτη και διασφαλίστε ότι δεν έχει διπλωθεί. Στερεώστε στο στατώ και κάτω από το επίπεδο της ουροδόχου κύστης.	Αυτό διευκολύνει την παροχέτευση των ούρων και προλαμβάνει την παλινδρόμησή τους εάν δεν υπάρχει βαλβίδα μη παλινδρόμησης.
15. Απομακρύνετε τον εξοπλισμό και απορρίψτε τα απορρίμματα βάσει των κανονισμών του νοσοκομείου.	Σωστός διαχωρισμός απορριμμάτων
16. Αφαιρέστε τα γάντια.	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
17. Τοποθετήστε την ασθενή άνετα στο κρεβάτι και εφαρμόστε υγιεινή χεριών	Προαγωγή άνεσης ασθενή. Πρόληψη διασποράς μικροοργανισμών και μείωση του κινδύνου επιμόλυνσης άλλων αντικειμένων
18. Σημειώστε την αιτιολογία του καθετηριασμού, τον τύπο και το μέγεθος του καθετήρα στο νοσηλευτικό φάκελο. Σωστή τεκμηρίωση	Σωστή τεκμηρίωση
19. Ενθαρρύνετε την ασθενή για λήψη άφθονων υγρών, εφόσον δεν υπάρχει αντένδειξη.	Η επαρκής ενυδάτωση και διούρηση βοηθά στην πρόληψη ουρολοίμωξης.

Προσοχή! Σε περίπτωση επίσχεσης, η παροχέτευση των ούρων πρέπει να γίνεται σταδιακά για αποφυγή πρόκλησης καταπληξίας λόγω απότομης πτώσης της πίεσης και διαστολής των αγγείων(κλείνουμε το κλιπ του ουροσυλλέκτη στα 300-500ml) .

Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης σε άντρα

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Εφαρμόστε υγιεινή χειρών.	Προλαμβάνει την μετάδοση και εξάπλωση των μικροβίων.
2. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα της ασθενούς, εξηγήστε την διαδικασία και εξασφαλίστε τη συγκατάθεσή της.	Προλαμβάνετε τυχών λάθος. Η ενημέρωση ενθαρρύνει τη συνεργασία της ασθενούς και μειώνει το άγχος της.
3. Εξασφαλίστε την ιδιωτικότητα (ατομικότητα & αξιοπρέπεια) της ασθενούς, καθώς και καλό φωτισμό.	Απαιτείται σεβασμός στην προσωπικότητα της. Ο φωτισμός είναι απαραίτητος για την καλή οπτικοποίηση της ουρήθρας.
4. Βοηθήστε τον ασθενή να ξαπλώσει σε ύπτια θέση με τα πόδια σε έκταση. Ανασηκώστε τα σκεπάσματα πάνω από την κοιλιακή χώρα και καλύψτε τα με πετσέτα. Τοποθετήστε το τετράγωνο νοσηλείας κάτω από τον ασθενή.	Η άνεση του ασθενή προάγει την χαλάρωση. Το τετράγωνο νοσηλείας προστατεύει τον ιματισμό από την υγρασία και η πετσέτα τα κλινოსκεπάσματα.
5. Ανοίξτε τον ουροσυλλέκτη χωρίς να αφαιρέσετε το καπάκι του σωλήνα παροχέτευσης! Αναρροφήστε στη σύριγγα την κατάλληλη ποσότητα water for injection και τοποθετήστε το νεφροειδές σε προσιτή θέση. Ανοίξτε το αποστειρωμένο σετ.	Διευκολύνει τη σύνδεση με τον καθετήρα χωρίς να υπάρχει κίνδυνος επιμόλυνσης. Κάθε καθετήρας χρειάζεται διαφορετική ποσότητα water for injection. Το νεφροειδές χρησιμεύει για τη συλλογή των ακαθάρτων υλικών.
6. Φορέστε δυο ζεύγη αποστειρωμένα γάντια και τοποθετήστε αποστειρωμένο πεδίο με οπή πάνω από το πέος.	Τήρηση άσηπτης τεχνικής.
7. Ανασηκώστε το πέος με αποστειρωμένη γάζα με το ένα χέρι και κατεβάστε την ακροποσθία. Καθαρίστε με γάζα με αντισηπτικό διάλυμα, με 3 κυκλικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια (με νέα γάζα κάθε φορά). Αποκάλυψη έξω στομίου ουρήθρας.	Πρόληψη της διασποράς μικροβίων. Ανεπαρκής καθαριότητα της εισόδου της ουρήθρας είναι κύρια αιτία ουρολοίμωξης.
8. Εγχύστε στην ουρήθρα 10-15ml αναισθητικής γέλης, συγκλείστε το έξω στόμιο και περιμένετε έως ότου επιτευχθεί αναισθησία. Ακουμπήστε το πέος στο αποστειρωμένο πεδίο.	Ελαχιστοποίηση του τραυματισμού της ουρήθρας και της ενόχλησης του ασθενούς. Διευκόλυνση της εισόδου του καθετήρα.
9. Αφαιρέστε το ένα ζευγάρι αποστειρωμένα γάντια.	Διατήρηση άσηπτης τεχνικής.
10. Κρατείστε το πέος σε γωνία 60-90° έλκοντας ελαφρώς	Ευθειαςμός ουρήθρας, άσηπτη τεχνική
11. Πιάστε τον ουροκαθετήρα σε απόσταση 5-8εκ από το άκρο του.	
12. Εισάγετε τον καθετήρα στην ουρήθρα αργά και ήπια, έως ότου διαπιστωθεί ροή ούρων. Προωθήστε τον άλλα 2-3εκ, σχεδόν μέχρι τη διακλάδωσή του. Επί αντίστασης, παροτρύνετε τον ασθενή να βήξει και αυξήστε την έλξη του πέους	Επίτευξη εύκολης και ατραυματικής εισόδου του καθετήρα. Εξασφάλιση του ότι ο καθετήρας τοποθετείται στην κύστη. Ο βήχας βοηθά στη λύση του σπασμού του έξω σφιγκτήρα.
13. Συνδέστε με τον ουροσυλλέκτη με άσηπτο τρόπο και φουσκώστε το μπαλονάκι.	Το κλειστό σύστημα παροχέτευσης ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο εισαγωγής μικροοργανισμών στην ουροδόχο κύστη. Το μπαλονάκι διατηρεί τον καθετήρα στη θέση του.
14. Τραβήξτε ήπια τον καθετήρα προς τα έξω μέχρι να νιώσετε αντίσταση. Λάβετε υπόψη τυχών δυσανασχήση του ασθενή	Λανθασμένο φούσκωμα του μπαλονιού στην ουρήθρα και όχι στην ουροδόχο κύστη, μπορεί να προκαλέσει ενόχληση στον ασθενή.
15. Καθαρίστε τοπικά και επαναφέρετε την ακροποσθία στην αρχική της θέση.	Πρόληψη διαταραχής αιμάτωσης
16. Απομακρύνετε τον εξοπλισμό και απορρίψτε τα απορρίμματα βάσει των κανονισμών του νοσοκομείου.	Σωστός διαχωρισμός απορριμμάτων
17. Αφαιρέστε τα γάντια.	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών

18. Τοποθετήστε την ασθενή άνετα στο κρεβάτι και εφαρμόστε υγιεινή χεριών	Προαγωγή άνεσης ασθενή. Πρόληψη διασποράς μικροοργανισμών και μείωση του κινδύνου επιμόλυνσης άλλων αντικειμένων
19. Σημειώστε την αιτιολογία του καθετηριασμού, τον τύπο και το μέγεθος του καθετήρα στο νοσηλευτικό φάκελο. Σωστή τεκμηρίωση	Σωστή τεκμηρίωση
20. Ενθαρρύνετε την ασθενή για λήψη άφθονων υγρών, εφόσον δεν υπάρχει αντένδειξη.	Η επαρκής ενυδάτωση και διούρηση βοηθά στην πρόληψη ουρολοίμωξης.

	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΟΣ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙ ΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙ ΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝ Α ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Τοποθέτηση σωστής θέσης ασθενή			
5. Άνοιγμα ουροσυλλέκτη και άναρροφηwf σωστή ποσότητα			
6. Εφαρμογή αποστειρωμένων γαντιών.			
7. Καθαρισμός περιοχής με σωστές κινήσεις			
8. Αφαίρεση απόστειρωμένων γαντιών			
9. Εφαρμογή αποστειρωμένων γαντιών.			
10. τοποθέτηση ουροκαθετήρα			
11.Συνδεση με ουροσυλλέκτη και φούσκωμα του μπαλονιού			
12. Τράβηγμα καθετήρα προς τα έξω			
13. Καθαριότητα περιοχής			
14. Απομάκρυνση εξολπισμού			
15. Αφαίρεση γαντιών			
16. Τοποθέτηση ασθενούς σε άνετη θέση			
17.Πλύσιμο χεριών			
18.Ενημερωση νοσηλευτικού φακέλου			
19.Ενημερωση ασθενους για την ληψη υγρων			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

4.11 Λήψη δείγματος ούρων για γενική και καλλιέργεια ούρων από ασθενή με ουροκαθετήρα

Λήψη σωστού (ποιότητα-ποσότητα) δείγματος ούρων, με στόχο τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των ουρολοιμώξεων -πρόληψη ουρολοιμώξεων από τη διαδικασία-σωστή αποστολή δείγματος στο εργαστήριο.

Υλικά

1. Γάντια μιας χρήσης, απλά και αποστειρωμένα
2. Ειδική λαβίδα για κλείσιμο του καθετήρα (κλάπα ή kocher)
3. Αντισηπτικό διάλυμα σύμφωνα με τις οδηγίες του Γραφείου Λοιμώξεων
4. Αποστειρωμένες γάζες
5. Αποστειρωμένες σύριγγες (5ml ή 10ml)
6. Δοχείο συλλογής δείγματος ούρων (urobox)
7. Νεφροειδές-δοχείο απορριμμάτων
8. Ετικέτες
9. Παραπεμπτικό εξέτασης
10. Καινούργιος αποστειρωμένος ουροσυλλέκτης με port
11. Παραβάν

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1.Συστηθείτε στον ασθενή και ενημερώστε τον για την διαδικασία και το σκοπό της και συλλογή απαραίτητου υλικού. Ταυτοποίηση στοιχείων του ασθενή και εξασφάλιση της συγκατάθεσής του..	Ταυτοποίηση στοιχείων του ασθενή και εξασφάλιση της συγκατάθεσής του
2. Απομονώστε το κρεβάτι.	Εξασφάλιση της ιδιωτικότητας του ασθενή
3.Πλύνετε τα χέρια σας και φορέστε γάντια.	Πρόληψη μετάδοσης μικροβίων από ασθενή σε ασθενή.
4.Τοποθετήστε νέο σάκο συλλογής ούρων που φέρει ειδική θύρα (port) για τη λήψη της εξέτασης. Η λήψη ούρων από τον παλαιό σάκο δίνει μη αξιόπιστο δείγμα λόγω ύπαρξης πολλών μικροβίων.	Η λήψη ούρων από τον παλαιό σάκο δίνει μη αξιόπιστο δείγμα λόγω ύπαρξης πολλών μικροβίων.
5.Κλείστε τη ροή των ούρων με αποστειρωμένη λαβίδα, σε απόσταση 5 cm από το στόμιο της ουρήθρας και περιμένετε 15 λεπτά ή μέχρι να νιώσει έπειξη ο ασθενής.	Διακοπή ροής των ούρων προς τον ουροσυλλέκτη και εξασφάλιση παρουσίας τους στον καθετήρα για τη λήψη δείγματος.
6.Πλύνετε σχολαστικά τα χέρια σας και φορέστε αποστειρωμένα γάντια	Αποφυγή μόλυνσης δείγματος
7.Απολυμάνετε το σημείο από όπου θα γίνει η συλλογή του δείγματος. Από το σημείο αυτό μπορεί να γίνει λήψη δείγματος ΜΟΝΟ ΜΙΑ ΦΟΡΑ	Αποφυγή μόλυνσης του δείγματος από άλλους παράγοντες. Σε κάθε άλλη περίπτωση η λήψη ούρων γίνεται από τον ουροκαθετήρα πριν το διχασμό με κατάλληλο απολυμαντικό
8.Απελευθερώστε τον αυλό από τη λαβίδα. Αφήστε να φύγουν στον αυλό τα πρώτα ούρα .	Εξασφάλιση κατάλληλου δείγματος ούρων και αποκατάσταση του κλειστού κυκλώματος απομάκρυνσης ούρων.
9.Παρακεντήστε την ειδική θύρα	Λήψη αξιόπιστου δείγματος

(port) με αποστειρωμένη σύριγγα με βελόνα 21- 25G	
10.Αναρροφήστε με άσηπτη τεχνική 3-5 ml ούρων για καλλιέργεια και τουλάχιστον 10 ml για γενική, ανασύροντας με ήπιες κινήσεις το έμβολο της σύριγγας. Αφαιρέστε τη βελόνα.	Εξασφάλιση κατάλληλου σε ποσότητα δείγματος ούρων για καλλιέργεια και γενική. Η απότομη ανάσυρση του εμβόλου προκαλεί υπέρμετρη πίεση και μπορεί να προκαλέσει σύμπτωση των τοιχωμάτων του καθετήρα, εμποδίζοντας έτσι τη ροή των ούρων από τη σύριγγα.
11.Αδειάστε τη σύριγγα με άσηπτη τεχνική στο αποστειρωμένο δοχείο συλλογής, χωρίς η βελόνα να ακουμπήσει στα τοιχώματα του.	Προστασία του δείγματος από επιμόλυνση
12.Μαζέψτε το ακάθαρτο υλικό Αφαιρέστε τα γάντια και πλύνετε τα χέρια σας	Μείωση πιθανότητας διασποράς μικροβίων.
13. Ελέγξτε τα στοιχεία του ασθενή και την εξέταση. Ελέγξτε το παραπεμπτικό. Τοποθετήστε στο δοχείο συλλογής ετικέτα. Επισημάνετε στο παραπεμπτικό αν ο ασθενής λαμβάνει ήδη αντιβίωση αν φέρει προσωρινό ή μόνιμο καθετήρα ή αν είναι υπό θεραπεία συνεχών πλύσεων	Αποφυγή λαθών ταυτοποίησης Ενημέρωση εργαστηρίου για ύπαρξη συνθηκών που μπορεί να μειώσουν την αξιοπιστία του δείγματος
14.Μεταφέρατε για γενική ούρων το δείγμα στο εργαστήριο εντός 1 ώρας, διαφορετικά παραμένει σε ψυγείο με θερμοκρασία 2-40 C, όχι περισσότερο από 2 ώρες. Για καλλιέργεια ούρων απαιτείται άμεση μεταφορά του δείγματος.	Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος για το δείγμα ούρων, ώστε να μην προκληθούν αλλοιώσεις στα ούρα (αλκαλοποίηση τους από τη διάσπαση ουρίας). Στην καλλιέργεια ούρων δείγματα που καθυστερούν να φθάσουν στο εργαστήριο είναι ακατάλληλα, διότι υπεραναπτύσσονται υπάρχοντα μικρόβια και υπάρχει κίνδυνος για εξαγωγή λανθασμένων αποτελεσμάτων από την ποσοτική καλλιέργεια.
15.Καταγράψτε τη νοσηλευτική διαδικασία στη λογοδοσία	Εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα του ασθενή. Διατήρηση αρχείου διαδικασιών

ΠΡΟΣΟΧΗ:

- Η μη σωστή τήρηση των κανόνων ασηψίας, επιφέρει μόλυνση του δείγματος με κίνδυνο, τα αποτελέσματα της εξέτασης να μην είναι σωστά.
- Αν ο ασθενής πρόκειται να τεθεί υπό αντιβίωση καλό είναι να λαμβάνεται καλλιέργεια ούρων πριν την λήψη αυτής.
- Στη λήψη ούρων για γενική ούρων πρέπει τα ούρα να είναι τα πρώτα πρωινά, μέσου ρεύματος

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΛΗΨΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΟΥΡΩΝ ΓΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΥΡΟΚΑΘΕΤΗΡΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚ Α	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙ ΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝ Α ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Τοποθέτηση νέου ασκού ούρων			
5. Κλείσιμο ροής με λαβίδα στο σωστό σημείο και χρονικό διάστημα.			
6. Υγιεινή χεριών . Εφαρμογή αποστειρωμένων γαντιών.			
7.Αντισηψία Υποδοχής ουροσυλλέκτη			
8. Απελευθέρωση αυλού.			
9.Παρακέντηση κατάλληλης ποσότητας για κ/α και γενική ούρων			
10. Ασηπτη τεχνική αδειάσματος σύριγγας στο δοχείο συλλογής			
11. Απομάκρυνση ακαθάρτων – πλύσιμο χεριών.			
12. Ταυτοποίηση στοιχείων με παραπεμπτικό			
13.Έγκυρη μεταφορά δείγματος.			
14. Καταγραφή διαδικασίας στη λογοδοσία.			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

4.12 Ρινογαστρική διασωλήνωση

➤ Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα

Υλικά:

- Ρινογαστρικός καθετήρας (No 12F-18F)
- Γάντια μιας χρήσεως
- Σύριγγα 60 ml με μεγάλο μπεκ
- Νεφροειδή μιας χρήσης
- Τετράγωνο μιας χρήσης αδιάβροχο
- Ποτήρι με νερό
- Στηθοσκόπιο
- Λευκοπλάστ – ψαλίδι
- Σάκος παροχετεύσεως ή πώμα Levin
- Νεφροειδές - χαρτοβάμβακας

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Συστηνόμεστε στον ασθενή και ταυτοποιούμε τα στοιχεία του	Αποφυγή λαθών
Εξηγούμε στον ασθενή τη διαδικασία, και το σκοπό της τοποθέτησης του ρινογαστρικού σωλήνα	Μείωση του άγχους του ασθενή και εξασφάλιση της συνεργασίας του
Αξιολογούμε τη βατότητα των ρωθώνων του ασθενή. Καθαρίζουμε αν είναι απαραίτητο	Με την εύρεση του καταλληλότερου ρώθωνα, εξασφαλίζουμε καλύτερη δίοδο του σωλήνα
Τοποθετούμε τον ασθενή σε θέση fowler	Η θέση αυτή διευκολύνει την είσοδο του σωλήνα στο στομάχι καθώς και τις κινήσεις κατάποσης και την πόση του νερού
Πλένουμε τα χέρια μας και εφαρμόζουμε αντισηπτικό διάλυμα	Ελαχιστοποίηση της μετάδοσης μικροοργανισμών
Οργάνωση των υλικών μας και συγκέντρωση σε προσβάσιμη θέση	Προαγωγή αποτελεσματικότητας και εξοικονόμηση κινήσεων
Απομάκρυνση επισκεπτών και τοποθέτηση παραβάν	Προστασία ασθενούς από την παρουσία επισκεπτών, τα βλέμματα άλλων ασθενών όταν υπάρχουν
Δίνουμε στον άρρωστο χαρτοβάμβακο και τοποθετούμε κοντά του νεφροειδές	Σκουπίζει τα δάκρυά του και τις εκκρίσεις κατά την εισαγωγή του σωλήνα
Μετράμε το μήκος της τεθλασμένης γραμμής από τη μύτη ως το λοβίο του αυτιού και ως το τέλος της ξιφοειδούς απόφυσης	Επιβεβαίωση ότι ο ρινογαστρικός είναι στο στομάχι
Φοράμε γάντια μιας χρήσης	Προστασία από τυχόν έκθεση σε βιολογικά υγρά
Επαλείφουμε το άκρο του καθετήρα με Xylocaine gel	Διευκόλυνση εισόδου του καθετήρα με μείωση τριβής στο βλεννογόνο

Τοποθετούμε τον καθετήρα στο ρώθωνα και τον προωθούμε προς τα πίσω	Διευκόλυνση της εισόδου
Όταν ο σωλήνας φτάσει στο φάρυγγα, προτρέπουμε τον ασθενή να κάνει καταποτικές κινήσεις, χρησιμοποιώντας λίγο νερό κάμπτοντας το κεφάλι στο θώρακα και αναπνέοντας επιτόλαια	Με την κάμψη του κεφαλιού κλείνει η είσοδος του λάρυγγα και διευκολύνεται η προώθηση του καθετήρα στον οισοφάγο. Η κατάποση παρεμποδίζει την είσοδο του καθετήρα στην τραχεία. Οι αναπνοές περιορίζουν το φαρυγγικό αντανακλαστικό που μπορεί να δυσκολέψει την είσοδο του καθετήρα
Προωθούμε τον καθετήρα με ήπιες και σταθερές κινήσεις στον οισοφάγο και στη συνέχεια στο στομάχι. Ελέγχουμε το στόμα για τυχόν αναδίπλωση του καθετήρα σε αυτό	Για να μην υπάρξει τραυματισμός οισοφάγου
Παρακολουθούμε τον άρρωστο για συμπτώματα όπως ανησυχία, βήχα, ερυθρότητα προσώπου, δύσπνοια, βραχνάδα της φωνής, είσοδο και έξοδο αέρα από το σωλήνα στην κάθε αναπνοή και κυάνωση. Στην παρουσία αυτών των συμπτωμάτων αφαιρούμε τον σωλήνα	Τα συμπτώματα αυτά δηλώνουν ότι ο σωλήνας βρίσκεται στην τραχεία
Επιβεβαιώνουμε τη σωστή θέση του καθετήρα στο στομάχι με εισαγωγή αέρα(10 -20 ml) και ταυτόχρονα τοποθετούμε το στηθοσκόπιο στο επιγάστριο για να ακούσουμε τον ήχο του αέρα	Εισάγουμε αέρα και όχι νερό για αποφυγή πιθανής εισρόφησης
Στερεώνουμε τον καθετήρα με λευκοπλάστ στη μύτη	Προλαμβάνεται η μετατόπιση του καθετήρα και ο ασθενής κινείται χωρίς να αισθάνεται το δυσάρεστο συναίσθημα της μετακίνησης του σωλήνα
Συνδέουμε το σωλήνα με το σάκο παροχέτευσης	Επιτυγχάνεται η εκκένωση του στομάχου
Απομακρύνουμε το υλικό που χρησιμοποιήθηκε	Στο άμεσο περιβάλλον του αρρώστου δεν πρέπει να του θυμίζει δυσάρεστες εμπειρίες
Δίνουμε στον άρρωστο απαραίτητες πληροφορίες όπως το ότι δεν πρέπει να λαμβάνει τίποτα από το στόμα	Ικανοποιείται η ανάγκη του αρρώστου να γνωρίζει τι του συμβαίνει περιορίζοντας τα τυχόν δυσάρεστα συμβάντα της νοσηλείας



➤ **Αφαίρεση ρινογαστρικού σωλήνα**

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Τοποθετούμε τον ασθενή σε θέση fowler	
Τοποθετούμε χαρτοβάμβακο μπροστά	Προστασία των κλινοσκεπασμάτων
Κλείνουμε τον καθετήρα εάν είναι ανοιχτός	
Αφαιρούμε το λευκοπλάστ (χρησιμοποιούμε βενζίνη εάν χρειάζεται)	
Συστήνουμε στον ασθενή να πάρει βαθιά αναπνοή και να εκπνεύσει αργά	Με την εκπνοή προλαμβάνεται η εισρόφιση γαστρικού περιεχομένου προς τους πνεύμονες και χαλάρωση του φάρυγγα
Αφαιρούμε τον καθετήρα (κρατάμε χαρτοβάμβακο) κατά την εκπνοή προς τα έξω με γρήγορη και συνεχή κίνηση και απορρίπτουμε στο νεφροειδές	Μειώνεται το αίσθημα της αηδίας και η τάση για έμετο από τη γεύση των γαστρικών υγρών. Το στόμα διατηρείται καθαρό και υγρό προλαμβάνοντας έτσι τη φλεγμονή της στοματικής κοιλότητας
Καθαρίζουμε τα σημεία που ήταν κολλημένο το λευκοπλάστ, το στόμα του ασθενούς και τον αφήνουμε σε αναπνευστική θέση	
Ενημερώνουμε το δελτίο του ασθενούς	

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΙ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚ Α	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙ ΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝ Α ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Τοποθέτηση ασθενούς σε σωστή θέση			
5. Υγιεινή χεριών			
6.Ελεγχος σωστού μεγέθους καθετήρα			
7.Εφαρμογή γαντιών			
8. Ενημέρωση ασθενούς			
9.Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα ή αφαίρεση			
10. Επιβεβαίωση σωστής θέσης καθετήρα			
11. Σταθεροποίηση			
12. Απομάκρυνση ακαθάρτων – πλύσιμο χεριών.			
13. Ενημέρωση ασθενούς			
14. Καταγραφή διαδικασίας στη λογοδοσία.			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

4.13 Εντερική σίτιση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα

Θεωρείται ικανοποιητική μέθοδος διατροφής και στοιχίζει λιγότερο.

Εμφανίζει δυνητικά λιγότερους κινδύνους από ότι η ενδοφλέβια.

Πριν αρχίσει η σίτιση θα πρέπει να γίνει εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

Ο Νοσηλευτής όσον αφορά στην εντερική διατροφή του ασθενή, θα πρέπει να εφαρμόζει την διαδικασία σίτισης με βάση την διεθνή επιστημονική τεκμηρίωση γνωρίζοντας ότι ο ρόλος του στην προσεκτική και συστηματική παρακολούθηση των ασθενών που υποβάλλονται σε εντερική διατροφή είναι σημαντικός προκειμένου:

- Να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της,
- Να αποφευχθούν πιθανές επιπλοκές
- Αν εμφανιστούν να αντιμετωπιστούν έγκαιρα.

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Βεβαιωνόμαστε για το είδος του μίγματος, την ποσότητα, την ώρα, την συχνότητα χορήγησης και τις ειδικές οδηγίες για τον άρρωστο πριν αρχίσει η διαδικασία	Η ποσότητα, η σύνθεση και η συχνότητα χορήγησης του μίγματος καθορίζεται από το γιατρό
Συγκεντρώνουμε τα αντικείμενα που θα χρειαστούμε	
Πλένουμε τα χέρια μας	
Τοποθετούμε το μίγμα σε ειδικό αριθμημένο δοχείο	
Τοποθέτηση αριθμημένου δοχείου σε χλιαρό νερό (θερμοκρασία $\approx 37,5^{\circ}\text{C}$)	Το πολύ ζεστό νερό πήζει την πρωτεΐνη και προάγει την ανάπτυξη μικροβίων
Εξηγούμε στον ασθενή την διαδικασία	
Τοποθετούμε τον άρρωστο σε καθιστή θέση. Αν αυτό δεν είναι δυνατό, σηκώνουμε το κρεβάτι και γυρνάμε τον ασθενή στο δεξιό πλάγιο	Ο οισοφαγικός σφιγκτήρας χαλαρώνει εξαιτίας της παρουσίας του σωλήνα. Ο άρρωστος μπορεί να αδυνατεί να χρησιμοποιεί τους φυσιολογικούς μηχανισμούς για να αποφύγει την εισρόφιση του μίγματος στους πνεύμονες
Ελέγχουμε τη θέση του σωλήνα σίτισης με αναρρόφηση γαστρικού υγρού ή με εισαγωγή αέρα	Η αναρρόφιση γαστρικού περιεχομένου είναι η μέθοδος εκλογής, γιατί με τον τρόπο αυτό όχι μόνο εντοπίζεται η θέση του σωλήνα σίτισης, αλλά ελέγχεται και ο βαθμός κένωσης του στομαχιού στα μεσοδιαστήματα των γευμάτων
Ρίχνουμε το μίγμα μέσα στον υποδοχέα, βγάζουμε τον αέρα από το σωλήνα και τον κλείνουμε	
Συνδέουμε το ρινογαστρικό σωλήνα με εκείνον του υποδοχέα και προσαρμόζουμε το ρυθμό ροής. Παρακολουθούμε τις αντιδράσεις του αρρώστου κατά τη σίτιση	Η ταχεία ροή μπορεί να δημιουργήσει δυσάρεστο αίσθημα στο φάρυγγα και είναι δυνατό να προκαλέσει διάρροια (ρυθμός ροής για 1η φορά όχι $>60 \text{ ml/hr}$)
Αν ο υποδοχέας πρέπει να ξαναγεμίσει, κλείνουμε τον υποδοχέα με το μίγμα, πριν αδειάσει τελείως	Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η εισαγωγή αέρα στο στομάχι

Όταν τελειώσει το μίγμα, ρίχνουμε ορισμένη ποσότητα νερού στον υποδοχέα για να καθαρίσει ο σωλήνας. Επιπλέον δίνουμε 50 ml νερό μέσα απ' το σωλήνα κάθε 2 ώρες.	Το μίγμα μπορεί να πήξει και να φράξει το σωλήνα. Και επιπλέον, το νερό είναι απαραίτητο για τη αποβολή από τους νεφρούς της περίσσειας των οσμωτικώς δραστικών ουσιών του μίγματος, που διαφορετικά θα του προκαλέσουν αφυδάτωση
Κλείνουμε τους σωλήνες και αποσυνδέουμε. Καλύπτουμε το άκρο του ρινογαστρικού με γάζα και αφήνουμε τον άρρωστο σε καθιστή θέση για μία ή περισσότερες ώρες. Εάν δε μπορεί να μείνει σ' αυτή τη θέση, στην κένωση τον τοποθετούμε στο δεξιό πλάγιο με το κεφάλι ελαφρά ανυψωμένο	Το γαστρικό περιεχόμενο μπορεί να επιστρέψει μέσα από τον ανοικτό σωλήνα. Απαιτείται περίπου μία ώρα για το άδειασμα του στομάχου απ' το μίγμα. Η θέση αυτή βοηθά στην κένωση του στομάχου και αποτρέπει τον έμετο ή την εισρόφιση γαστρικού περιεχομένου
Πλένουμε σχολαστικά το σωλήνα και τον υποδοχέα, αν πρόκειται να τον ξαναχρησιμοποιήσουμε. Απορρίπτουμε τα μιας χρήσης αντικείμενα	Τα μίγματα αποτελούν ιδανικό θρεπτικό υλικό για ανάπτυξη μικροβίων
Επανελέγχουμε αν ο άρρωστος είναι αναπνευστικά στο κρεβάτι του	
Αναγράφουμε: ώρα, ποσότητα και σύνθεση μίγματος, ποσότητα νερού και αντίδραση αρρώστου στη σίτιση	
Προσέχουμε για εμφάνιση διαταραχής ισορροπίας νερού και ηλεκτρολυτών	Υπερνατριαιμία, ουραιμία και αφυδάτωση είναι δυνητικές επιπλοκές, ειδικά όταν η απώλεια υγρών είναι αυξημένη (διάρροια)
Διατηρούμε πίνακα προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών	Για παρακολούθηση της ενυδάτωσης του αρρώστου

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΜΕΣΩ ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚ Α	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙ ΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝ Α ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Τοποθέτηση ασθενούς σε σωστή θέση			
5. Υγιεινή χεριών – εφαρμογή γαντιών			
6.Ελεγχος θέσης καθετήρα			
7. Έναρξη σίτισης			
8. Παρακολούθηση ασθενούς			
9.Χορήγηση ποσότητας νερού για ξέβγαλμα			
10.Κλείσιμο καθετήρα για τουλάχιστον 2 2 ώρες			
11.Ελεγχος υπολείμματος μετά το πέρας των 2 ωρών			
12. Απομάκρυνση ακαθάρτων – πλύσιμο χεριών.			
13. Ενημέρωση ασθενούς- τοποθέτηση σε αναπνευστική θέση			
14. Καταγραφή ισοζυγίου			
15.Καταγραφή διαδικασίας στη λογοδοσία			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

4.14 Προετοιμασία και χορήγηση παρεντερικής διατροφής

Παρεντερική διατροφή ορίζεται η χορήγηση απαραίτητων θρεπτικών συστατικών δια μέσου περιφερικής ή κεντρικής φλέβας. Με τον όρο θρεπτικά συστατικά νοούνται τα αμινοξέα, οι υδατάνθρακες, τα λιπίδια, οι ηλεκτρολύτες, τα ιχνοστοιχεία και οι βιταμίνες.

Προετοιμασία παρεντερικής διατροφής

Η προετοιμασία της παρεντερικής γίνεται σε ένα καθαρό χώρο λόγω έλλειψης ξεχωριστού χώρου (προθάλαμου) ετοιμασίας αυτής.

ΥΛΙΚΑ:

- Ασκός παρεντερικής
- Σύριγγες
- Συσκευή έγχυσης
- Τα προς ανάμιξη διαλύματα
- Σκούφος
- Μάσκα
- Αποστειρωμένη ποδιά
- Αποστειρωμένα γάντια
- Αποστειρωμένο πεδίο
- Στατό
- Αποστειρωμένες γάζες
- Διάλυμα χλωρεξιδίνης 2%
- Αυτοκόλλητη ετικέτα

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Έλεγχος ιατρικής οδηγίας	Αποφυγή λάθους
Συγκέντρωση απαραίτητου υλικού	Προαγωγή αποτελεσματικότητας και αποφυγή άχρηστων μετακινήσεων
Έλεγχος ημερομηνίας λήξης και της ακεραιότητας του σκευάσματος	Αποφυγή χορήγησης ληγμένων ή αλλοιωμένων σκευασμάτων
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Απολύμανση επιφάνειας εργασίας με κατάλληλο αντισηπτικό και άνοιγμα αποστειρωμένου πεδίου	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Με άσηπτη τεχνική άνοιγμα συσκευασίας ασκού, σύριγγες, φιαλίδια εμπλούτισης, συσκευή ορού, αποστειρωμένες γάζες	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Εφαρμογή σκούφου ,μάσκας, αποστειρωμένης μπλούζας, αποστειρωμένα γάντια	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Χρησιμοποίηση γάζας εμπλουτισμένης σε χλωρεξιδίνη προς απολύμανση του ελαστικού πώματος του σκευάσματος της παρεντερικής διατροφής και των φιαλιδίων	Διατήρηση στείρου του σημείου είσοδου και ελαχιστοποίηση μόλυνσης
Αναρρόφηση με σύριγγα ιχνοστοιχείων, ηλεκτρολυτών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Διατήρηση ακρίβειας
Έγχυση αυτών με άσηπτη τεχνική στο διάλυμα	Πρόληψη επιμόλυνσης του περιεχομένου της παρεντερικής διατροφής
Ανακίνηση ασκού με ήπιες κινήσεις	Ομοιογενής ανάμιξη συστατικών
Αναγραφή ετικέτας το τι περιέχει μέσα ο ασκός, όταν είναι έτοιμο προς χρήση	Σωστό διάλυμα = σωστός ασθενής
Αφαίρεση γαντιών	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Πραγματοποίηση υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων

Χορήγηση παρεντερικής διατροφής

Βασικές αρχές για την χορήγηση παρεντερικής διατροφής:

- Διατήρηση σκευασμάτων σε θερμοκρασία και συνθήκες που καθορίζονται από την εταιρεία παρασκευής
- Έλεγχος σκευάσματος πριν την χορήγηση
- Χορήγηση σωστού σκευάσματος σε σωστό χρόνο, σωστό ασθενή σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες
- Χορήγηση του ασκού αμέσως μετά την ανάμιξη των συστατικών και εντός 24ωρου
- Τήρηση των αρχών ασηψίας – αντισηψίας κατά την χορήγηση του σκευάσματος
- Έλεγχος λειτουργίας αντλίας έγχυσης
- Αλλαγή συσκευών χορήγησης κάθε 24ωρο
- Αποκλειστική χρήση του αυλού του κεντρικού καθετήρα για την χορήγηση της Παρεντερικής διατροφής

ΥΛΙΚΑ:

- Αντλίες έγχυσης (εφόσον υπάρχουν)
- Αποστειρωμένα γάντια
- Αποστειρωμένες γάζες
- Φίλτρα
- Αποστειρωμένο πεδίο
- Σύριγγα 5ml με N/S0.9%
- Σύριγγα 10ml

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Οργάνωση υλικού	Προαγωγή αποτελεσματικότητας
Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενούς	Πρόληψη λάθους
Επεξήγηση διαδικασίας στον ασθενή	Αύξηση συνεργασίας ,μείωση άγχους
Μέτρηση ζωτικών σημείων	Εξασφάλιση τιμών αναφοράς
Επιλογή αυλού κεντρικής φλεβικής Γραμμής(ο οποίος δε θα χρησιμοποιείται για την χορήγηση άλλου φαρμάκου ή για αιμοληψία)	Ο αποκλειστικός αυλός για την χορήγηση παρεντερικής διατροφής μειώνει τον κίνδυνο λοιμώξεων
Εφαρμογή αντισηπτικού και αποστειρωμένων γαντιών	Διατήρηση αντισηψίας κατά την διάρκεια των χειρισμών σύνδεσης
Τοποθέτηση με άσηπτη τεχνική τη συσκευή χορήγησης με φίλτρο(αν υπάρχει) στο διάλυμα και αφαίρεσης τον αέρα χωρίς να αφαιρεθεί το πόμα από το άκρο	Πρόληψη επιμόλυνσης του περιεχομένου της παρεντερικής διατροφής
Ανάρτηση του ασκού σε στατώ κοντά στον ασθενή και εισαγωγή συσκευής σε αντλία έγχυσης	
Ξέπλυμα καθετήρα με 5ml φυσιολογικού ορού	Έλεγχος βατότητας γραμμής
Χρησιμοποίηση άσηπτης τεχνικής= σύνδεση με σύστημα έγχυσης	Πρόληψη λοίμωξης
Ρύθμιση ροής έγχυσης ανάλογα με ιατρική οδηγία	
Αφαίρεση γαντιών	Ασφαλής διαχείριση ιατρικών απορριμμάτων
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Ενημέρωση ασθενή ότι πρέπει να αναφέρει οποιοδήποτε σύμπτωμα (δυσκολία αναπνοής, πόνο, τοπικό ερεθισμό, εξάνθημα)	Έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών
Καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας	Εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα του ασθενή. Διατήρηση αρχείου διαδικασιών

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚ Α	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙ ΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝ Α ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Μέτρηση ζωτικών σημείων			
5. Επιλογή αυλού χορήγησης			
6.Εφαρμογή αντισηπτικού-αποστειρωμένων γαντιών			
7. Τοποθέτηση συσκευής έγχυσης			
8.Αφαίρεση αέρα χωρίς αφαίρεση πώματος			
9.Ανάρτηση ασκού στο στατώ			
10.Έλεγχος βατότητας αυλού			
11.Σύνδεση με άσηπτη τεχνική			
12. Ρύθμιση σωστής ροής			
13. Αφαίρεση γαντιών			
14. Εφαρμογή υγιεινής χεριών			
15.Ενημέρωση ασθενούς για οποιοδήποτε σύμπτωμα			
16.Ενημέρωση φύλλου νοσηλείας			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

4.15 Τοποθέτηση, φροντίδα και λήψη αερίων αίματος από αρτηριακή γραμμή

Η αρτηριακή γραμμή είναι ένα σύστημα αιμοδυναμικής παρακολούθησης που χρησιμοποιείται για τους εξής λόγους:

- Ακριβής κ συνεχής παρακολούθηση αρτηριακής πίεσης σε αγγειοδραστικά φάρμακα
- Διευκόλυνση στη συνεχή λήψη δείγματος αίματος
- Παρακολούθηση αιμοδυναμικών παραμέτρων όπως πχ. Μέση αρτηριακή πίεση

Τοποθέτηση αρτηριακού καθετήρα

ΥΛΙΚΑ

- Μάσκα
- Ποδιά μιας χρήσης
- Καθετήρες αρτηριακής γραμμής ή σε έλλειψη αυτών φλεβοκαθετήρες 20G και 18G
- 3way
- Ηπαρινισμένη Σύριγγα 5 ml
- Διάλυμα λιδοκαΐνης 1% για τοπική αναισθησία
- Σύριγγα ινσουλίνης για την τοπική αναισθησία
- Γάντια μιας χρήσης
- Διάλυμα χλωρεξιδίνης 2%
- Αυτοκόλλητο διάφανο επίθεμα
- Εξαερωμένο σύστημα έκπλυσης αρτηριακής γραμμής που περιλαμβάνει:
 - N/S 0.9% 1000ml μέσα σε ασκό σύνθλιψης (πουάρ) με πίεση 150-200mmHg υψηλότερη από την μέση πίεση του ασθενούς
 - Μορφομετατροπέα (transducer)

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Ενημέρωση ασθενούς για την διαδικασία	Αύξηση συνεργασίας, μείωση άγχους
Εφαρμογή υγιεινής χειρών και ποδιά μιας χρήσεως	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Στην περίπτωση που επιλεχθεί η κερκιδική αρτηρία ως σημείο τοποθέτησης πρέπει να προηγηθεί διαδικασία «allen»	Με την διαδικασία «allen» διενεργείται αξιολόγηση της επαρκούς άρδρευσης της παλάμης του άνω άκρου και από τις δύο αρτηρίες (ωλένιο και κερκιδική)
Οργάνωση των υλικών μας και συγκέντρωση σε προσβάσιμη θέση	Προαγωγή αποτελεσματικότητας και εξοικονόμηση κινήσεων
Ανάλογα με την επιλογή της θέσης της παρακέντησης, γίνεται ευπρεπισμός της περιοχής	Για πρόληψη λοιμώξεων
Στη φάση αυτή ο γιατρός κάνει αντισηψία του δέρματος με διάλυμα χλωρεξιδίνης, τοπική αναισθησία, και στη συνέχεια διενεργεί τη παρακέντηση και εισάγει τον καθετήρα.	Σ' αυτό το σημείο απαραίτητη κρίνεται η καλή συνεργασία νοσηλεύτη – γιατρού.
Σταθεροποίηση του καθετήρα με ράμμα	Μείωση της πιθανότητας άθελης αφαίρεσης του καθετήρα
Σύνδεση με εξαερωμένο σύστημα έκπλυσης αρτηριακής γραμμής	
Καθαρισμός του σημείου εισόδου με αλκοολικό διάλυμα χλωρεξιδίνης 2% και	Πρόληψη μόλυνσης του σημείου της εισόδου και ορατότητα αυτού

κάλυψη αυτού με διάφανο αυτοκόλλητο επίθεμα	
Έλεγχος αν ο μορφομετατροπέας πίεσης είναι στο σωστό σημείο (στο επίπεδο δεξιού κόλπου-μέση μασχαλιαία γραμμή)	Ακριβείς μετρήσεις
Μηδενισμός στο monitor και έλεγχος κυματομορφής και ορίων στο monitor	Σύμφωνα με οδηγίες κατασκευαστή
Αναγραφή σε καθαρό σημείο την λέξη ΑΡΤΗΡΙΑ με κόκκινο μαρκαδόρο	Πρόληψη ενδαρτηριακής χορήγησης φαρμάκων
Αφαίρεση γαντιών και ποδιών	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων

Νοσηλευτική φροντίδα αρτηριακής γραμμής

ΥΛΙΚΑ

- Μάσκα
- Ποδιά μιας χρήσης
- Αποστειρωμένες γάζες
- Γάντια μη αποστειρωμένα
- Νεφροειδή
- Σύριγγα 10ml με N/S 0.9%
- Χλωρεξιδίνη 2%
- 3way, εάν δεν έχει το κύκλωμα
- Αυτοκόλλητο διάφανο επίθεμα
- Ανεξίτηλο κόκκινο μαρκαδόρο

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Ενημέρωση ασθενούς για την διαδικασία	Αύξηση συνεργασίας, μείωση άγχους
Εφαρμογή υγιεινής χειρών και ποδιά μιας χρήσεως	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Οργάνωση των υλικών μας και συγκέντρωση σε προσβάσιμη θέση	Προαγωγή αποτελεσματικότητας και εξοικονόμηση κινήσεων
Βεβαιώω ότι ο αρτηριακός καθετήρας είναι επαρκώς ακινητοποιημένος	Πρόληψη αιμορραγίας από κατά λάθος αφαίρεσης του
Έλεγχος κυματομορφής στην οθόνη παρακολούθησης	
Έλεγχος επάρκειας ορού που βρίσκεται υπό πίεση στο κλειστό κύκλωμα	Αποφυγή μόλυνσης του συστήματος
Κάθε 4 μέρες αλλαγή κλειστού κυκλώματος του μετατροπέα και του ορού υπό πίεση	Μείωση κινδύνου μόλυνσης και φλεγμονής
Χρησιμοποίηση συστήματος flush του μετατροπέα για ξέπλυμα της του κλειστού κυκλώματος	Διόρθωση κυματομορφής
Επιβεβαίωση ότι το κύκλωμα και όλες οι συνδέσεις είναι κλειστές	Εξασφάλιση σωστής λειτουργίας κυκλώματος και αποφυγή μολύνσεων και αιμορραγίας
Πριν από κάθε ενασχόληση με τον αρτηριακό καθετήρα ->εφαρμογή υγιεινής χειρών	Μείωση μικροβιακής επιμόλυνσης
Περιποίηση του σημείου εισόδου του αρτηριακού καθετήρα	Μείωση πιθανότητας επιμόλυνσης και εξασφάλιση ορθής λειτουργίας του καθετήρα

Λήψη αερίων αίματος από αρτηριακή γραμμή

ΥΛΙΚΑ

- Μάσκα
- Ποδιά μιας χρήσης
- Αποστειρωμένες γάζες
- Γάντια μη αποστειρωμένα
- Νεφροειδή
- Σύριγγα 5ml με N/S 0.9%
- Σύριγγα 2,5ml με ηπαρινισμένα τοιχώματα
- Σπρέι Χλωρεξιδίνη 2%
- 3way, εάν δεν έχει το κύκλωμα

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Υγιεινή χεριών και ποδιά μιας χρήσης	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Οργάνωση των υλικών μας και συγκέντρωση σε προσβάσιμη θέση	Προαγωγή αποτελεσματικότητας και εξοικονόμηση κινήσεων
Ψεκασμός με σπρέι χλωρεξιδίνης το 3way	
Τοποθέτηση σύριγγας 5 ml στο 3way Και αναρρόφηση προς τα πίσω μέχρι Να έρθει καθαρό αίμα	
Τοποθέτηση ηπαρινισμένης σύριγγας 2,5ml στο 3way και αναρρόφηση 2ml αρτηριακού αίματος	
Με την μέθοδο flush του μετατροπέα καθαρίζουμε από τα υπολείμματα αίματος το 3way προς το εξωτερικό χώρο.	
Κλείνουμε το 3way με καινούριο καπάκι	
Με την μέθοδο flush του μετατροπέα καθαρίζουμε τα υπολείμματα αίματος από τον σωλήνα προς την αρτηρία	
Εισαγωγή δείγματος στο μηχάνημα ανάλυσης	
Αντιγραφή αποτελεσμάτων στο νοσηλευτικό διάγραμμα	Ερμηνεία αποτελεσμάτων και ενημέρωση γιατρού

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΑΕΡΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

ΕΞΕΤΑΣΗ	ΑΡΤΗΡΙΑΚΟ	ΦΛΕΒΙΚΟ
Ph	7.35-7.45	7.31-7.42
PO ₂	80-100	30-50
PCO ₂	35-45	39-55
HCO ₃	22-29	22-28

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΑΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ-ΦΡΟΝΤΙΔΑ- ΛΗΨΗ ΑΕΡΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ
	ΚΛΙΝΙΚΗ
	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚ Α	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙ ΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝ Α ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4.Κερκιδική=διαδικασία “allen”			
5.Εφαρμογή αντισηψίας δέρματος			
6.Τοποθέτηση γραμμής (από γιατρό)			
7.Σταθεροποίηση – περιποίηση γραμμής			
8.Συνδεση με μορφομετατροπέα (εξαερωμένο κλειστό κύκλωμα)			
9.Ληψη αερίων αίματος			
10.Αφαίρεση γαντιών			
11.Εφαρμογή υγιεινής χεριών			
12.Ενημέρωση ασθενούς			
12.Καταγραφή αποτελεσμάτων στο νοσηλευτικό φύλλο νοσηλείας			
13.Αξιολόγηση – ενημέρωση γιατρού			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

4.16 Τοποθέτηση bullaw – Νοσηλευτική φροντίδα παροχέτευσης θώρακος

Συσκευές BULLAW ή αλλιώς Μονάδες Θωρακικής Παροχέτευσης (ΜΘΠ) είναι συσκευές οι οποίες χρησιμοποιούνται για την παροχέτευση αέρα ή υγρών που έχουν συγκεντρωθεί στην υπεζωκοτική κοιλότητα, με σκοπό την αποκατάσταση της αρνητικής πίεσης και την επανέκπτυξη του θώρακα. Αποτελούνται από έναν ή τρεις θαλάμους:

Α) Τον θάλαμο συλλογής (συνδέεται με τον σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης του ασθενή, με σκοπό να συλλέγει τα υγρά που προέρχονται από αυτόν)

Β) Την υδατοφραγή (είναι ο μεσαίος θάλαμος, ο οποίος επιτρέπει την έξοδο του αέρα από τη θωρακική κοιλότητα, προλαμβάνοντας την επανεισαγωγή του).

Γ) Το μανόμετρο αξιολόγησης του ασθενούς και συνδέεται με την πηγή αναρρόφησης

ΥΛΙΚΑ

- Τροχήλατο αλλαγής ή άλλη καθαρή επιφάνεια εργασίας
- Μονάδα Θωρακικής Παροχέτευσης (bullaw)
- Αναρρόφηση κενού αέρα (επιτοίχια ή φορητή)
- Γάντια καθαρά
- Γάντια αποστειρωμένα
- Στείρο διάλυμα WFI 500ml ή 1000ml
- Αποστειρωμένο σετ θωρακικής παροχέτευσης (ψαλίδι, βελονοκάτοχο, 2 λαβίδες κυρτές ισχυρές αιμοστατικές)
- Ξυραφάκι
- Αποστειρωμένα πεδία
- Υποαλλεργική αυτοκόλλητα ταινία 5 cm
- Αντισηπτικό διάλυμα
- Τοπικό αναισθητικό
- Γάζες αποστειρωμένες
- Καθετήρα αποστειρωμένο θωρακικής παροχέτευσης και εισαγωγή (trocar).
- Ράμματα μεταξύ 0-0 έως 2-0
- Αποστειρωμένο μαχαιρίδιο
- Σύριγγες και βελόνες για τοπική αναισθησία.

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Οργάνωση υλικού	Προαγωγή αποτελεσματικότητας
Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενούς	Πρόληψη λάθους
Επεξήγηση διαδικασίας στον ασθενή	Αύξηση συνεργασίας ,μείωση άγχους
Μέτρηση ζωτικών σημείων	Εξασφάλιση τιμών αναφοράς
Χορήγηση αναλγησίας σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Εξασφάλιση συνεργασίας του ασθενή, μείωση πόνου
Άνοιγμα συσκευής θωρακικής παροχέτευσης από την συσκευασία, τοποθέτηση αυτής κατακόρυφα και γέμισμα των διαμερισμάτων της με WFI σε ποσότητα που καθορίζεται από τον κατασκευαστή	
Εφαρμογή υγιεινής χειρών από το γιατρό Και αποστειρωμένων γαντιών	Διατήρηση αντισηψίας κατά διάρκεια των χειρισμών
Εφαρμογή τοπικής αναισθησίας	Μείωση του πόνου
Εισαγωγή του σωλήνα στην υπεζωκοτική Κοιλότητα	
Σύνδεση του καθετήρα εισαγωγής με την συσκευή παροχέτευσης διατηρώντας τα άκρα των συνδέσεων καθαρά	
Σταθεροποίηση σωλήνα με ράμμα και γίνεται επίδεση στο σημείο εισόδου του καθετήρα. Τοποθέτηση γαζών και επιθεμάτων (εφόσον υπάρχουν)	Εξασφάλιση της ασφάλειας της παροχέτευσης και της άνεσης του ασθενή.
Απομάκρυνση εξοπλισμού και απόρριψη των απορριμμάτων βάσει των κανονισμών του νοσοκομείου.	Σωστός διαχωρισμός απορριμμάτων
Αφαίρεση γαντιών	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Τοποθέτηση ασθενή άνετα στο κρεβάτι και εφαρμογή υγιεινής χειρών	Προαγωγή άνεσης ασθενή. Πρόληψη διασποράς μικροοργανισμών και μείωση του κινδύνου επιμόλυνσης άλλων αντικειμένων
Σημείωση της αιτιολογία του καθετηριασμού, τον τύπο και το μέγεθος του καθετήρα στο νοσηλευτικό φάκελο. Σωστή τεκμηρίωση	Σωστή τεκμηρίωση

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ BILLAW
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗ ΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙ ΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟ ΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Εφαρμογή αντισηψίας δέρματος			
5. Τοποθέτηση billaw (από γιατρό)			
6.Καθαρισμός,περιποίηση και σταθεροποίηση παροχέτευσης			
7.Αφαίρεση γαντιών			
8.Εφαρμογή υγιεινής χεριών			
9.ενημέρωση ασθενούς και τοποθέτηση σε άνετη θέση			
10.Καταγραφή αποτελεσμάτων στο νοσηλευτικό φύλλο νοσηλείας			
11.Αξιολόγηση- Ενημέρωση γιατρού			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

4.17 Προετοιμασία αρρώστου για μεταφορά προς εξέταση-διακομιδή

Ο βαρέως πάσχων ασθενής της ΜΑΦ μπορεί να μεταφερθεί εντός του νοσοκομείου για διενέργεια εξετάσεων στον αξονικό τομογράφο ή στο τομήμα υπερήχων αλλά και εκτός νοσοκομείου πχ για αεροδιακομιδή σε ΜΕΘ τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
Τοποθέτηση απαραίτητων διαλυμάτων έγχυσης(μετά από συνεννόηση με θεράποντα ιατρό) σε συσκευές μικροσταγόνων.	Απαραίτητη συνεχιζόμενη έγχυση σε κάποια φάρμακα
Σύνδεση αυτών στον ασθενή και αποσύνδεση αυτών από τις αντλίες έγχυσης λίγα λεπτά πριν την μεταφορά του	Σωστή λήψη - δοσολογία φαρμάκων . σταθεροποίηση αιμοδυναμικά – επαρκής καταστολή
Δέσιμο διαλυμάτων μεταφοράς με φακαρόλα	Σωστή σταθεροποίηση
Αποσύνδεση από το κεντρικό monitor και σύνδεση στο monitor μεταφοράς με το ΗΚΓ, παλμικό οξύμετρο, περιχειρίδα αναίμακτης αρτηριακής πίεσης	Εξασφάλιση συνεχιζόμενης αιμοδυναμικής παρακολούθησης. Το monitor μεταφοράς παραμένει στην πρίζα μέχρι να φύγει ο ασθενής
Ετοιμασία αναπνευστήρα μεταφοράς με τις κατάλληλες ρυθμίσεις. Ετοιμασία οβίδας O ₂	Ο φορητός αναπνευστήρας παραμένει στη πρίζα μέχρι να φύγει ο ασθενής
Άδειασμα ουροσυλλέκτη και μέτρηση ποσότητας ούρων	Καταγραφή ουρών στο διάγραμμα
Συνοδεία με τον ασθενή η ambu	Σε περίπτωση λανθασμένης αποσωλήνωσης
Ετοιμασία φαρμάκων ασφαλείας (αδρεναλίνη- ατροπίνη - προποφόλη)	Σύμφωνα πάντα με τις ιατρικές οδηγίες
Έλεγχος υλικών μετά την επιστροφή του ασθενούς	Μην χάθηκε ή χάλασε κάτι
Έλεγχος ασθενούς για τυχόν ανεπιθύμητες καταστάσεις	Κλινική εικόνα ασθενούς - αξιολόγηση
Σταθεροποίηση ασθενούς στην αρχική του κατάσταση	Σύνδεση σε αναπνευστήρα και επιτοίχιο κεντρικό monitor

4.18 Αλλαγή θέσης κατακεκλιμένου ασθενή

Οι αλλαγές θέσεις σε κατακεκλιμένο ασθενή βοηθούν στην αποφυγή δημιουργίας ελκών από πίεση, ενώ παράλληλα τους ανακουφίζουν. Απαραίτητη προσοχή των σωλήνων του αναπνευστήρα, των φλεβικών και αρτηριακών γραμμών, του ουροκαθετήρα και του Levin.

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Οργάνωση υλικού	Προαγωγή αποτελεσματικότητας
Επεξήγηση διαδικασίας στον ασθενή	Αύξηση συνεργασίας, μείωση άγχους
Μέτρηση ζωτικών σημείων	Εξασφάλιση τιμών αναφοράς
Χορήγηση αναλγησίας σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Εξασφάλιση συνεργασίας του ασθενή, μείωση πόνου
Τοποθέτηση το Levin σε παροχέτευση	Πρόληψη εισρόφησης
Τοποθέτηση κρεβατιού σε οριζόντια θέση	Διευκόλυνση κινητοποίησης επί κλίνης Προσοχή: ο ασθενής βρίσκεται στο κέντρο του κρεβατιού
Άνοιγμα σε ορθή γωνία το χέρι που βρίσκεται προς την πλευρά που θέλει ο νοσηλευτής να τον γυρίσει	
Ανασήκωμα αντίθετου ποδιού προς την πλευρά που θέλει να τον γυρίσει	
Κράτημα με το ένα χέρι το λυγισμένο πόδι από το γόνατο και το άλλο χέρι στον ώμο του ασθενούς	
Γύρισμα απαλά προς το μέρος που βρίσκεται ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας το σώμα του ασθενή ως μοχλό.	ΠΡΟΣΟΧΗ! ΜΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΗΝ ΜΕΣΗ ΤΟΥ
Τοποθέτηση μαξιλαριού στη πλάτη και ανάμεσα στα πόδια	Προαγωγή άνεσης ασθενή χωρίς σημεία πίεσης και ενόχλησης
Αφαίρεση γαντιών	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη διασποράς μικροοργανισμών και μείωση του κινδύνου επιμόλυνσης άλλων αντικειμένων
Σημείωση στο νοσηλευτικό φάκελο την ώρα της επί κλίνης κινητοποίησης	Σωστή τεκμηρίωση

4.19 Διαδικασία μετάγγισης αίματος και παραγώγων

I. Τι κάνει το νοσηλευτικό προσωπικό:

- Αναγνώριση του ασθενή:
 - Ερωτάται ο/η ασθενής: « Πως λέγεστε;», «Σας παρακαλώ πείτε μου το όνομα σας».
 - Να μην ερωτηθεί ο ασθενής: «είστε ο/η κ '.....';» γιατί πιθανόν ο ασθενής επειδή δεν άκουσε καλά να απαντήσει «ναι», ενώ δεν είναι.
 - Αν ο ασθενής δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον ζητούνται τα στοιχεία από συγγενή ή άλλο υπεύθυνο άτομο και αντιπαραβάλλονται με τα στοιχεία του στο διάγραμμα ή στο φάκελο του.
- Προσοχή με τους ασθενείς που υπάρχει πρόβλημα επικοινωνίας (π.χ. αλλοδαποί, άτομα χωρίς δυνατότητα επικοινωνίας.).
- Γίνεται σωστή λήψη του δείγματος από περιφερική φλέβα από την οποία δεν χορηγούνται διαλύματα ή φάρμακα.
- Λαμβάνονται τα σωληνάρια (τύπου γενικής αίματος) και ένα σωληνάριο με κόκκινο καπάκι που έχουν διανεμηθεί στα τμήματα.
- Γράφει (ή επικολλά) το όνομα και επώνυμο του ασθενή, το πατρώνυμο και την κλινική στην οποία νοσηλεύεται. Η αναγραφή αυτή γίνεται αμέσως μετά την αιμοληψία, δίπλα από το κρεβάτι του ασθενούς.
- Ο νοσηλευτής που κάνει την αιμοληψία να μη χρησιμοποιεί ποτέ προσημειωμένα σωληνάρια και να μην παίρνει αίμα από περισσότερο του ενός ασθενείς (να παίρνει από ένα μόνο ασθενή κάθε φορά).

II. Τι κάνει ο γιατρός:

- Έλεγχο ιστορικού ασθενή για :
 - Τυχόν γνωστή ομάδα, ABO και Rh
 - Τυχόν αντιδράσεις σε προηγούμενη μετάγγιση
 - Ιστορικό αλλεργίας
 - Ιστορικό κυήσεων, τοκετών, αποβολών σε γυναίκα ασθενή.
 - Αποφασίζει για μετάγγιση.
 - **Συμπληρώνει σωστά** το δελτίο προσδιορισμού ομάδας και μετάγγισης για την υπηρεσία Αιμοδοσίας (με ευκρίνεια και ακρίβεια), συμπληρώνοντας τα εξής στοιχεία: διάγνωση, ηλικία, ιστορικό προηγούμενων μεταγγίσεων, και για γυναίκες ιστορικό κυήσεων, τοκετών, αποβολών.
 - Προσδιορίζει επακριβώς το είδος και τον αριθμό των παραγώγων τα οποία αιτείται.
 - Το δελτίο αίτησης αίματος ή παραγώγων που ετοίμασε ο γιατρός, αφού το υπογράψει και σφραγίσει υπογράφεται και από το νοσηλευτή που έκανε την λήψη δειγμάτων αίματος.
- ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Το Τμήμα Αιμοδοσίας διατηρεί το δικαίωμα να μην δεχτεί παραπεμπτικά με ελλιπή στοιχεία τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε λάθος στην εξέλιξη της διαδικασίας και να ζητήσει επανάληψη.

A) Προετοιμασία πριν τη μετάγγιση

- Πλύνετε τα χέρια σας και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα.
- Χορηγήστε το αίμα σε 20 λεπτά μετά την παραλαβή του από την τράπεζα αίματος ώσπου να έρθει σε θερμοκρασία περιβάλλοντος. Τους θερινούς μήνες μεταγγίστε σε 15 λεπτά από την παραλαβή της φιάλης.
- Ελέγξτε την ημερομηνία λήξης του αίματος και των παραγώγων.
- Ελέγξτε οπτικά το αίμα ή τα παράγωγά του, που πρόκειται να μεταγγίσετε, για φυσαλίδες, αλλοίωση χροιάς και θολερότητα. Επίσης, ελέγξτε τη μονάδα για ρωγμές.
- Ανακινείτε προσεκτικά αρκετές φορές τη μονάδα του αίματος ή παραγώγου που πρόκειται να χορηγήσετε.
- Τοποθετείστε τη συσκευή μετάγγισης, κρεμάστε τη μονάδα στο στατό και κρατώντας το τελικό άκρο της αφαιρέστε τον αέρα (μέσα σε νεφροειδές) προσέχοντας να διατηρηθεί αποστειρωμένο.
- Τοποθετήστε το αίμα με τη συσκευή σε ένα καθαρό νεφροειδές προσέχοντας να μην εκτεθεί το τελικό άκρο της συσκευής και επιμολυνθεί.
- Επιβεβαιώστε εκ νέου τη συμβατότητα της ομάδας αίματος και πηγαίνετε στον ασθενή.

B) Έναρξη χορήγησης

- Ενημερώστε τον ασθενή ή τον συνοδό για τη διαδικασία της μετάγγισης και εξηγήστε του να ενημερώσει άμεσα αν εμφανίσει οποιοδήποτε σύμπτωμα.
- Οποσδήποτε πριν αρχίσει η μετάγγιση και ιδιαίτερα αν πρόκειται για άτομο που μεταγγίζεται για πρώτη φορά, ενημερώνεται να αποφύγει τη λήψη τροφής πριν και κατά τη διάρκεια της μετάγγισης.
- Γίνεται κλινική εκτίμηση του ασθενή. Έλεγχος ζωτικών σημείων συμπεριλαμβανόμενης και της θερμοκρασίας. Αποφύγετε να μεταγγίσετε ασθενή με πυρετό.
- Κρεμάστε τη μονάδα του αίματος στο στατό, 1 μέτρο περίπου πάνω από το επίπεδο της καρδιάς του ασθενή
- Τα ερυθρά αιμοσφαίρια χορηγούνται με βραδύ ρυθμό τα πρώτα 15-30 λεπτά, παρακολουθώντας τον ασθενή για εμφάνιση αντιδράσεων. Μετά από 15-30 λεπτά, επανελέγξτε τα ζωτικά σημεία και ρυθμίστε το ρυθμό έγχυσης σε 60-80 σταγόνες το λεπτό. Σε οξεία μαζική αιμορραγία μπορούν να χορηγηθούν σε χρονικό διάστημα 5-10 λεπτών.
- Μη χορηγείται ταυτόχρονα άλλα φάρμακα ή διαλύματα.
- Παραμείνετε κοντά στον ασθενή που μεταγγίζεται τουλάχιστον τα πρώτα 15 λεπτά για να εξασφαλιστεί η έγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν αντιδράσεων που συνήθως εμφανίζονται.

Γ) Παρακολούθηση

- Παρατηρείστε πολύ προσεκτικά τον ασθενή ανά τακτά διαστήματα και ενημερώνετε τον γιατρό για κάθε δυσχέρεια που εμφανίζεται, για την έγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών.
- Η μέτρηση ζωτικών πρέπει να επαναλαμβάνεται εκ νέου σε **30 λεπτά** μετά την έναρξη της μετάγγισης και σε κάθε μονάδα που χορηγείται.

- Μετράτε και καταγράφετε την Κ.Φ.Π. σε ασθενείς με προβλήματα κυκλοφοριακής υπερφόρτωσης.
- Καταγράψτε στο διάγραμμα του ασθενή την ημερομηνία της μετάγγισης και οπωσδήποτε ενημερώστε την κάρτα νοσηλείας του, (χρόνος χορήγησης, στοιχεία μονάδας, χρόνος λήξης, ζωτικά σημεία πριν, κατά και μετά την μετάγγιση, οποιαδήποτε αντίδραση ή επιπλοκή).
- **Σε περίπτωση οποιασδήποτε αντίδρασης κατά τη μετάγγιση, συμπληρώνεται το χαρτί ανεπιθύμητων αντιδράσεων από τον υπεύθυνο ιατρό και αποστέλλεται στην Αιμοδοσία μαζί με τη μονάδα που χρησιμοποιήθηκε, για έλεγχο καθώς και νέα δείγματα αίματος από τον ασθενή.**
- Σε περίπτωση ακύρωσης της μετάγγισης επιστρέψτε τη μονάδα εγκαίρως στην Αιμοδοσία.
- Μετά τη μετάγγιση επιστέφεται η άδεια μονάδα στην Αιμοδοσία

4.20 Έλεγχος και περιορισμός της διασποράς πολυανθεκτικών μικροβίων

- Το προσωπικό πρέπει να λαμβάνει προφυλάξεις επαφής κατά την φροντίδα του ασθενούς: να χρησιμοποιεί προστατευτική μπλούζα μιας χρήσεως, μη αποστειρωμένα γάντια, σκούφο και ποδονάρια (αν δεν υπάρχουν εναλλακτικά υποδήματα)
- Απόρριψη όλων αυτών σε κάδο μολυσματικών απορριμμάτων πριν την έξοδο από το θάλαμο του ασθενούς (αν υπάρχει ξεχωριστός χώρος και όχι ενιαίος όπως είναι στην δική μας ΜΑΦ)
- Τήρηση αυστηρών κανόνων υγιεινής χεριών πριν και μετά την ενασχόληση με τον ασθενή
- Χρήση πάντοτε αντισηπτικού διαλύματος στα χέρια πριν και μετά την αφαίρεση των γαντιών, όπως και πριν και μετά από κάθε επαφή με τον ασθενή αν δε χρησιμοποιηθούν γάντια
- Ο νοσοκομειακός εξοπλισμός που χρησιμοποιείται στο συγκεκριμένο ασθενή πρέπει να είναι αποκλειστικής χρήσης και να απολυμαίνεται καθημερινά. Οπωσδήποτε γίνεται απολύμανση αυτού εφόσον χρησιμοποιηθεί σε άλλον ασθενή
- Ο χρησιμοποιημένος ιματισμός συλλέγεται προσεκτικά και τοποθετείται σε σάκους μολυσματικού ιματισμού με την κόκκινη ρίγα ή σε χωριστό υδατοδιαλυτό σάκο
- Η αίθουσα της ΜΑΦ (δάπεδα, επιφάνειες, έπιπλα, τροχήλατα, πρεβάζια, πόμοια κτλ.) πρέπει να απολυμαίνονται καθημερινά με διάλυμα χλωρίνης ή άλλο απολυμαντικό
- Αποκλειστική χρήση υλικών καθαριότητας για το χώρο μόνο της ΜΑΦ
- Οι μετακινήσεις του προσωπικού θα πρέπει να περιορίζονται στις απολύτως απαραίτητες
- Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ασχολείται μόνο με αυτά τα περιστατικά. Σε περίπτωση που αυτό δεν είναι εφικτό, επιβάλλεται η αυστηρή τήρηση όλων των μέτρων πριν την ενασχόληση με άλλους ασθενείς (μέτρα ατομικής προστασίας, σωστή τεχνική υγιεινής χεριών)

4.21 Φροντίδα και υγιεινή σώματος ασθενούς – λουτρό – λούσιμο- στοματική κοιλότητα

Η παροχή της υγιεινής σώματος στο βαρέως πάσχοντα ασθενή είναι βασική νοσηλευτική πράξη φροντίδας, με σκοπό να διατηρηθεί η καθαριότητα του δέρματος απομακρύνοντας νεκρά κύτταρα και μειώνοντας τις πιθανότητες αποικισμού από μικρόβια. Με αυτό τον τρόπο διατηρείται η αξιοπρέπεια και η καλαισθησία του ασθενή καθώς είναι αδύνατον να αυτοεξυπηρετηθεί.

Η διαδικασία της υγιεινής σώματος του βαρέως πάσχοντος επιβάλλεται να γίνεται με γνώμονα την κατάσταση του ασθενή τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, διαφυλάσσοντας την αξιοπρέπεια και την ιδιωτικότητά του.

Η υγιεινή σώματος των ασθενών περιλαμβάνει το λουτρό σώματος, περινεϊκής περιοχής, λούσιμο κεφαλής, περιποίηση στοματικής κοιλότητας, περιποίηση προσώπου, αυτιών, οφθαλμών, ονύχων και αλλαγή του ιματισμού. Όλα γίνονται καθημερινά εκτός από το λούσιμο της κεφαλής που γίνεται τουλάχιστον μια φορά εβδομαδιαίως.

ΥΛΙΚΑ

Για το λουτρό σώματος /περινέου:

- Τροχήλατο
- Λεκάνη με νερό (η θερμοκρασία του νερού είναι αντιστρόφως ανάλογη της θερμοκρασίας του ασθενή)
- Σφουγγαράκι μιας χρήσεως
- Σαπούνι με ουδέτερο pH
- Πετσέτα
- Καθαρός ιματισμός
- Καρότσι για τον ακάθαρτο ιματισμό
- Κρέμα ενυδάτωσης σώματος
- Υλικά περιποίησης κατακλίσεων
- Ποδιά μιας χρήσης
- Γάντια μιας χρήσης
- Μάσκα
- Υποσέντονα μιας χρήσης

Για το λούσιμο κεφαλής:

- Σκούφος λουσίματος μιας χρήσης
- Πάνα
- Χτένα
- Λάστιχο (εφόσον ο ασθενής έχει μακριά μαλλιά)

Καθ' όλη την διάρκεια της διαδικασίας της περιποίησης παρακολουθούμε Αιμοδυναμικά τον ασθενή (Αρτηριακή Πίεση, sPO₂)

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας:

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
Επιλογή του αριθμού των μελών της ομάδας και καταμερισμός εργασιών	Κριτήριο της επιλογής ο σωματότυπος του ασθενή καθώς και οι ιατρικές οδηγίες για την σωστή κινητοποίηση του
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Οργάνωση υλικού	Προαγωγή αποτελεσματικότητας
Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενούς	Πρόληψη λάθους
Επεξήγηση διαδικασίας στον ασθενή	Αύξηση συνεργασίας ,μείωση άγχους
Γάντια- ποδιά μιας χρήσης	Πρόληψη έκθεσης σε βιολογικά υγρά
Μέτρηση ζωτικών σημείων	Εξασφάλιση τιμών αναφοράς
Χορήγηση αναλγησίας σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, εάν κρίνεται απαραίτητη	Εξασφάλιση συνεργασίας του ασθενή, μείωση πόνου
Ευθειασμός κλίνης	Επιτρέπει την επισκόπηση μεγαλύτερης επιφάνειας σώματος και την ευκολότερη κινητοποίηση αριστερά και δεξιά
Τοποθέτηση σκούφου λουσίματος (αν είναι μέρα λουσίματος)	Μέχρι το τέλος όλης της διαδικασίας Του λουτρού σώματος, να έχουν βραχεί και σαπουνιστεί τα μαλλιά
Έναρξη καθαρισμού από τα καθαρά στα λιγότερα καθαρά σημεία του σώματος	Αποφυγή μετάδοσης ρύπων και μικροβίων σε καθαρά μέρη
Ήπιες κυκλικές κινήσεις (και με το σφουγγάρι και με τη πετσέτα)	Τοπική υπεραιμία
Καθαρισμός περινεϊκής χώρας τελευταία	Είναι η πιο πλούσια σε μικρόβια και ρύπους περιοχή του σώματος
Στη περινεϊκή περιοχή εφαρμογή κινήσεων από μπροστά προς τα πίσω και σε κάθε κίνηση αλλαγή σφουγγαριού ή γάζας	Αποφυγή μεταφοράς μικροβίων από τον πρωκτό προς την ουρήθρα και τον κόλπο ή το όσχεο
Ύψωση πλαϊνών προστατευτικών προς την πλευρά που θα γυρίσει ο ασθενής	Ασφάλεια για τον ασθενή
Πόδια σε απαγωγή- το ένα μπροστά από το άλλο, λύγισμα ελαφρώς των γονάτων	Καλύτερη στήριξη του σώματος και μικρότερη επιβάρυνση της σπονδυλικής στήλης του νοσηλευτή
Τοποθέτηση αριστερού χεριού του νοσηλευτή στον απομακρυσμένο ώμο του ασθενή και του δεξιού χεριού στο απομακρυσμένο ισχίο του ασθενή	
Γύρισμα του ασθενή προς το μέρος του νοσηλευτή	
Επισκόπηση ραχιαίας επιφάνειας του	Αναγνώριση ανωμαλιών

ασθενή από τον δεύτερο νοσηλευτή	
Καθαρισμός με ήπιες κυκλικές κινήσεις	Τοπική υπεραιμία
Περιποίηση κατακλίσεων εφόσον υπάρχουν	Προαγωγή αποτελεσματικότητας
Επάλειψη με ενυδατική λοσιόν τα σημεία με συνεχούς επαφή με το στρώμα	Αποφυγή ξηροδερμίας- υπεραιμία κατά την επάλειψη
Μάζεμα ακάθαρτου ιματισμού προς το σώμα του ασθενή και στρώσιμο καθαρού ιματισμού μαζεύοντας σε ρολό το τμήμα του σεντονιού που θα επεκταθεί μέχρι την απέναντι πλευρά	Ελαχιστοποίηση των κινητοποιήσεων του ασθενούς
Γύρισμα ασθενούς προς την άλλη πλευρά με τις ίδιες ενέργειες	
Απελευθέρωση λερωμένων σεντονιών και στρώσιμο των καθαρών	Ολοκλήρωση στρωσίματος
Τακτοποίηση συνδέσεων προς τον ασθενή(καλώδια monitoring , αναπνευστικός σωλήνας,foley, Levin, παροχετεύσεις κτλ.)	Αποκλεισμός κάθε πιθανότητας αποσύνδεσης
Αφαίρεση σκούφου λουσίματος, χτένισμα μαλλιών και περιποίηση προσώπου (πλύσιμο οφθαλμών, αυτιών, στοματικής κοιλότητας*)	
Τοποθέτηση ασθενή στην αρχική του θέση	Η κατάλληλη θέση είναι εξατομικευμένη για κάθε ασθενή ανάλογα με τα προβλήματα και τις ανάγκες του
Αφαίρεση γαντιών	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Εφαρμογή υγιεινής χεριών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Ενημέρωση νοσηλευτικού φακέλου για τυχόν κατακλίσεις ,εκδορές κτλ	Μέτρο καθημερινής σύγκρισης

*Φροντίδα στοματικής κοιλότητας:

- Οδοντόβουρτσα με αναρρόφηση για αποφυγή εισρόφησης με διάλυμα chlorhexidine 2% (μείωση της αύξησης των μικροοργανισμών στη στοματική κοιλότητα)
- Βουρτσάκι με σπόγγο για τον καθαρισμό των υπολοίπων μαλακών ιστών του στόματος (μείωση κινδύνου βλάβης του δέρματος, αλλά και βελτίωσης του ασθενούς)
- Αλλαγή φακαρόλας (σε περίπτωση διασωληνωμένου ασθενή)

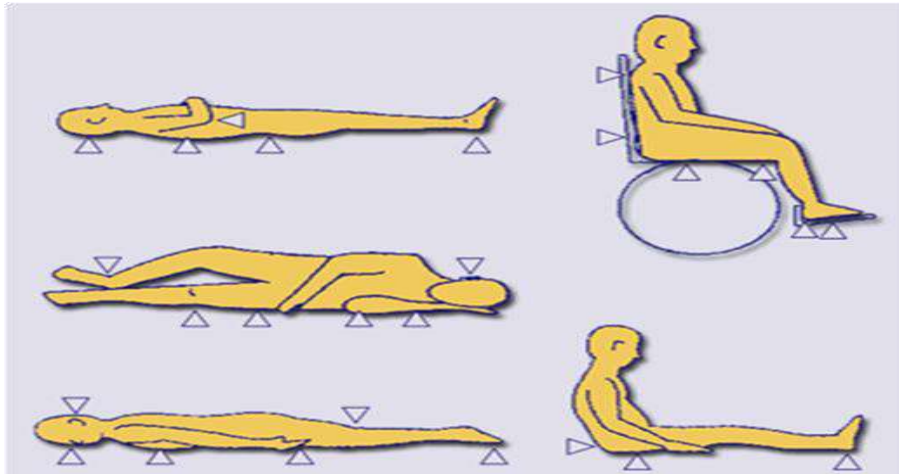
	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ- ΛΟΥΤΡΟ-ΛΟΥΣΙΜΟ-ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ		
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ		

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕ ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4.Ευθαιασμός κλίνης			
5. Τοποθέτηση σκούφου λουσίματος			
6.Καθαρισμός σώματος με ήπιες κυκλικές κινήσεις			
7.Καθαρισμός περινεϊκής περιοχής			
8.Σωστή θέση σώματος για κινητοποίηση ασθενούς στο πλάι			
9.καθαρισμός σώματος από πίσω – περιποίηση κατακλίσεων			
10.Ενυδάτωση δέρματος ασθενούς			
11.Αλλαγμα κλινοσκεπασμάτων κι αφαίρεση ακάθαρτων			
12.Τοποθέτηση σε σωστή θέση και συνδεση με monitor			
13.Αφαίρεση σκούφου λουσίματος – Χτένισμα			
14.Περιποίηση στοματικής κοιλότητας- προσώπου-αυτιών-άλλαγμα φακαρόλας			
15.Απομάκρυνση ακάθαρτου υλικού			
16.Αφαίρεση γαντιών			
17.Εφαρμογή υγιεινής χεριών			
18.Ενημέρωση νοσηλευτικού φακέλου για εκδορές- έλκη-κατακλίσεις			

4.22 Περιποίηση κατακλίσεων

Κατάκλιση (bedsore - pressuresore) χαρακτηρίζεται η κυτταρική νέκρωση μιας περιοχής του σώματος που προκαλείται από διακοπή της μικροκυκλοφορίας στους ιστούς αυτής

της περιοχής.



Πιθανά σημεία εμφάνισης:

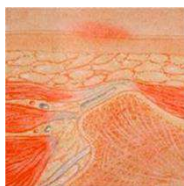
- Πτέρνες
- Ιεροκοκκυγική χώρα σπονδυλικής στήλης
- Ισχιακό κύρτωμα μηριαίου οστού
- Πτερύγια αυτιών
- Ινιακό οστό κεφαλής
- Ωμοπλάτες
- Αγκώνες

Ομάδες υψηλού κινδύνου:

- Ηλικιωμένα άτομα
- Ασθενείς με διαταραχές θρέψης, βαριά αναιμία, Χ.Α. Ανεπάρκεια
- Καρκινοπαθείς, σακχαρώδης διαβήτης
- Κατάγματα λεκάνης, σπονδυλικής στήλης και κάτω άκρων
- Νευροχειρουργικοί ασθενείς
- Ασθενείς εντατικών μονάδων
- Άτομα με τετραπληγία και παραπληγία

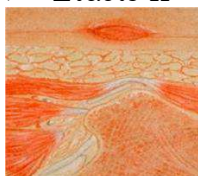
Στάδια κατακλίσεων:

- Στάδιο I



Παρατεταμένη ερυθρότητα μιας δερματικής περιοχής μετά την ανακούφισή της από την πίεση. Σημαντικοί δείκτες της εκτίμησης του δέρματος είναι η εμφάνιση: θερμότητας, οιδήματος, σκληρότητας (έλλειψη ελαστικότητας).

- Στάδιο II



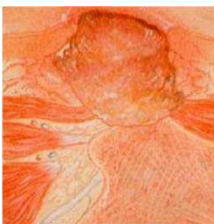
Λύση της συνέχειας της επιδερμίδας και του δέρματος. Το έλκος είναι επιφανειακό και εμφανίζεται με τη μορφή εκδοράς ή φυσαλίδας ή ως αβαθής κρατήρας.

➤ Στάδιο III



Πλήρης καταστροφή του δέρματος που επεκτείνεται έως τον υποδόριο και τον λιπώδη ιστό. Το έλκος εμφανίζεται ως βαθύς κρατήρας με ή χωρίς εκκρίσεις (εξίδρωμα). Επίσης μπορεί να περιέχει νεκρωμένους ιστούς.

➤ Στάδιο IV



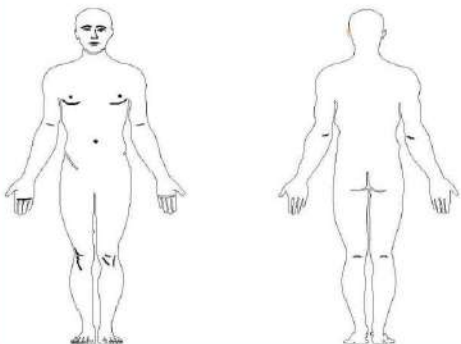
Πλήρης καταστροφή του δέρματος/ υποδόριου/λιπώδους ιστού, που επεκτείνεται έως τον μυϊκό ιστό, τους τένοντες, τα οστά και τις αρθρώσεις. Το έλκος εμφανίζεται ως βαθύς κρατήρας με ή χωρίς εκκρίσεις (εξίδρωμα). Επίσης μπορεί να περιέχει νεκρωμένους ιστούς

Πρόληψη:

- Συστηματική παρακολούθηση, τουλάχιστον τρεις φορές την ημέρα, του δέρματος του ασθενή δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στα προεξέχοντα μέρη του σώματος.
- Αλλαγή θέσεως κάθε 2 ώρες χρησιμοποιώντας όλες τις θέσεις (ύπτια, πρηνής, δεξιά, πλάγια, αριστερή πλάγια) εκτός αν υπάρχει αντένδειξη.
- Μετατόπιση του βάρους σώματος τουλάχιστον κάθε 30 λεπτά, με ανάλογες κινήσεις του κρεβατιού.
- Ελαφρό μασάζ γύρω από τα σημεία ερυθρότητας ανά 2 ώρες.
- Χρησιμοποίηση συστημάτων υποστήριξης για να ελαττωθεί η πίεση στο δέρμα όπως μαξιλάρια και στρώματα εναλλασσόμενης πίεσης
- Κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενή με τα αναγκαία μαξιλάρια και υποστηρίγματα.
- Συνεχής αξιολόγηση της αιμάτωσης της περιοχής. Αν ο χρόνος που χρειάζεται η εξέρυθρη περιοχή για να γίνει ωχρή μετά από άρση πίεσης είναι μεγαλύτερη από 15 λεπτά, απαιτείται φροντίδα για την αύξηση της συχνότητας των αλλαγών θέσεως.
- Φροντίδα ώστε οι περιδέσεις και οι επίδεσμοι να είναι κατάλληλα τοποθετημένοι και όχι σφιχτά εφαρμοσμένοι.
- Τα σεντόνια πρέπει να διατηρούνται στεγνά και χωρίς πτυχώσεις.
- Επαρκής χορήγηση υγρών στον ασθενή.
- Χρησιμοποίηση ουδέτερου σαπουνιού καθαριότητας.
- Τοποθέτηση λεπτού στρώματος κρέμας, γαλακτώματος ή λοσιόν ενυδάτωσης μια φορά την ημέρα.
- Διατήρηση του δέρματος στεγνού και καθαρού.
- Προστασία του δέρματος από εκκρίσεις τραυμάτων.
- Προστασία του δέρματος από την επαφή με ούρα και κόπρανα. Άμεση

- απομάκρυνση αυτών μετά από ούρηση και κένωση αντίστοιχα.
- Αύξηση σωματικής δραστηριότητας, ενεργητικής και παθητικής
 - Φροντίδα για μείωση οιδημάτων εάν υπάρχουν.
 - Διατήρηση καλού επιπέδου θρέψης.
 - Εάν υπάρχει κνησμός εφαρμογή μέτρων ύφεσης του όπως ψυχρά επιθέματα στα σημεία κνησμού και κομμένα νύχια για αποφυγή τραυματισμού του
 - Αν ο ασθενής είναι παχύσαρκος, προσοχή στις πτυχές της κοιλιάς, τη μεσογλουτιαία σχισμή, τους μαστούς.

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ- ΛΟΥΤΡΟ-ΛΟΥΣΙΜΟ-ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ
	ΚΛΙΝΙΚΗ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ	

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ														
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ														
Επώνυμο:				Όνομα:				Πατρώνυμο:						
Διάγνωση:														
Ηλικία:		Συνοδές παθήσεις:												
Ημ/νία εισαγωγής:				Ημ/νία εξόδου:										
Έκβαση νόσου:				Ίαση-βελτίωση:				Στάσιμη:				Επιδείνωση:		
ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ							ΣΤΑΔΙΟ		ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ					
									Στάδιο I: Παρατεταμένη ερυθρότητα μιας δερματικής περιοχής μετά την ανακούφιση της από την πίεση. Σημαντικοί δείκτες της εκτίμησης του δέρματος είναι η εμφάνιση: θερμότητας, οίδηματος, σκληρότητας (έλλειψη ελαστικότητας). Στάδιο II: Λύση της συνέχειας της επιδερμίδας και του δέρματος. Το έλκος είναι επιφανειακό και εμφανίζεται με τη μορφή εκδοράς ή φυσαλίδας ή ως αβαθής κρατήρας. Στάδιο III: Πλήρης καταστροφή του δέρματος που επεκτείνεται έως τον υποδόριο και τον λιπώδη ιστό. Το έλκος εμφανίζεται ως βαθύς κρατήρας με ή χωρίς εκκρίσεις (εξιδρώμα). Επίσης μπορεί να περιέχει νεκρωμένους ιστούς. Στάδιο IV: Πλήρης καταστροφή του δέρματος/ υποδόριου/λιπώδους ιστού, που επεκτείνεται έως τον μυϊκό ιστό, τους τένοντες, τα οστά και τις αρθρώσεις. Το έλκος εμφανίζεται ως βαθύς κρατήρας με ή χωρίς εκκρίσεις (εξιδρώμα). Επίσης μπορεί να περιέχει νεκρωμένους ιστούς.					
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ														
ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ														
Κυκλώστε αναλόγως (N = Ναι, O = Όχι)														
ΝΕΚΡΩΜΕΝΟΙ ΙΣΤΟΙ	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Αποδυναμωμένοι κίτρινοι ιστοί	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Εσχάρα υγρή	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Εσχάρα στεγνή	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΕΞΙΔΡΩΜΑ	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Ορώδες	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Οροαιματηρό	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Πυώδες	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΟΣΜΗ	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΠΟΝΟΣ	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΚΟΚΚΙΟΠΟΙΗΣΗ	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΕΠΙΘΗΛΙΟΠΟΙΗΣΗ	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΔΕΡΜΑ:														
Στεγνό	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Υγρό	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Οιδηματώδες	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Ερυθρό	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Αιμάτωμα	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Σκληρό	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΥΠΟΓΡΑΦΗ														

4.23 Νοσηλευτική παρακολούθηση σε άρρωστο με μηχανικό αερισμό

Η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής αποτελεί τη μοναδική απόλυτη ένδειξη εισαγωγής στη ΜΕΘ/ΜΑΦ. Αποτελεί θεραπευτική παρέμβαση που από την μία σώζει ζωές και από την άλλη, αν δεν εφαρμοστεί σωστά μπορεί να δημιουργήσει επιπλέον βλάβη στον ασθενή ο οποίος τελικά μπορεί να καταλήξει από αυτήν.

Ο ρόλος του νοσηλευτή ξεκινάει πριν ακόμη εφαρμοστεί ο μηχανικός αερισμός. Οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν την ενημέρωση, την ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου και τη ρύθμιση του αναπνευστήρα, σύμφωνα με τις οδηγίες των γιατρών καθώς και της κατασκευάστριας εταιρείας.

Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής απαιτεί τη συστηματική συλλογή και αξιολόγηση πληροφοριών και δεδομένων από τη συνεχή παρακολούθηση (monitoring) του αναπνευστικού, του καρδιαγγειακού και του νευρικού συστήματος.

Μετά τον καθορισμό των αρχικών ρυθμίσεων του αναπνευστήρα απαιτείται:

- Έλεγχος επάρκειας αερισμού και οξυγόνωσης: ο πιο γρήγορος και ακριβής τρόπος για να αξιολογηθεί η επάρκεια της οξυγόνωσης και η απομάκρυνση του διοξειδίου του άνθρακα είναι ο έλεγχος των αερίων αίματος που πρέπει να γίνεται 20-30 λεπτά μετά από οποιαδήποτε αλλαγή στις παραμέτρους του αναπνευστήρα. Οι επιθυμητές τιμές των αερίων αίματος είναι πάνω από 65mm Hg.
- Έλεγχος των παραμέτρων του αναπνευστήρα.
- Μέτρηση του εισπνεόμενου και εκπνεόμενου όγκου κάθε ώρα: μία απότομη πτώση του εκπνεόμενου όγκου δείχνει ότι στο σύστημα υπάρχει διαρροή (αποσύνδεση κάποιου σωλήνα στο κύκλωμα του αναπνευστήρα και αφαίρεση του σωλήνα κατά τη μετακίνηση του αρρώστου) ή όταν συνδυάζεται με απότομη αύξηση των πιέσεων πιθανή απόφραξη (που μπορεί να οφείλεται σε πύγματα αίματος ή εκκρίσεις μέσα στον τραχειοσωλήνα) πνευμοθώρακα, βρογχόσπασμο ή ανταγωνισμό του αρρώστου με τον αναπνευστήρα.
- Καταγραφή της θέσης του ενδοτραχειακού σωλήνα (πχ 24cm στα χείλη)
- Τοποθέτηση φίλτρου στη κασέτα εκπνοής του αναπνευστήρα
- Καθημερινά ή κατ' ανάγκη συχνότερη αλλαγή του φίλτρου μεταξύ του αναπνευστήρα και του ασθενή
- Εκτέλεση τραχειακής αναρρόφησης: η αναρρόφηση πρέπει να πραγματοποιείται τόσο συχνά όσο είναι απαραίτητο, προκειμένου να διατηρείται η βατότητα του σωλήνα. Δεν πρέπει να διαρκεί πάνω από 15-20sec.
- Καταγραφή του ποσού και του χρώματος των βρογχικών εκκρίσεων: εκκρίσεις αφρώδεις, άφθονες και ροδόχροες μπορεί να προειδοποιούν για πιθανή εμφάνιση πνευμονικού οιδήματος. Εκκρίσεις δύσσομες και πολλές φορές χρωματισμένες μπορεί να προειδοποιούν για έναρξη πνευμονικής λοίμωξης. Εκκρίσεις πυκνές, κολλώδεις και κολλώδεις μπορεί να καθοδηγήσουν τον νοσηλευτή στην εφαρμογή μεθόδων υγροποίησης (ενστάλαξη φυσιολογικού ορού ή τοποθέτηση υγραντήρα).
- Μέτρηση πίεσης του θαλάμου (cuff) και καταγραφή κάθε 8 ώρες: η ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται κατά τις απότομες μεταβολές της θερμοκρασίας του σώματος (η συστολή ή διαστολή του περιεχόμενου στο cuff αέρα επηρεάζει αντίστοιχα τις πιέσεις).
- Καταγραφή CVP :η μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης (CVP) στον ασθενή υπό μηχανικό αερισμό, πρέπει να γίνονται στο τέλος της εκπνοής με επιβεβαίωση του σημείου 0.

- Τιτλοποίηση της δόσης κατασταλτικών φαρμάκων, σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες
- Προσπάθεια επικοινωνίας του αρρώστου που βρίσκεται υπό μηχανικό αερισμό, με το προσωπικό της ΜΑΦ και τους συγγενείς του: εάν ο ασθενής διατηρεί τον προσανατολισμό του και είναι ικανός, του δίνονται υλικά για γράψιμο. Μπορεί επίσης να του δοθεί ένας πίνακας με εικόνες ή το αλφάβητο έτσι ώστε, δείχνοντας τα γράμματα, να ερμηνεύονται οι ανάγκες του. Όλο το προσωπικό της ΜΑΦ πρέπει πάντοτε να θεωρεί δεδομένο ότι ένας αναισθητος ασθενής είναι ικανός να ακούει και γι' αυτό θα πρέπει να είναι όλοι πολύ προσεκτικοί για ότι συζητείται δίπλα στο κρεβάτι του, ακόμα και αν ο ασθενής φαίνεται κατασταλαμένος (Brilliet. al, 2001, Manthous, 2004, Durairajet. al, 2005 Παπακωνσταντίνου, 2006, Jurban, 2012).

4.24 Νοσηλευτική φροντίδα περιστατικού ανά βάρδια

- Έλεγχος παραμέτρων αναπνευστήρα, alarms monitor, ambu, cuff ενδοτραχειακού ή τραχειοστόμιου, φαρμακευτικής αγωγής, ιατρικών οδηγιών
- Καθαρισμός προσώπου, ματιών, στόματος, τραχειοστομίας – αλλαγή φακαρόλας αν χρειάζεται, έλεγχος θέσης Levin
- Ρυθμός εργασιών – παρεμβάσεων – νοσηλεία
- Κινητοποίηση ασθενούς – αλλαγή θέσης - περιποίηση κατακλίσεων εφόσον απαιτείται
- Υλικό - εφοδιασμός από αποθήκη – καταγραφή αν τυχόν λείπει κάτι και ενημέρωση προϊστάμενου
- Stock ναρκωτικών φαρμάκων
- Καρότσι απινιδωτή (απινιδωτής- φάρμακα- λαρυγγοσκόπια)
- Τακτοποίηση χώρου ιδίως πριν το επισκεπτήριο
- Ετοιμασία ετικετών φιαλιδίων αιμοληψιών – λήψη δειγμάτων από την νυχτερινή βάρδια κατά τις 6πμ.
- Καθημερινός ακτινολογικός έλεγχος (α/α θώρακος επί κλίνης)
- Κάθε δεύτερη μέρα ΗΚΓ
- Περιποίηση σώματος – αλλαγή ιματισμού σε καθημερινή πρωινή βάση (και σε οποιαδήποτε άλλη βάρδια αν κρίνεται απαραίτητο)
- Κάθε βδομάδα λούσιμο κεφαλής
- Τακτοποίηση χώρου ασθενούς και κομοδίνων κατά την παράδοση της βάρδιας
- Ο προϊστάμενος είναι υπεύθυνος για την χρέωση των φαρμάκων – υλικού – ΜΑΠ – είδη καθαριότητας καθώς και για την εύρυθμη λειτουργία του τμήματος

4.25 Μεταθανάτια νοσηλευτική φροντίδα

Η μεταθανάτια νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τις παρακάτω διαδικασίες:

- Διαπίστωση του θανάτου
- κλινική εξακρίβωση από τον ιατρό.
- Ανακοίνωση του θανάτου από τον ιατρό στους συγγενείς.
- Ψυχολογική στήριξη των συγγενών.
- Προετοιμασία και μεταθανάτια φροντίδα του σώματος.
- Τήρηση των απαραίτητων διαδικασιών για την μεταφορά και παράδοση του νεκρού (π.χ. πιστοποιητικό θανάτου, νεκροτομή).

Υλικά – εξοπλισμός:

- Ηλεκτροκαρδιογράφος.
- Ακουστικά.
- Δύο κάρτες νεκρού.
- Καθαρός ιματισμός.
- Επίδεσμοι.
- Βαμβάκι – γάζες.
- Ψαλίδι.
- Γάντια μιας χρήσης.
- Προστατευτική ποδιά μιας χρήσης.
- Μάσκα μιας χρήσης.
- Αντισηπτικό διάλυμα.
- Υδατοδιαλυτές σακούλες και σάκοι απόρριψης ιματισμού.
- Κάδοι απόρριψης EIA.
- Ειδικός σάκος (HIV, μεταδοτικό νόσημα κ.α.)

Κεφάλαιο 5 Οδηγός διαχείρισης ασφάλειας και υγιεινής στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας

5.1 Στόχοι επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας

Σύμφωνα με την πολιτική για την Επαγγελματική Ασφάλεια και Υγιεινή (ΕΑΥ) και με βάση την αρχική ή τις επακόλουθες αξιολογήσεις, θα πρέπει να καθοριστούν μετρήσιμοι στόχοι για την ΕΑΥ.

Σε ότι αφορά την Πρόληψη των Κινδύνων στους χώρους της έκτασης ευθύνης της Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας, οι διαδικασίες που θα ακολουθούνται είναι οι κάτωθι και σχετίζονται με:

Τα μέτρα πρόληψης και ελέγχου

Τα προληπτικά και προστατευτικά μέτρα θα πρέπει να υλοποιούνται με την ακόλουθη σειρά προτεραιότητας:

- Αναγνώριση και εξάλειψη των κινδύνων/επικινδυνότητας.
- Έλεγχος των κινδύνων/επικινδυνότητας στην πηγή, με τη χρήση μηχανικών μέσων ελέγχου ή εφαρμογής οργανωτικών μέτρων.
- Ελαχιστοποίηση των κινδύνων/επικινδυνότητας με τον σχεδιασμό ασφαλών συστημάτων εργασίας, τα οποία να περιλαμβάνουν διοικητικά μέτρα ελέγχου, και
- Όπου οι κίνδυνοι/επικινδυνότητα δεν μπορούν να ελέγχονται από συλλογικά μέτρα, ο εργοδότης θα πρέπει να προνοεί για κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας, συμπεριλαμβανομένου ιματισμού και θα πρέπει να εφαρμοστούν μέτρα για την εξασφάλιση της χρήσης και της συντήρησής τους.

Συστήνονται διαδικασίες και ρυθμίσεις πρόληψης και ελέγχου του κινδύνου που πρέπει να:

- Προσαρμόζονται στους κινδύνους και τις επικινδυνότητες.
- Να επανεξετάζονται και να τροποποιούνται, εάν χρειάζεται, σε τακτική βάση.
- Συμμορφώνονται με τους νόμους και κανονισμούς και αντανakλούν την ορθή πρακτική, και
- λαμβάνουν υπόψη την τρέχουσα κατάσταση των γνώσεων.

Τη διαχείριση αλλαγών

Αξιολογούνται οι επιπτώσεις στην ΕΑΥ εσωτερικών αλλαγών (όπως αυτές της Στελέχωσης, ή λόγω νέων διεργασιών, νέων διαδικασιών λειτουργίας, νέων οργανωτικών δομών) και εξωτερικών αλλαγών (π.χ. ως αποτέλεσμα τροποποιήσεων των νόμων και κανονισμών, οργανωτικών συγχωνεύσεων, καθώς και των εξελίξεων στις γνώσεις και την τεχνολογία στον τομέα της ΕΑΥ) και πρέπει να λαμβάνονται

τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα πριν από την εισαγωγή των αλλαγών.

Πριν από κάθε τροποποίηση ή εισαγωγή νέων μεθόδων εργασίας, υλικών, διαδικασιών ή μηχανημάτων θα πρέπει να γίνεται προσδιορισμός των κινδύνων στον χώρο εργασίας και αξιολόγηση των κινδύνων.

Η εφαρμογή της «απόφασης για την αλλαγή» θα πρέπει να εξασφαλίζει ότι όλοι οι επηρεαζόμενοι εργαζόμενοι ενημερώνονται και εκπαιδεύονται κατάλληλα.

Την πρόληψη, ετοιμότητα και απόκριση έκτακτης ανάγκης

Εγκαθίστανται και διατηρούνται ρυθμίσεις για την πρόληψη, ετοιμότητα και απόκριση έκτακτης ανάγκης.

Οι ρυθμίσεις αυτές θα πρέπει να προσδιορίζουν τα ενδεχόμενα για ατυχήματα και καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και να διευθύνουν την πρόληψη των κινδύνων που συνδέονται μαζί τους.

Οι ρυθμίσεις πρόληψης, ετοιμότητας και απόκρισης έκτακτης ανάγκης θα πρέπει να γίνονται σε συνεργασία με εξωτερικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης και άλλων φορέων.

Τις προμήθειες

Καθιερώνονται και διατηρούνται διαδικασίες για να εξασφαλίζεται ότι:

- Η συμμόρφωση με τις απαιτήσεις ασφάλειας και υγείας αξιολογείται και ενσωματώνεται στις προδιαγραφές για αγορά και μίσθωση.
- Οι διατάξεις των νόμων και κανονισμών και οι απαιτήσεις ΕΑΥ του οργανισμού της επιχείρησης εντοπίζονται πριν από την προμήθεια αγαθών και υπηρεσιών, και λαμβάνονται μέτρα για να επιτευχθεί συμμόρφωση προς τις απαιτήσεις πριν από τη χρήση τους.

5.2 Κίνδυνοι και Ασφάλεια στη ΜΑΦ

Οι κίνδυνοι στη ΜΑΦ αφορούν:

- Τους ασθενείς
- Το προσωπικό
- Ασθενείς και προσωπικό (κοινοί κίνδυνοι)

5.2.1 Οι κίνδυνοι στη ΜΑΦ που αφορούν τους ασθενείς

Ο χώρος της Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας θεωρείται περιοχή υψηλού κινδύνου, έτσι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν τις πιθανότητες να προκαλέσουν κάποια βλάβη στον ασθενή. Ο κύριος στόχος του υγειονομικού προσωπικού είναι να παρέχει ολιστική φροντίδα βασισμένη σε ενδείξεις και κλινικά αποτελέσματα καθώς και υποστήριξη στον ασθενή.

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί σημαντική παράμετρο της παροχής ποιοτικής φροντίδας. Οι κύριοι άξονες δράσης της ποιότητας στο νοσοκομειακό περιβάλλον αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, το περιβάλλον φροντίδας και τη διαχείριση των κινδύνων και των λαθών.

Στις αναπτυγμένες χώρες ένας στους δέκα πάσχοντες βλάπτεται κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής νοσηλείας τους ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες ο κίνδυνος αυτός είναι τουλάχιστον 20 φορές υψηλότερος.

Αξιολογείται ότι το 8-12% των νοσηλευόμενων ασθενών στην Ευρώπη είναι θύματα ανεπιθύμητων συμβάντων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, που οφείλονται κυρίως σε λοιμώξεις, σε εσφαλμένη φαρμακευτική αγωγή, σε χειρουργικά και διαγνωστικά σφάλματα, σε ελαττωματικές ιατρικές συσκευές, σε αδράνεια μετά από εργαστηριακές αναλύσεις.

5.2.2 Οι κίνδυνοι στη ΜΑΦ που αφορούν το προσωπικό

Οι επιπτώσεις της έκθεσης στους επαγγελματικούς κινδύνους στην υγεία των νοσηλευτών στα νοσοκομεία και συγκεκριμένα στην Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας περιλαμβάνουν την εμφάνιση συμπτωμάτων και επαγγελματικών παθήσεων, εργατικών ατυχημάτων, αυξημένων απουσιών, πρόωρων συνταξιοδοτήσεων και υποβάθμιση της ποιότητας ζωής τους.

Στον Πίνακα παρουσιάζονται οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου και οι επιπτώσεις τους.

ΚΥΡΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΕΡΓΟΝΟΜΙΚΟΙ Χειρισμοί ασθενών Χειρωνακτική διακίνηση φορτίων Στάσεις σώματος και ορθοστασία Επαναληπτικές κινήσεις	ΥΓΕΙΑΣ Μυοσκελετικές παθήσεις Λοιμώδεις ασθένειες Αναπνευστικές παθήσεις Δερματικές παθήσεις Κακοήθειες
ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ Μικρόβια, ιοί, μύκητες	Εργατικά ατυχήματα και οξείες δηλητηριάσεις
ΧΗΜΙΚΟΙ Επιβλαβείς, διαβρωτικές, εύφλεκτες, καρκινογόνες χημικές ουσίες	Άγχος και εξουθένωση
ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΙ Κυλιόμενο ωράριο Διάρκεια εργασίας (εφημερίες) Καταμερισμός και ικανοποίηση εργασίας Ποικιλία, αυτονομία, έλεγχος	Προβλήματα ύπνου Γαστρεντερικές παθήσεις Καρδιαγγειακές παθήσεις Κόπωση
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ Σχέσεις με ασθενείς και κοινό, Συνεργασία και υποστήριξη, συναισθηματικό περιεχόμενο, βία στην εργασία	Μη ικανοποίηση από την εργασία

Τα πιο συνήθη εργατικά ατυχήματα στον χώρο της ΜΑΦ, είναι οι πτώσεις λόγω της ολισθηρότητας δαπέδων και κλιμάκων και οι μικροτραυματισμοί με νύσσοντα ή τέμνοντα όργανα (βελόνες, εργαλεία κοπής) από τους οποίους μπορεί να προκύψουν σηπτικά τραύματα ή λοιμώδη νοσήματα. Το τρύπημα από βελόνα, ιεραρχείται συχνά ως ο σημαντικότερος κίνδυνος ατυχήματος για τους εργοδοτούμενους στα νοσοκομεία/στις κλινικές. Επίσης καταγράφονται θερμικά και χημικά εγκαύματα, ηλεκτροπληξίες, δηλητηριάσεις από χημικά (διαρροή μονοξειδίου του άνθρακα, τοξικές ουσίες, αντισηπτικά, απολυμαντικά) κ.ά. Η κατηγορία επαγγελματιών με τα περισσότερα εργατικά ατυχήματα είναι συνήθως οι νοσηλευτές και το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό και ακολουθούν οι εργαζόμενοι στη συντήρηση και την καθαριότητα. Οι συχνότερες επαγγελματικές παθήσεις στα νοσοκομεία είναι οι μυοσκελετικές παθήσεις, οι δερματίτιδες εξ επαφής, οι ψυχικές διαταραχές (άγχος, εξουθένωση), οι αναπνευστικές παθήσεις (άσθμα), και οι λοιμώξεις. Οι μυοσκελετικές παθήσεις, οι παθήσεις του δέρματος και του αναπνευστικού αποτελούν συνήθως το 70%. Σπανιότερα καταγράφονται άλλες παθήσεις (γαστρεντερικού, νευρικού, αισθητηρίων οργάνων) και λοιμώδεις ασθένειες.

➤ **Μυοσκελετικές παθήσεις**

Οι μυοσκελετικές παθήσεις (ΜΣΠ) αποτελούν τη συχνότερη αιτία περιορισμού της ικανότητας για εργασία και ευθύνονται για τις υψηλότερες δαπάνες για αποζημιώσεις, ιατρικά έξοδα, απώλεια παραγωγικότητας και απουσίες, από οποιαδήποτε άλλη νόσο.

Οι ΜΣΠ παρουσιάζουν επίπτωση της τάξεως του 50-80% στους νοσηλευτές και στο προσωπικό καθαριότητας. Σχετίζονται, κυρίως, με:

- τους χειρισμούς κατά τη νοσηλεία και τις εξετάσεις των ασθενών,
- τη χειρωνακτική διακίνηση φορτίων,
- τις κοπιαστικές στάσεις σώματος,
- τις επαναληπτικές κινήσεις,
- την εργασία σε περιορισμένους χώρους
- τη μονότονη εργασία,
- τις αυξημένες απαιτήσεις,
- την απώλεια ελέγχου και ικανοποίησης από την εργασία,
- άλλους οργανωτικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες
- ατομικά χαρακτηριστικά και γενετικούς παράγοντες,
- εξωεργασιακούς παράγοντες κινδύνου.

➤ **Επαγγελματικές δερματοπάθειες**

Οι συχνότερες επαγγελματικές δερματίτιδες παρουσιάζονται στα χέρια και είναι ατοπικής, ερεθιστικής ή αλλεργικής αιτιολογίας. Η ερεθιστική δερματίτιδα εξ επαφής διαγιγνώσκεται συχνότερα. Τα χέρια των νοσηλευτριών και των εργοδοτουμένων στην καθαριότητα και την κουζίνα εκτίθενται συχνά σε υγρά, σε τριβές και σε ουσίες με ερεθιστική και αλλεργιογόνο δράση με συνέπεια να αναπτύσσονται χρόνιες, ανθεκτικές στη θεραπεία δερματοπάθειες που απειλούν την ικανότητα για εργασία και μειώνουν την ποιότητα ζωής. Οι βλάβες οφείλονται,

κυρίως, σε ερεθιστικούς παράγοντες όπως τα αντισηπτικά και απολυμαντικά (κυρίως η χλωρεξιδίνη και η γλουταραλδεΐδη) τα γάντια (κυρίως οι πρωτεΐνες του λάτεξ και η πούδρα) τα συντηρητικά, τα τρόφιμα, κ.ά.

➤ **Ασθμα**

Το άσθμα όπως και συμπτώματα βρογχικής υπεραντιδραστικότητας έχουν συσχετιστεί με τις εργασίες καθαριότητας, με την αποστείρωση των ιατρικών εργαλείων, με τη χρήση γαντιών λάτεξ με πούδρα και με τη διαχείριση εισπνεόμενων φαρμάκων. Οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν το λάτεξ, τη φορμαλδεΐδη, τη γλουταραλδεΐδη, τα αντισηπτικά και τη χλωρίνη όπως και άλλα καθαριστικά και απολυμαντικά, τα δυσοκυανιούχα, τους διαλύτες, τον καπνό του τσιγάρου, τη σκόνη και τους ρυπαντές εσωτερικού χώρου

➤ **Λοιμώξεις**

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι στη ΜΑΦ εκτίθενται στον κίνδυνο λοιμώξεων, ως αναπόφευκτη συνέπεια της επαφής με τους ασθενείς. Οι συνέπειες ποικίλουν από αυτοπεριοριζόμενες ιώσεις έως βαριές και ενίοτε θανατηφόρες παθήσεις. Οι λοιμώξεις περιλαμβάνουν αυτές που μεταδίδονται αιματογενώς (σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C), αυτές που μεταδίδονται διαμέσου της εντεροστοματικής οδού (σαλμονέλλωση, ηπατίτιδα Α) και αυτές που μεταδίδονται με άμεση επαφή (ερπητοϊώσεις, ψώρα). Συνήθως η μετάδοση συμβαίνει όταν παραβιάζεται μία ή περισσότερες από τις τρεις βασικές αρχές για τον έλεγχο των λοιμώξεων: η ατομική υγιεινή, ο εμβολιασμός και ο κατάλληλος περιορισμός των πασχόντων.

➤ **Επαγγελματικό άγχος (stress) και εξουθένωση (burn out)**

Το επαγγελματικό άγχος σήμερα αποτελεί μετά τις μυοσκελετικές παθήσεις, τη συχνότερη αιτία νοσηρότητας των εργοδοτούμενων. Συνήθως εμφανίζεται σε νέα άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης που εργάζονται στην παροχή υπηρεσιών (υγεία, εκπαίδευση). Το στρες ευθύνεται για αυξημένη συχνότητα και διάρκεια απουσιών, μειωμένη παραγωγικότητα και υψηλά ιατροφαρμακευτικά κόστη. Η πρόκληση του επαγγελματικού άγχους (στρες) εξαρτάται από τις συνθήκες εργασίας και τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου.

➤ **Κίνδυνοι για την υγεία**

Οι βιολογικοί παράγοντες (π.χ. ιοί ηπατίτιδας, HIV), τα μυοσκελετικά φορτία, οι χημικές ουσίες (π.χ. κυτταροστατικά, αναισθητικά αέρια), η ακτινοβολία, το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση, η βία, το κυλιόμενο ωράριο, οι άνισες ευκαιρίες, η έλλειψη συμμετοχής και πληροφόρησης και οι φυσικοί παράγοντες (π.χ. θόρυβος, θερμικό περιβάλλον) αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου στο εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου.

- **Ακτινοβολία**

Η ιονίζουσα ακτινοβολία θεωρείται από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου στη ΜΑΦ. Χρησιμοποιείται τόσο για θεραπεία όσο και για διαγνωστικούς σκοπούς. Θεωρητικά, όλοι οι εργαζόμενοι είναι δυνητικά εκτεθειμένοι και ιδιαίτερα οι ακτινολόγοι, οι καρδιολόγοι, οι νοσηλεύτές, οι τεχνικοί και γενικά οι εργαζόμενοι σε εργαστήρια και χώρους όπου χρησιμοποιούνται πηγές τέτοιας ακτινοβολίας. Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία από την έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία περιλαμβάνουν την ακτινοδερματίτιδα, την απλαστική αναιμία, τα μυελοδυσπλαστικά νοσήματα, την πρόωρη γήρανση, τις διαταραχές αναπαραγωγής, τις νευρολογικές διαταραχές και την καρκινογένεση. Έχει καταταχθεί στην ομάδα 1 κατά IARC που περιλαμβάνει τα επιβεβαιωμένα καρκινογόνα (δέρμα, οστά, θυρεοειδής, λευχαιμία)

- **Θόρυβος**

Οι εργαζόμενοι στη συντήρηση και την καθαριότητα όπως και το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΑΦ εκτίθενται πολύ συχνά σε θορύβους.

Ο θόρυβος στα νοσοκομεία αποτελεί ένα από τα συχνότερα παράπονα των εργοδοτούμενων, συχνότερα στη ΜΑΦ

(πχ. Διαφορετικός συναγερμός κάθε αντλίας, αναπνευστήρα, monitor , μηχανήμα αερίων κτλ.)

- **Αντισηπτικά – απολυμαντικά**

Όλο το προσωπικό της ΜΑΦ εκτίθεται στα μέσα καθαρισμού και απολύμανσης. Οι εργαζόμενοι στην καθαριότητα της ΜΑΦ είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένοι διότι έρχονται σε άμεση επαφή με τα καθαριστικά απολυμαντικά καθώς και με τις αναθυμιάσεις τους. Οι συνηθέστερες επιπτώσεις είναι χημικά εγκαύματα και δερματίτιδες. Η αμμωνία και η χλωρίνη μπορούν να δημιουργήσουν επίσης αναπνευστικά προβλήματα ενώ συχνά προκύπτουν προβλήματα στους οφθαλμούς από τα πιτσιλίσματα-σταγονίδια που εκτοξεύονται.

- **Βιολογικοί κίνδυνοι**

Στους βιολογικούς κινδύνους ανήκουν τα βακτήρια, οι ιοί, οι μύκητες καθώς και τα παράσιτα ή οι διάφοροι φυτικοί μικροοργανισμοί, οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν μόλυνση, λοίμωξη, ερεθισμό, δηλητηρίαση ή αλλεργική αντίδραση σε περίπτωση που έρθουν σε επαφή με τον εργαζόμενο. Η γνώση του τρόπου μετάδοσης ενός λοιμογόνου παράγοντα είναι ουσιώδους σημασίας για την πρόληψη. Η μετάδοση ενός λοιμογόνου παράγοντα μπορεί να γίνει με άμεση επαφή με το μολυσματικό υλικό (π.χ. με αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά) ή έμμεσα (μέσω χεριών που φέρουν υλικό (ασθενούς, συγγενούς, άλλου εργαζόμενου ή αντικειμένου). Αερογενώς με σταγονίδια (άμεσα π.χ. βήχας) ή έμμεσα με αερολύματα (σωματίδια < 5 μ microns) που παραμένουν στον αέρα για πολύ ώρα. Επίσης μέσω τροφής, νερού, συσκευών που επιμολύνθηκαν ή μέσω ξενιστών (μύγες, κουνούπια, ποντίκια).

- **Εργονομικοί κίνδυνοι**

Οι μυοσκελετικές φορτίσεις χαρακτηρίζονται ως ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου στη ΜΑΦ. Οι εργαζόμενοι συχνά υποβάλλονται στον χειρισμό βαρέων φορτίων κατά τη μετακίνηση των ασθενών, το σπρώξιμο και τράβηγμα αντικειμένων όπως τα τροχήλατα κρεβάτια/μηχανήματα, σε κουραστικές (επίπνες) στάσεις, σε επαναληπτικές κινήσεις και περπατούν μεγάλες αποστάσεις. Η παρατεταμένη ορθοστασία είναι επίσης ένας επιβαρυντικός παράγοντας ιδιαίτερα για τους νοσηλευτές της ΜΑΦ. Η μετακίνηση του ασθενούς (συνήθως από/προς κρεβάτι - καρέκλα/καροτσάκι ή φορείο) έχει δραματικές επιπτώσεις στο μυοσκελετικό σύστημα, κυρίως στην οσφυϊκή μοίρα αλλά και τον αυχένα και τους ώμους, ιδιαίτερα όταν ο χειρισμός γίνεται από ένα άτομο. Μελέτες έδειξαν ότι ουσιαστικό όφελος επιτυγχάνεται με τη χρήση βοηθητικού εξοπλισμού ανύψωσης και αλλαγές στις πρακτικές όπως η συνεργασία δύο ή και τριών ατόμων για τη μετακίνηση του ασθενούς.

Στη ΜΑΦ του Γ.Ν. Σύρου η κινητοποίηση των ασθενών γίνεται από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό (κάποιες φορές από το φυσ/τη) με τη βοήθεια τραυματιοφορέα όποτε είναι δυνατή η παρουσία του.

Επίσης υπάρχουν και οι κίνδυνοι του εκπορεύονται από την πολύωρη εργασία μπροστά στα monitor και στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές.

- **Οργανωτική κίνδυνοι**

Κυλιόμενο ωράριο εργασίας

Λόγω της ανάγκης συνεχούς κάλυψης στη ΜΑΦ, χρησιμοποιείται εύρος ωρών εργασίας (βάρδιες). Οι βάρδιες διαταράσσουν τον βιολογικό ρυθμό των εργοδοτούμενων. Το κυλιόμενο ωράριο εργασίας δημιουργεί βραχυπρόθεσμες αλλά και μακροπρόθεσμες συνέπειες στην υγεία. Στις επιπτώσεις περιλαμβάνονται διαταραχές στον ύπνο, καρδιαγγειακές παθήσεις, γαστρεντερικές διαταραχές και επιδείνωση χρόνιων παθήσεων.

Οργάνωση της εργασίας

Η οργάνωση της εργασίας έγκειται στη διαμόρφωση των συνθηκών εργασίας με τρόπο που να μη λειτουργούν στρεσογόνα για τον εργαζόμενο. Ο βαθμός επάρκειας προσωπικού και εξοπλισμού, η κατανομή της εργασίας μεταξύ των εργοδοτούμενων, η επαναληψιμότητα, η μονοτονία, η μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, η αυστηρή και άκαμπτη επίβλεψη και η απώλεια του ελέγχου αποτελούν παράγοντες κινδύνου για επαγγελματική εξουθένωση και σχετίζονται με επαγγελματικό άγχος και με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών στη ΜΑΦ.

- **Ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι**

Συναισθηματικό περιεχόμενο της εργασίας

Στη ΜΑΦ, ένας επιπρόσθετος κίνδυνος είναι το συναισθηματικό περιεχόμενο της εργασίας που έγκειται στο ότι η απασχόληση έχει ως αντικείμενο έναν άλλον άνθρωπο. Το γεγονός δηλαδή ότι ανεξάρτητα από τα ατομικά χαρακτηριστικά και την προσωπικότητα του επαγγελματία υγείας η

ίδια η φύση της εργασίας του τον φέρνει αντιμέτωπο με θέματα που ενέχουν συναισθηματική ένταση όπως γέννηση και θάνατος, ασθένεια και θεραπεία, λύπη και χαρά (συναισθηματική εμπλοκή του επαγγελματία υγείας). Ο επαγγελματίας υγείας και, ιδιαίτερα, ο νοσηλευτής αποτελεί συχνά τον αποδέκτη του θυμού, του φόβου ή και της επιθετικότητας του ασθενούς και των συγγενών του.

5.3 Κίνδυνοι από φυσικά και μηχανικά αίτια

5.3.1.Πυρκαγιά

Αν και μια πυρκαγιά που συμβαίνει στη ΜΑΦ είναι ένα σχετικά σπάνιο περιστατικό, οι συνέπειες μπορεί να είναι καταστροφικές. Μια φωτιά στη ΜΑΦ μπορεί να προκληθεί γιατί το περιβάλλον είναι πλούσιο σε οξυγόνο, αναισθητικά πτητικά αέρια, εύφλεκτα υλικά, συσκευές που παράγουν υψηλή θερμότητα και σπινθήρες.

Φωτιά στη ΜΑΦ σημαίνει μεγάλο κίνδυνο και πανικό γιατί εκτός από εμάς τους εργαζόμενους κινδυνεύουν και οι ασθενείς που είναι κυριολεκτικά ανήμποροι να αντιδράσουν και να προστατευθούν.

Η πυρασφάλεια δεν αποτελεί θέμα στην κορυφή των περισσότερων λιστών προτεραιότητας στη ΜΑΦ σήμερα.

Και στην περίπτωση αυτή η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη θεραπεία, ενώ η ασφαλής χρήση του ιατρικού εξοπλισμού και του υλικού πρέπει να επιτυγχάνεται μέσω της εκπαίδευσης και της επαγρύπνησης του προσωπικού που χρησιμοποιεί αυτά τα υλικά και τον εξοπλισμό στο ίδιο το λειτουργικό περιβάλλον.

Η κατανόηση της πυροπροστασίας

Η κατανόηση του πυροπροστασίας είναι η πιο βασική έννοια στην πρόληψη και τον έλεγχο πυρκαγιάς. Για να υπάρξει οποιαδήποτε πυρκαγιά, πρέπει να υπάρχουν τρία κρίσιμα στοιχεία:

1. Ένα καύσιμο ή εύφλεκτο υλικό.
2. Μια ανάφλεξη ή μια πηγή θερμότητας.
3. Οξυγόνο σε επαρκείς ποσότητες για την υποστήριξη της καύσης.

Όταν τα τρία αυτά στοιχεία συναντηθούν, το αποτέλεσμα είναι η καύση. Ωστόσο, αν μόνο ένα από αυτά τα στοιχεία αφαιρεθεί από την επαφή με τα άλλα δύο, η απειλή πυρκαγιάς μπορεί να ελαχιστοποιηθεί. Έτσι, αν μπορεί να αφαιρεθεί το οξυγόνο, η θερμότητα ή η παροχή καυσίμου, υπάρχει ελάχιστος κίνδυνος πυρκαγιάς.

Σε κανονικές συνθήκες είμαστε συνήθως ασφαλείς όταν τα τρία αυτά στοιχεία διατηρούνται χωριστά. Ωστόσο, στο Χειρουργείο υπάρχουν παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτών των τριών στοιχείων να έλθουν σε στενή επαφή:

Εύφλεκτα υλικά

Το περιβάλλον της ΜΑΦ περιέχει εύφλεκτα υλικά όλων των τύπων, συμπεριλαμβανομένων σφουγγαριών, γάζας, πετσετών, ιματισμού, κουρτινών διαχωρισμού της οπτικής επαφής και πλαστικών υλικών (όπως διάφορους σωλήνες, τραχειοσωλήνες, σύριγγες και δοχεία αναρρόφησης).

Πηγές θερμότητας ή ανάφλεξης

Η χρήση πηγών θερμότητας ή ανάφλεξης υψηλής ενέργειας είναι ολοένα και συχνότερη, συμπεριλαμβανομένων λέιζερ, οπτικών ινών, ηλεκτροχειρουργικού εξοπλισμού, αλλά και άλλων ηλεκτρικών συσκευών (όπως πχ απινιδωτής).

Οξυγόνο

Υπάρχει ένα περιβάλλον εμπλουτισμένο με οξυγόνο. Το περιβάλλον εμπλουτίζεται με οξυγόνο συνήθως όταν χρησιμοποιείται αναισθησία με εισπνοή.

Οι περισσότερες πυρκαγιές στη ΜΑΦ συμβαίνουν σε περιβάλλον εμπλουτισμένο με οξυγόνο, όταν η συγκέντρωση οξυγόνου είναι μεγαλύτερη από τον κανονικό αέρα της αίθουσας. Όταν χορηγείται συμπληρωματικό οξυγόνο στον ασθενή, μπορεί να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον εμπλουτισμένο με οξυγόνο.

Ένα ανοικτό σύστημα παροχής οξυγόνου, όπως ο ρινικός καθετήρας ή η μάσκα, παρουσιάζει μεγαλύτερο κίνδυνο πυρκαγιάς από ένα κλειστό σύστημα χορήγησης, όπως μια λαρυγγική μάσκα. Σε περιβάλλον εμπλουτισμένο με οξυγόνο, τα υλικά που κανονικά δεν καίγονται στον αέρα του χώρου μπορούν να αναφλεγούν και να καούν.

Πυρασφάλεια

Προσωπικό

Η ομάδα της ΜΑΦ πρέπει να γνωρίζει ότι όλα αυτά τα στοιχεία (καύσιμο, πηγές ανάφλεξης και οξυγόνο) υπάρχουν στη μονάδα κάθε φορά που υπάρχει μια διαδικασία και πρέπει να λαμβάνουν κάθε δυνατή προφύλαξη ώστε να εξασφαλίζεται ότι διατηρούνται χωριστά.

Προετοιμασία

Σύμφωνα με τον παρόντα Εσωτερικό Κανονισμό, ο κάθε υπάλληλος στη ΜΑΦ είναι μέρος του **πυροπροστατευτικού τριγώνου** και πρέπει να γνωρίζει τι πρέπει να κάνει σε περίπτωση πυρκαγιάς:

- Σε κάθε περιοχή όπου δυνητικά μπορεί να συμβεί πυρκαγιά, πρέπει να είναι αναρτημένο ένα πρωτόκολλο για την πρόληψη και τη διαχείριση των πυρκαγιών.
- Απαιτείται προσεκτικός συντονισμός και συνεχής κατάρτιση για όλους τους εργαζόμενους στη ΜΑΦ ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα αυτού του δυνητικά θανατηφόρου προβλήματος
- Όλοι οι υπάλληλοι της ΜΑΦ οφείλουν να παρακολουθούν μαθήματα πρόληψης και αντιμετώπισης πυρκαγιάς στο Χειρουργείο κάθε 6 μήνες.

Κεφάλαιο 6 Ηθική και Δεοντολογία

6.1 Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας και Ηθικά Ζητήματα

Αδιαμφισβήτητα η Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) χαρακτηρίζεται ως το πιο λειτουργικό τμήμα ενός νοσοκομείου, με μεγάλο φόρτο εργασίας και πολύ άγχος για τους εργαζομένους. Αυξημένη Φροντίδα ορίζεται η προσφορά φροντίδας σε ασθενής που βιώνουν μη αναστρέψιμες καταστάσεις, όπως ανεπάρκεια ή διακοπή λειτουργίας κάποιου ζωτικού οργάνου, και απαιτείται αυξημένη ιατρονοσηλευτική παρακολούθηση και εξειδικευμένες μορφές θεραπείας. Η Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) είναι ένας χώρος όπου εργάζονται οι πλέον εξειδικευμένοι νοσηλευτές οι οποίοι αξιοποιώντας την σύγχρονη τεχνολογία, υποστηρίζουν και θεραπεύουν τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Αποτελεί, επίσης και ένα χώρο με έντονη την παρουσία του θανάτου, πολλές φορές προβλέψιμου, παρ' όλες τις επιθετικές παρεμβάσεις που μπορεί να γίνεται από το προσωπικό. Στην ΜΑΦ τίθενται διαρκώς ηθικά ζητήματα τα οποία απασχολούν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές της Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) αναλαμβάνουν την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας, βασίζοντας την πρακτική τους σε επαγγελματικά πρότυπα ηθικής συμπεριφοράς με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν καθημερινά ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα. Μπορούμε να διαχωρίσουμε τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν στην ΜΑΦ ως εξής: μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών, μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, μεταξύ νοσηλευτών και άλλων νοσηλευτών και της πολιτικής του Οργανισμού και της Πολιτείας. Ηθικά ζητήματα μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών προκύπτουν στις περιπτώσεις πατερναλιστικής συμπεριφοράς των νοσηλευτών προς τους ασθενείς, όταν παραβιάζεται η εμπιστευτικότητα ή υπάρχει μη πληροφορημένη συναίνεση. Αντίστοιχα, μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών προκύπτουν ηθικά προβλήματα όταν μεταξύ τους υπάρχουν διαφωνίες για την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή ή συγκρούσεις που αφορούν στον ρόλο του νοσηλευτή. Τέλος, ηθικά προβλήματα που προκύπτουν μεταξύ νοσηλευτών και Οργανισμού και Πολιτείας σε θέματα που αφορούν την έλλειψη προσωπικού και την κατανομή των οικονομικών πόρων. (Λεπίδου και συν, 2012)

6.2 Ηθικά Διλήμματα

Ένα ηθικό δίλημμα προκύπτει όταν για την επίλυση μιας κατάστασης υπάρχουν τουλάχιστον δύο πιθανές δράσεις, αλλά κάθε επιλογή παρουσιάζει πρόβλημα. Με άλλα λόγια, είτε επιλέξει κάποιος τη μία δράση είτε επιλέξει την άλλη, πάλι δεν θα υπάρξει η λύση η οποία θα λύνει τέλεια το πρόβλημα. Κάποια ενδεικτικά διλήμματα τα οποία ανακύπτουν στον χώρο της υγείας σχετίζονται με τον τερματισμό της ανθρώπινης ζωής, το ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, την έκτρωση, την αποκάλυψη της διάγνωσης και της πρόγνωσης, την κατανομή υγειονομικών πόρων και το σεβασμό των πολιτιστικών πεποιθήσεων του ασθενούς. Στην νοσηλευτική όσο δύσκολα κι αν φαίνονται τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν, πάντα οφείλουμε να βρίσκουμε μια πρακτική λύση. Για την εύρεση αυτής της λύσης χρειάζεται ένα ηθικός τρόπος σκέψης και η εφαρμογή ηθικής

θεωρίας ώστε στο τέλος ο τρόπος δράσης που επιλέγεται θα πρέπει να συγκεντρώνει έναν βαθμό πλεονεκτημάτων σε σχέση με τους άλλους εναλλακτικούς τρόπους δράσης.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την μορφή συγκριτικά καλύτερης λογικής αιτιολόγησης. (Γκοβίνα και συν, 2015) Για την επίλυση ενός ηθικού διλήμματος δεν αρκεί μονάχα μια επιστημονική συλλογιστική. Ιδιαίτερα σε μια επιστήμη όπως την νοσηλευτική, η οποία έχει επίκεντρο τον άνθρωπο, οφείλουμε να χρησιμοποιούμε μια πιο ηθική συλλογιστική γιατί η επιστημονική συλλογιστική είναι αρκετά «απρόσωπη». Βέβαια αυτό δεν σημαίνει ότι η ηθική συλλογιστική που ακολουθείτε για την επίλυση ενός ηθικού διλήμματος δεν διέπεται από ορισμένους κανόνες ή ότι δεν είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη.

(Γκοβίνα και συν, 2015) Για αυτό τον λόγο έχουν αναπτυχθεί οι κώδικες δεοντολογίας στην Νοσηλευτική.

6.3 Ηθικές αρχές στην υγειονομική φροντίδα

Για να δημιουργηθεί το κατάλληλο ηθικό πλαίσιο στην υγειονομική περίθαλψη έχουν διαμορφωθεί ορισμένες ηθικές αρχές. Οι αρχές αυτές είναι γενικές κατευθυντήριες οδηγίες που διέπουν την συμπεριφορά, παρέχουν την βάση για τον τρόπο σκέψης και τις άμεσες ενέργειες που πρέπει να γίνουν. Οι ηθικές αυτές αρχές είναι έξι: ο σεβασμός και η αυτονομία των προσώπων, η ευεργεσία, η αποφυγή πρόκλησης βλαβών, η ειλικρίνεια, η αφοσίωση και η δικαιοσύνη. (Urden et al. 2016)

6.4. Σεβασμός και αυτονομία των προσώπων

Σύμφωνα με αυτή την αρχή οι άνθρωποι που παρέχουν υγειονομική φροντίδα οφείλουν να σέβονται το δικαίωμα του ασθενή να είναι αυτόνομος και να αυτοπροσδιορίζεται όσον αφορά την πορεία του, χωρίς να γίνεται καταναγκασμός ή να παρεμβαίνουν άλλοι αδικαιολόγητα. Λαμβάνοντας υπόψιν ότι η αυτονομία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη, πρέπει να είναι σημείο συμβιβασμού στο πλαίσιο της λήψης αποφάσεων. Ακόμα, η αυτονομία αποτελεί την βάση της ηθικής και νομικής προϋπόθεσης της συναίνεσης εφόσον ο ασθενής ενημερωθεί για το δικαίωμα του να αρνηθεί την θεραπεία ή μέρος της. Για τους νοσηλευτές της ΜΑΦ το να προάγουν το δικαίωμα της αυτονομίας αποτελεί πρόκληση ή και δύσκολη ευθύνη. Αυτό συμβαίνει γιατί συχνά προκύπτουν καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στις οποίες να απαιτείται άμεση δράση χωρίς την συγκατάθεση του ασθενή. Επίσης και σε μη έκτακτες καταστάσεις ο ασθενής μπορεί να μην είναι σε κατάσταση να ανταποκριθεί και να ασκήσει το δικαίωμα που έχει στην αυτονομία λόγω του ότι είναι βαρέως πάσχοντας. Σε τέτοιες περιπτώσεις οι άνθρωποι του περιβάλλοντος τους ασθενή καλούνται να λάβουν τις απαραίτητες αποφάσεις για αυτόν. Αυτό επιτυγχάνεται με την χρήση πληρεξούσιου ή ακολουθώντας την κατάλληλη νομοθεσία. Απαραίτητη προϋπόθεση γι' αυτό είναι η χορήγηση όλων των πληροφοριών στους συγγενείς ώστε να κατανοήσουν τις επιλογές που υπάρχουν για να παρθεί μια απόφαση η οποία να συνάδει και με το ηθικό υπόβαθρο τους ασθενούς. Σε αυτήν την περίπτωση ο νοσηλευτής έχει τον σημαντικό ρόλο του υποστηρικτή της οικογένειας στην διαδικασία της λήψης αποφάσεων, παρέχοντας όλες τις πληροφορίες και ενθαρρύνοντας τον προβληματισμό. (Urden et al. 2016)

6.5 Η ευεργεσία και αποφυγή πρόκλησης βλαβών και Ειλικρίνεια.

Σύμφωνα με τις αρχές αυτές απαιτούνται δράσεις που μεγιστοποιούν το καλό και ελαχιστοποιούν τις βλάβες προς τον ασθενή. Η ισορροπία μεταξύ αυτών των δύο είναι λεπτή διότι η ευεργεσία προϋποθέτει την ενσυναίσθηση και απαιτεί την προώθηση της ευημερίας των άλλων μέσα από την θετική δράση και την επιθυμία να κάνεις κάτι καλό, ενώ αντίθετα η αποφυγή πρόκλησης βλαβών απαιτεί ότι οι νοσηλευτές να προλαμβάνουν το κακό και να το ελαχιστοποιούν. Στις ΜΑΦ, κύριο μέλημα όλων είναι το καλό και το όφελος του ασθενούς όμως κάθε αδράνεια και οι διαδικασίες και οι παρεμβάσεις ενέχουν σοβαρές πιθανότητες πρόκλησης κάποιας βλάβης. Άρα απαιτείται προσοχή και φροντίδα είναι απαραίτητες για την εξισορρόπηση αυτών. Η ειλικρίνεια αποτελεί το βασικό χαρακτηριστικό ώστε η σχέση νοσηλευτή-ασθενή και είναι αξιόπιστη. Οι νοσηλευτές οφείλουν να δίνουν στους ασθενείς όλες τις απαραίτητες πληροφορίες ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι προκαταλήψεις και οι παρεξηγήσεις. Πόσο μάλλον σε ένα περιβάλλον όπως αυτό της Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας όπου επικρατεί θολό τοπίο, η ύπαρξη ειλικρινών σχέσεων σίγουρα διευκολύνει την κατάσταση. (Urden et al. 2016)

6.6 Αφοσίωση και Δικαιοσύνη

Η αφοσίωση και η δικαιοσύνη αποτελούν βασικές πτυχές της νοσηλευτικής. Η πρώτη αφορά στην τήρηση των δεσμεύσεων και η δεύτερη την δίκαιη και ισότιμη κατανομή των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Οι ασθενείς της ΜΑΦ εξαρτώνται από τους νοσηλευτές τόσο για την φυσική φροντίδα όσο και για την συναισθηματική υποστήριξη και οι νοσηλευτές οφείλουν να την προσφέρουν δίκαια και με αφοσίωση. Η εμπιστευτικότητα και η ιδιωτικότητα αποτελούν στοιχεία αφοσίωσης στην επαγγελματική δεοντολογία της υγειονομικής περίθαλψης και απαιτείται η παροχή τους ανεξαιρέτως. (Urden et al. 2016)

6.7 Νοσηλευτική κώδικες δεοντολογίας

Η δεοντολογία της νοσηλευτικής μπορεί να θεωρηθεί ως μια μορφή εφαρμοσμένης ηθικής διότι αντιμετωπίζει ηθικές καταστάσεις που είναι ειδικές για το νοσηλευτικό επάγγελμα και την περίθαλψη των ασθενών. Ορισμένα ηθικά προβλήματα που επηρεάζουν τη νοσηλευτική μπορεί επίσης να εφαρμοστούν στον ευρύτερο τομέα της βιοηθικής και της ηθικής της φροντίδας υγείας. Ωστόσο, το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι περισσότερο ένα επάγγελμα "φροντίδας" παρά ένα επάγγελμα. "θεραπείας".

Επομένως, είναι επιτακτική ανάγκη να μην εξισώνεται η νοσηλευτική δεοντολογία με την ιατρική δεοντολογία, επειδή το ιατρικό επάγγελμα εστιάζει στη «θεραπεία».

Η Επιστήμη της Νοσηλευτικής διαθέτει διά νόμου τον δικό της Κώδικα Επαγγελματικής Δεοντολογίας όπου τα καθήκοντα, οι υποχρεώσεις και οι αρμοδιότητες στις διάφορες βαθμίδες της νοσηλευτικής υπηρεσίας καθορίζονται από τον δημοσιευθέντα κώδικα της νοσηλευτικής υπηρεσίας με το Π.Δ. 216, ΦΕΚ ΤΑ, Α.Φ. 167, 25/7/01 ο οποίος έχει ως εξής:

Άρθρο 1

1. Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και άμεμπτου ατόμου σ' όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του και να προστατεύει την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
2. Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει το καθήκον του, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Άρθρο 2

1. Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.
2. Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων και δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του ανεξαρτησία.

Άρθρο 3

Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή, με τη δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία.

Άρθρο 4

Ο Νοσηλευτής πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε παραπλάνηση ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλευση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων.

Άρθρο 5

Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λαμβάνει κάθε μέτρο που προάγει, αλλά και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

Άρθρο 6

Ο Νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει ισότιμα προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες πεποιθήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.

Άρθρο 7

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνει κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρηση της και απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να τη θέσει σε κίνδυνο.

Άρθρο 8

1. Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του, σύμφωνα με τα δεδομένα της

νοσηλευτικής επιστήμης και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο.

2. Για το σκοπό αυτό, ο Νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνεται και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Άρθρο 9

1. Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τη συνδρομή του στον ασθενή με κάθε θεμιτό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον.

2. Οφείλει επίσης να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να αποτρέπει με κάθε δυνατό μέσο οποιαδήποτε μορφή παραβίασης τους.

Άρθρο 10

Ο Νοσηλευτής, σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενή, πρέπει να παρέχει τη Συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενή αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη, πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

Άρθρο 11

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενή και απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση των καθηκόντων του.

Άρθρο 12

Ο Νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους Νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών. Οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους Νοσηλευτές κάθε βαθμίδος, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία.

Άρθρο 13

Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του ανεξαρτησία και την ιδιότητά του ως ισότιμου μέλους της θεραπευτικής ομάδας.

Άρθρο 14

Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των συναδέλφων του, των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.

Άρθρο 15

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του και τη συνδρομή του στις δημόσιες αρχές για την προαγωγή και διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών γενικότερα, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

Άρθρο 16

Ο Νοσηλευτής που ασχολείται με την έρευνα οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά την διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές ορίζονται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας. Επίσης οφείλει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν με τη συναίνεσή τους σε επιστημονική έρευνα, για την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και για την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

Άρθρο 17

Ο Νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάζει την έρευνα με τις νοσηλευτικές φροντίδες, εκτός της περίπτωσης που αυτή η έρευνα μπορεί να προσφέρει διαγνωστικά ή θεραπευτικά στον ασθενή

Άρθρο 18

Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σ' όλες τις περιστάσεις, το σεβασμό της ζωής, της αξιοπρέπειας και της ελεύθερης επιλογής του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση του φυσικού και ηθικού πόνου του ασθενή, παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατό την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί υπέρτατο χρέος του νοσηλευτή να συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του.

Άρθρο 19

Ο Νοσηλευτής που μετέχει στη διαδικασία πιστοποίησης του θανάτου, κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 12 του Ν. 2737/1999 (Α'174), παρέχει τη συνδρομή του στο ιατρικό έργο και λαμβάνει κάθε απαραίτητο μέτρο προκειμένου να διαπιστωθεί ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις.

Άρθρο 20

1. Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή, μετά από αίτησή του, κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του.
2. Σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο νοσηλευτής εξαιτίας των προσωπικών του πεποιθήσεων έχει τη δυνατότητα αποχής από τη διαδικασία αναπαραγωγής ή διακοπής της κύησης.

Άρθρο 21

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Παιδιατρικής Νοσηλευτικής

Η προσωπικότητα και η βούληση του παιδιού - ασθενή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να επιδιώκεται η λήψη της συναίνεσης, ιδιαίτερα των εφήβων.

Άρθρο 22

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής

Ο Νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τη βούληση του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει

Άρθρο 23

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Κοινοτικής Νοσηλευτικής

Ο Νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής να παρέχει τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, το φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή, καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας.

Άρθρο 24

Η ισχύς του παρόντος διατάγματος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

6.7 Κριτική ανάλυση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας

Η υπάρχουσα βιβλιογραφία μας προσφέρει μια πολύ σαφή εικόνα για το τι είναι τα ηθικά ζητήματα στην υγειονομική φροντίδα αλλά και συγκεκριμένα στην ΜΑΦ. Καλύπτει εξ ολοκλήρου όλες τις πτυχές και τις παραμέτρους στην επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών. Μπορεί να αναφέρεται σε ένα πιο γενικευμένο πλαίσιο αλλά καθιστά σαφές το πόσο διαφοροποιούνται οι κανόνες και τα ηθικά ζητήματα κατά τόπους.

6.8 Σύνοψη των σημαντικών σημείων της βιβλιογραφίας

Ηθικά ζητήματα είναι τα ζητήματα που προκύπτουν όταν συγκρούονται οι ηθικές αρχές. Οι μονάδες εντατικής θεραπείας αποτελούν τα πιο λειτουργικά και σημαντικά τμήματα ενός νοσοκομείου όπου περιθάλπονται ασθενείς σε κρίσιμες και συχνά μη αναστρέψιμες καταστάσεις. Αυτό το περιβάλλον των δυσκολιών έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία καθημερινών και σημαντικών ηθικών ζητημάτων στην ΜΑΦ. Οι βασικές αρχές της υγειονομικής φροντίδας για την αντιμετώπιση των ηθικών ζητημάτων είναι ο σεβασμός και η αυτονομία των προσώπων, η ευεργεσία, η αποφυγή πρόκλησης βλαβών, η ειλικρίνεια, η αφοσίωση και η δικαιοσύνη. Ακόμα ένα βασικό σημείο της βιβλιογραφίας αποτελεί η αποσαφήνιση της έννοιας «ηθικό δίλημμα». Ένα ηθικό δίλημμα προκύπτει όταν για την επίλυση μιας κατάστασης υπάρχουν τουλάχιστον δύο πιθανές δράσεις, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι κάποια από τις δύο δράσεις αποτελεί την τέλεια λύση για το πρόβλημα. Ορισμένα από τα διλήμματα τα οποία ανακύπτουν στον χώρο της υγείας σχετίζονται με τον τερματισμό της ανθρώπινης ζωής, το ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, την έκτρωση, την αποκάλυψη της διάγνωσης και της πρόγνωσης, την κατανομή υγειονομικών πόρων και το σεβασμό των πολιτιστικών πεποιθήσεων του ασθενούς. Στην νοσηλευτική πάντα οφείλουμε να βρίσκουμε μια πρακτική λύση και για την εύρεση αυτής της λύσης χρειάζεται ένα ηθικός τρόπος σκέψης και η εφαρμογή ηθικής. Αυτός ο ηθικός τρόπος σκέψης δεν πρέπει να είναι αυθαίρετος αλλά να ακολουθεί ορισμένες νόρμες. Γι' αυτό θεσπίστηκαν οι κώδικες δεοντολογίας στην νοσηλευτική. Οι κώδικες δεοντολογίας προστατεύουν τόσο τους ασθενείς όσο και το ίδιο το νοσηλευτικό επάγγελμα. Αν και οι κώδικες δεοντολογίας διαφέρουν από τόπο σε τόπο στην Ελλάδα υπάρχει ο κώδικας δεοντολογίας του 2001 στον οποίο επισημαίνονται: ο σεβασμός στην προσωπικότητα και την αυτονομία

του ασθενούς και το ότι αποτελεί ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή η φροντίδα του ασθενούς, η ισότιμη φροντίδα των ασθενών ανεξαρτήτως πεποιθήσεων ή κοινωνικών καταβολών και ότι πρέπει λαμβάνεται κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρηση της ανθρώπινης ζωής. Τέλος, ακολουθώντας συγκεκριμένα βήματα και σε συνδυασμό με τον νοσηλευτικό κώδικα δεοντολογίας ο νοσηλευτής οδηγείται στην επίλυση ενός ηθικού ζητήματος. Συγκεκριμένα τα βήματα αυτά είναι: Ο νοσηλευτής να προσδιορίσει το πρόβλημα υγείας, να καθορίσει τα ηθικά ζητήματα, να συγκεντρώσει επιπλέον πληροφορίες, να προσδιορίσει τα ενδιαφερόμενα μέρη και ορίσει τον υπεύθυνο λήψης αποφάσεων, να αναλύσει τους ηθικούς, νομικούς, και άλλους σχετικούς κανόνες, να ελέγξει τις εναλλακτικές επιλογές, να εφαρμόσει τις αποφάσεις του, και τέλος να τις αξιολογήσει.

Κεφάλαιο 7 Δείκτες απόδοσης & αποτελεσματικότητας, δείκτες ασφάλειας, δείκτες ικανοποίησης στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο και εξασφαλίζοντας το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Επίσης με διοικητικούς όρους σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων ενώ από την πλευρά των ασθενών τη δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο.

«Η χρήση δεικτών ποιότητας συμβάλλει στην αποτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων και των ανεπιθύμητων επιπλοκών. Επομένως, κάθε οργανισμός περίθαλψης είναι απαραίτητο να εφαρμόζει και να παρακολουθεί τους δείκτες ποιότητας, καθώς και να συγκρίνει τους δείκτες του με τους αντίστοιχους σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Οι δείκτες ποιότητας δίνουν σε κάθε οργανισμό τη δυνατότητα να βελτιώσει το επίπεδο παρεχόμενης φροντίδας μέσα από τυποποίηση των διαδικασιών, των ενεργειών και των θεραπευτικών πρωτοκόλλων».

Οι δείκτες ποιότητας ωστόσο δεν μπορεί να αποτελούν το μοναδικό τρόπο αξιολόγησης της ποιότητας, η οποία είναι μια έννοια πολυδιάστατη. Ένας ιδανικός δείκτης μέτρησης της ποιότητας είναι σημαντικό να διακρίνεται από τα εξής χαρακτηριστικά: την εγκυρότητα δηλαδή να μετρά αυτό που ισχυρίζεται ότι μετρά, την αξιοπιστία που σημαίνει συνέπεια των αποτελεσμάτων ακόμα κι αν οι μετρήσεις γίνουν σε διαφορετικό χρονικό διάστημα, την ειδικότητα που είναι η ικανότητα διάκρισης διαφορών στις εξεταζόμενες ομάδες ασθενών, την ευαισθησία, δηλαδή την ακρίβεια του δείκτη και το κατά πόσο διαπιστώνονται από την επαναλαμβανόμενη χρήση του αλλαγές ή διαφοροποιήσεις, να βασίζεται στην τρέχουσα επιστημονική και τεκμηριωμένη γνώση, τη χρησιμότητα, δηλαδή να μετρά μια σημαντική παράμετρο που θα συνεισφέρει στη βελτίωση μιας παρέμβασης, να παρέχει τη δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ διαφόρων χωρών και τέλος την ανταποκρισιμότητα που είναι αρκετά σημαντική για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας ιατρικής παρέμβασης.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι κυριότεροι δείκτες ποιότητας που χρησιμοποιούνται στη ΜΑΦ είναι το ποσοστό θνησιμότητας, οι μέρες παραμονής σε αυτή (ειδικά αν ξεπερνούν τις 7 ημέρες), η διάρκεια μηχανικής υποστήριξης, η ικανοποίηση του ασθενούς και της οικογένειας, η πρόληψη της πνευμονίας του αναπνευστήρα, η προφύλαξη από το έλκος, και των λοιμώξεων στη ροή του αίματος που σχετίζονται με τον καθετήρα, και τέλος το ποσοστό των ανθεκτικών λοιμώξεων (Berenholtz, 2002).

Η χρησιμότητα των δεικτών αφορά τόσο τους οργανισμούς όσο και τους επαγγελματίες υγείας καθώς αξιολογούν την πορεία τους ασθενούς βάσει της λειτουργικότητας της μονάδας υγείας αλλά και των εργαζομένων σε αυτή (Mainz, 2003).

Ο Pronovost (2001) πρότεινε 18 δείκτες ποιότητας για τις ΜΕΘ/ΜΑΦ οι οποίοι είναι οι εξής:

1. Ο δείκτης προτυποποιημένης θνησιμότητας (SMR)

2. Η ικανοποίηση του ασθενούς και της οικογένειάς του
3. Η πνευμονία που σχετίζεται με τη χρήση αναπνευστήρα
4. Το ποσοστό επανεισδοχής στη ΜΕΘ/ΜΑΦ
5. Το ποσοστό λοίμωξης της κεντρικής φλεβικής γραμμής
6. Η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ/ΜΑΦ
7. Η παρακολούθηση της καταστολής
8. Η παρακολούθηση της αναλγησίας
9. Η διάρκεια του μηχανικού αερισμού
10. Τα πολυανθεκτικά βακτήρια στη ΜΕΘ/ΜΑΦ
11. Η εμφάνιση θρομβοεμβολής
12. Η ακατάλληλη μετάγγιση ερυθρών αιμοσφαιρίων
13. Η προφύλαξη από έλκος κατά τη διάρκεια του μηχανικού αερισμού
14. Η καθυστέρηση εξιτηρίου από την ΜΕΘ/ΜΑΦ
15. Η μεγαλύτερη των 7 ημερών παραμονή στη ΜΕΘ/ΜΑΦ
16. Η καθυστέρηση εισαγωγής στη ΜΕΘ/ΜΑΦ

Στη ΜΑΦ του Γ.Ν. Σύρου προτείνονται οι εξής δείκτες:

- 1. Πρόληψη της σχετιζόμενης με τον αναπνευστήρα (VAP) πνευμονίας σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Κ/Δ Τμήμα**

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Αριθμός ασθενών με πνευμονία σχετιζόμενη με αναπνευστήρα (VIP) εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο ασθενών που τέθηκαν σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής στο ΚΔ Τμήμα εντός ενός έτους}} \times 100$$

- 2. Συχνότητα εμφάνισης τοπικών λοιμώξεων μετά από τοποθέτηση περιφερικού φλεβικού καθετήρα στο σύνολο των ασθενών που φέρουν περιφερικό φλεβικό καθετήρα.**

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός περιπτώσεων τοπικής φλεγμονής στο σημείο εισόδου περιφερικού φλεβικού καθετήρα στο ΚΔ Τμήμα εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων ασθενών στους οποίους τέθηκε περιφερικός φλεβικός καθετήρας στο ΚΔ Τμήμα στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

3. Συχνότητα εμφάνισης τοπικών λοιμώξεων μετά από τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα στο σύνολο των ασθενών που φέρουν κεντρικό φλεβικό καθετήρα.

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός περιπτώσεων τοπικής φλεγμονής στο σημείο εισόδου κεντρικού φλεβικού καθετήρα στο ΚΔ Τμήμα εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων ασθενών στους οποίους τέθηκε κεντρικός φλεβικός καθετήρας στο ΚΔ Τμήμα στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

4. Διάρκεια παραμονής στον αναπνευστήρα από την ημέρα και ώρα εισόδου έως και τον απογαλακτισμό

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

Καταγραφή διάρκειας με μορφή αριθμητικής συχνότητας

5. Αποτύπωση περιπτώσεων εύρεσης πολυανθεκτικών μικροβίων στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

Καταγραφή περιπτώσεων εύρεσης πολυανθεκτικών μικροβίων με μορφή αριθμητικής συχνότητας

6. Αποτύπωση περιπτώσεων ασθενών που παρέμειναν στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας > 1 εβδομάδα

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

Καταγραφή περιπτώσεων εύρεσης πολυανθεκτικών μικροβίων με μορφή αριθμητικής συχνότητας

7. Ποσοστό θνησιμότητας ασθενών στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Αριθμός ασθενών που απεβίωσαν στη ΜΑΦ εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΑΦ εντός ενός έτους}} \times 100$$

8. Πρόληψη ελκών κατάκλισης σε ασθενείς με δείκτη Braden < 16

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Ασθενείς χωρίς έλκος κατάκλισης που νοσηλεύτηκαν στη ΜΑΦ με δείκτη Braden < 16}}{\text{Ασθενείς που εμφάνισαν έλκος κατάκλισης κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΑΦ με δείκτη Braden < 16}} \times 100$$

9. Θεραπεία ή βελτίωση ελκών κατάκλισης σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη ΜΑΦ

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Βελτίωση ή θεραπεία υπαρχόντων ελκών κατάκλισης σε ασθενείς της ΜΑΦ, ανάλογα με το στάδιο, εντός ενός έτους}}{\text{Ασθενείς που εμφάνισαν έλκος κατάκλισης κατά τη νοσηλεία στη ΜΑΦ εντός ενός έτους}} \times 100$$

Δείκτες Ικανοποίησης στη ΜΑΦ

10. Αριθμός παραπόνων προς συνολικό αριθμό ασθενών που νοσηλεύτηκαν

Ποσοτική έκφραση του δείκτη:

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός παραπόνων που κατατέθηκαν από ασθενείς που νοσηλεύτηκαν εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

11. Μέτρηση της ικανοποίησης της οικογένειας των ασθενών

Ποσοτική έκφραση του δείκτη:

Προκύπτει από το σκορ που λαμβάνει η κάθε επιμέρους παράμετρος του ερωτηματολογίου ικανοποίησης της ικανοποίησης των ασθενών. Το εργαλείο μέτρησης θα είναι το ερωτηματολόγιο FS ICU-24 (Family Satisfaction Intensive Care Unit - 24)

12. Μέτρηση της ικανοποίησης καθώς και της εργασιακής κόπωσης του νοσηλευτικού προσωπικού στη ΜΑΦ

Ποσοτική έκφραση του δείκτη:

Προκύπτει από το σκορ που λαμβάνει η κάθε επιμέρους παράμετρος του ερωτηματολογίου ικανοποίησης του προσωπικού που θα μετρά την ικανοποίηση από την εργασία, από τους συναδέλφους, από την ιεραρχία, από τη διοίκηση, ενώ θα μετρά τέλος και τον δείκτη κόπωσης

13. Μέτρηση των εκπαιδευτικών δράσεων στις οποίες συμμετέχει το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΑΦ στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης

Ποσοτική έκφραση του δείκτη:

Καταγραφή με μορφή αριθμητικής συχνότητας ανά νοσηλευτή και μορφή εκπαιδευτικής δράσης ατομικά και συνολικά

7.1 Η ικανοποίηση του ασθενούς και της οικογένειας στη ΜΑΦ

Τα μέλη της οικογένειας του ασθενή που εισάγεται και παραμένει στη ΜΑΦ βιώνουν μια έντονα στρεσογόνο εμπειρία που χαρακτηρίζεται από πλήθος αρνητικών συναισθημάτων όπως σοκ, άρνηση, θυμό, απελπισία, ενοχές και φόβο για την πιθανή απώλεια του συγγενικού τους προσώπου. Επιπλέον, η οικογένεια έρχεται αντιμέτωπη με μια επιπρόσθετη δυσκολία και ευθύνη που αφορά στη λήψη σημαντικών και καίριων αποφάσεων για τη θεραπεία του ασθενούς. Οι βαρέως πάσχοντες που εισάγονται στη ΜΑΦ δεν είναι σε θέση να αποφασίσουν οι ίδιοι για την κατάστασή τους, επομένως το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό απευθύνεται στο οικογενειακό τους περιβάλλον για ενημέρωση αλλά και συνεργασία (Κουκούλη, κ.α, 2013).

Η ικανοποίηση της οικογένειας από το σύνολο της παρεχόμενης φροντίδας αποτελεί έναν δείκτη ποιότητας (δείκτης δομής) η οποία επηρεάζεται από την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς. Επίσης έχουν υπάρξει περιπτώσεις σύγκρουσης μεταξύ της οικογένειας και της ομάδας των επαγγελματιών ή δυσκολίες στη μεταξύ τους επικοινωνία (Γερασίμου, 2013).

Για την αξιολόγηση της ικανοποίησης της οικογένειας στη ΜΑΦ το ερωτηματολόγιο FS ICU-24 (Family Satisfaction Intensive Care Unit - 24) αποτελεί ένα αξιόπιστο, έγκυρο και ευρέως γνωστό εργαλείο (Heyland & Tranmer, 2001). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία αυτού που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο (φύλο, ηλικία, είδος σχέσης με το νοσηλευόμενο, εάν διαμένει με τον ασθενή). Στο δεύτερο μέρος περιλαμβάνονται 24 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής που αξιολογούν την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα και από τη λήψη αποφάσεων (συχνότητα επικοινωνίας, ειλικρίνεια, συνέπεια των παρεχόμενων πληροφοριών, συμμετοχή των μελών της οικογένειας στη λήψη αποφάσεων).

Η οικογένεια έχει ιδιαίτερα μεγάλη ανάγκη για λεπτομερή και σαφή ενημέρωση από το προσωπικό της ΜΑΦ. Επιθυμούν να ενημερώνονται καθημερινά για την κατάσταση του ασθενούς, αλλά και για πρακτικότερα ζητήματα όπως το οικονομικό κόστος, το χώρο αναμονής, τις ώρες επισκεπτηρίου, διευκρινήσεις σχετικά με το δικό τους ρόλο απέναντι στον «δικό τους» άνθρωπο κ.α. Επιπλέον θεωρούν σημαντική την ενημέρωση με τηλεφωνική κλήση σε περίπτωση που η κατάσταση του ασθενούς

7.2 Δέσμη μέτρων για την πρόληψη της πνευμονίας που σχετίζεται με τον αναπνευστήρα (VAP)

Ορισμός

Ως Πνευμονία του αναπνευστήρα ή VAP (Ventilator-Associated Pneumonia) ορίζεται η πνευμονία που εκδηλώνεται 48 ώρες μετά την έναρξη του μηχανικού αερισμού.¹ Όλοι οι ασθενείς που έχουν ανάγκη μηχανικού αερισμού έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν VAP.

Επίπτωση-θνησιμότητα

Η πραγματική επίπτωση της VAP είναι δύσκολο να προσδιοριστεί από τους ορισμούς επιτήρησης διότι είναι υποκειμενική και μη ειδική. Ιστορικά 10%-20% των μηχανικά αεριζόμενων ασθενών έχουν αναπτύξει VAP. Πιο πρόσφατες μελέτες βέβαια δείχνουν πολύ χαμηλότερα ποσοστά, αλλά δεν είναι σαφές σε ποιο βαθμό αντικατοπτρίζουν την καλύτερη φροντίδα των μηχανικά αεριζόμενων ασθενών ή την αυστηρότερη εφαρμογή των κριτηρίων επιτήρησης.^{2, 3} Η εμφάνιση της VAP αυξάνει τη θνησιμότητα των ασθενών κατ' εκτίμηση στο 20-55%, αλλά και την παραμονή στο νοσοκομείο κατά περίπου 6 ημέρες.⁴ Αυξάνει τη διάρκεια παραμονής στον αναπνευστήρα, την χρήση αντιβιοτικών, αλλά και το κόστος γενικότερα που έχει υπολογιστεί ότι είναι πάνω από \$40,000.⁵

Παθογένεια και παράγοντες κινδύνου

Η VAP είναι αποτέλεσμα της εισβολής μικροβίων στο πνευμονικό παρέγχυμα των ασθενών που βρίσκονται σε μηχανικό αερισμό. Ο κύριος μηχανισμός διείσδυσης μικροβίων στις κατώτερες αναπνευστικές οδούς, που φυσιολογικά είναι στείρες, είναι συνδυασμός δύο διαδικασιών: του αποικισμού της αναπνευστικής αλλά και της γαστρικής οδού από μικρόβια, και στη συνέχεια εισρόφιση των εκκρίσεων στο κατώτερο αναπνευστικό. Ο κίνδυνος από την χρήση μολυσμένων συσκευών ή φαρμάκων είναι επίσης υπαρκτός. Ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση VAP είναι η ενδοτραχειακή διασωλήνωση, απαραίτητη προϋπόθεση για την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Ο ενδοτραχειακός σωλήνας αποτελεί κατά συνέπεια αναγκαίο κακό δεδομένου ότι παρέχει απευθείας πρόσβαση στο κατώτερο αναπνευστικό, παρακάμπτοντας όλους τους φυσικούς προστατευτικούς μηχανισμούς (βήχας, φαρυγγικά αντανακλαστικά, λειτουργία κροσσώτου επιθηλίου κλπ). Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η παρατεταμένη διασωλήνωση, η γαστρική σίτιση, η επιβεβαιωμένη εισρόφιση, παραλυτικά φάρμακα, η ύπτια θέση, υποκείμενα νοσήματα και η μεγάλη ηλικία.

Μικροβιολογικά αίτια της VAP

Διακρίνεται σε πρώιμης έναρξης όταν συμβεί μέσα στις 4 πρώτες μέρες της νοσηλείας και όψιμης έναρξης όταν εμφανιστεί μετά την 5η μέρα νοσηλείας. Στην πρώιμη VAP πιο συχνά αίτια αναφέρονται η *Moraxella catarrhalis*, *H. Influenzae*, *S. Pneumoniae*. Στην όψιμη VAP αίτια είναι τα Gram-αρνητικά μικρόβια (*Pseudomonas aer.*, *Acinetobacter b.*, *Klebsiella pn.*), *S. aureus* (και MRSA), *Legionellae p.*, *Pneumocystis carinii*, και μύκητες.

Κλινικά σημεία και συμπτώματα της VAP

- Νέο διήθημα στην ακτινογραφία θώρακος

- Εμφάνιση πυωδών εκκρίσεων
- Πυρετός >38ο C
- Λευκοκυττάρωση
- Θετική κ/α αίματος ή βρογχικών εκκρίσεων

Βασικές αρχές πρόληψης της VAP

1. Επιμόρφωση επαγγελματιών υγείας
2. Μείωση αποικισμού
3. Πρόληψη ή αποφυγή εισρόφησης

Μείωση αποικισμού

Η βασική νοσηλευτική φροντίδα είναι η πρώτη γραμμή άμυνας με ιδιαίτερη έμφαση στα παρακάτω:

1. Υγιεινή των χεριών
2. Στοματική υγιεινή. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η συστηματική υγιεινή της στοματικής κοιλότητας είναι αποτελεσματική μέθοδος μείωσης της VAP. Στοματικά αντισηπτικά όπως η χλωρεξιδίνη θα μειώσει τον στοματο-φαρυγγικό αποικισμό και, ως εκ τούτου τη VAP. Μια πρόσφατη μεταανάλυση από 7 μελέτες που αφορούν 1650 ασθενείς έδειξε μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης VAP σε ασθενείς που αντιμετωπίζονται με χλωρεξιδίνη. Διάφορα διαλύματα χλωρεξιδίνης έχουν χρησιμοποιηθεί σε κλινικές δοκιμές, με το διάλυμα χλωρεξιδίνης 2% να φαίνεται να υπερτερεί των υπολοίπων. Αυτό όμως δεν είναι εμπορικά διαθέσιμο.

Σημείωση: το διάλυμα χλωρεξιδίνης μπορεί να αποικιστεί από ψευδομονάδα, μετά από απρόσεκτη χρήση.

Εξαιρέσεις:

- Στοματο-φαρυγγικό τραύμα ή χειρουργική επέμβαση
- Γνωστή υπερευαισθησία στην χλωρεξιδίνη (σπάνια).

Σύσταση

Χρησιμοποιήστε χλωρεξιδίνη ως μέρος της καθημερινής υγιεινής της στοματικής κοιλότητας

3. Διατήρηση κλειστού αναπνευστικού κυκλώματος. Προτείνονται οι παγίδες συμπίκνωσης έτσι ώστε να αποφύγουμε χειρισμούς διάνοιξης του κυκλώματος. Τα κλειστά συστήματα αναρρόφησης δεν προτείνονται και υπάρχει αρκετή συζήτηση σχετικά με το χρονικό όριο αλλαγής τους.
4. Η χρήση φυσιολογικού ορρού για ξέπλυμα τόσο στον στοματοτραχειακό σωλήνα όσο και τον σωλήνα της τραχειοστομίας, με βάση τη βιβλιογραφία είναι αμφιλεγόμενη.
5. Προφύλαξη για έλκος στομάχου λόγω stress. Όλοι οι ασθενείς που λαμβάνουν μηχανική υποστήριξη της αναπνοής κινδυνεύουν να εκδηλώσουν αιμορραγία γαστρεντερικού (stress έλκος). Η χορήγηση φαρμακευτικής προφύλαξης, όπως τα αντιόξινα, οι H2 ανταγωνιστές, και οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων χρησιμοποιούνται συχνά για προστασία. Προκαλούν όμως μείωση της πεπτικής οξύτητας με αποτέλεσμα το στομάχι να μπορεί να αποικισθεί με παθογόνους μικροοργανισμούς. Παράλληλα η αύξηση του γαστρικού περιεχομένου μπορεί ανά πάσα στιγμή να προκαλέσει μικρο-εισρόφηση. Η προφύλαξη για έλκος στομάχου λόγω stress μειώνει τον κίνδυνο της αιμορραγίας αλλά μια μεταανάλυση έδειξε ότι δεν έχει επίδραση στα ποσοστά της νοσοκομειακής πνευμονίας, στη νοσηλεία, ή τη θνησιμότητα.

Πρόληψη ή αποφυγή εισρόφησης

Η παθογένεια της VAP περιλαμβάνει μικρο-εισροφήσεις στοματοφαρυγγικών ή/και γαστρικών εκκρίσεων. Κάθε παρέμβαση η οποία μειώνει τη δυνατότητα εισρόφησης θα μειώσει τη πιθανότητα VAP. Πολλές από αυτές τις παρεμβάσεις είναι απλές και αποτελεσματικές από πλευράς κόστους.

Στα βασικά σημεία για τη μείωση ή την πρόληψη των εισροφήσεων περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

1. Τακτική στοματική υγιεινή και συχνές αναρροφήσεις.
2. Υπογλωττιδική αναρρόφηση. Ο ενδοτραχειακός σωλήνας παρεμποδίζει την σύγκλειση της γλωττίδας με αποτέλεσμα ο ασθενής να μη μπορεί να βήξει για να απομακρύνει τις εκκρίσεις με φυσικό τρόπο. Ως συνέπεια εκκρίσεις αθροίζονται πάνω από τον αεροθάλαμο (cuff) του ενδοτραχειακού σωλήνα οπότε μετά μπορούν να εισροφηθούν (σχήμα 1). Η μηχανική αφαίρεση αυτών των εκκρίσεων έχει δείξει ότι μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εισρόφησης και είναι αποτελεσματική και ασφαλής παρέμβαση (σχήμα 2).
3. Ελαχιστοποίηση χειρισμών στον ενδοτραχειακό σωλήνα και διατήρηση πίεσης cuff. Η ενδοτραχειακή διασωλήνωση μέσω τεχνητού αεραγωγού-σωλήνα είναι απαραίτητη για τον μηχανικό αερισμό θετικών πιέσεων. Η σωστή πίεση εντός του cuff είναι κρίσιμη για την αποφυγή εισρόφησης, τον ικανοποιητικό αερισμό αλλά και την επαρκή τριχοειδική αιμάτωση του βλεννογόνου της τραχείας. Η ιδανική πίεση στο cuff δεν έχει τεκμηριωθεί. Ωστόσο, οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι η πίεση θα πρέπει να διατηρηθεί στα 20 mm/Hg. Μία μελέτη έχει δείξει ότι η VAP αυξάνεται κατά 2,5 φορές, αν η πίεση στο cuff είναι κάτω από 20 mm/Hg. Ως εκ τούτου, η πίεση του cuff θα πρέπει να μετράται και να καταγράφεται σε τακτική βάση.
4. Αντίστροφη θέση Trendelenberg (ανύψωση κεφαλής). Η ύπτια θέση του σώματος είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την VAP. Η ανύψωση της κεφαλής του κρεβατιού στις 30ο υποστηρίζεται έντονα ως μια προληπτική στρατηγική που μειώνει τον κίνδυνο της εισρόφησης. Έχει χαμηλό κόστος, και είναι αποτελεσματική. Η ημι-κατακεκλιμένη θέση στον μηχανικά αεριζόμενο ασθενή μειώνει την γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση, την πνευμονική εισρόφηση και άρα μπορεί να αποτρέψει την εκδήλωση VAP. Η ημι-κατακεκλιμένη θέση αποτέλεσε το αντικείμενο 2 τυχαιοποιημένων μελετών. Οι Draculovic et al. τυχαιοποίησαν 90 ασθενείς που αερίζονταν με ύπτια ή ημι-κατακεκλιμένη θέση. Έδειξαν μια δραματική μείωση του κινδύνου μικροβιολογικά αποδεδειγμένης VAP στην ημι-κατακεκλιμένη ομάδα, (5 vs. 23%). Αυτό σημαίνει ότι 6 ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ημι-κατακεκλιμένη θέση για να αποτραπεί ένα επεισόδιο VAP (CI 95%). Οι Nieuwenhoven et al. διεξήγαγαν μια κλινική μελέτη σε 221 μηχανικά αεριζόμενους ασθενείς. Έδειξαν λοιπόν ότι όταν στόχος ανύψωσης της πλάτης ήταν οι 45ο αυτό ήταν δύσκολο να διατηρηθεί σε όλη την διάρκεια του 24ωρου, ενώ οι 28ο ήταν πιο εφικτός στόχος

Παρατηρήσεις

Η πλάτη του καθίσματος ανύψωσης πρέπει να ελέγχεται όποτε είναι εφικτό κατά τη διάρκεια της φροντίδας του ασθενούς.

Εξαιρέσεις

- Αιμοδυναμικά ασταθής, σε shock π.χ. ασθενή που έχει ανάγκη χορήγησης υγρών και υψηλή δόση αγγειοσυσπαστικών.
- Ασταθής πύελος ή κάκωση νωτιαίου μυελού (εδώ είναι δυνατόν να σηκωθεί όλο το κρεβάτι)
- Ασθενής σε παρηγορητική / φροντίδας τελικού σταδίου 32-34 Σύσταση Προτείνεται αποφυγή της ύπτιας θέσης και διατήρηση της κεφαλής του ασθενή τουλάχιστον στις 30ο.

5. Μετα-πυλωρική διατροφή. Η τοποθέτηση γαστρικού σωλήνα σίτισης έχει σαν φυσική συνέπεια την κατάργηση του γαστροοισοφαγικού (καρδιακού) σφιγκτήρα με κίνδυνο να προκληθεί εισρόφιση γαστρικού περιεχομένου. Αλλά και ο σωλήνας από μόνος του παρέχει την δυνατότητα για μικροβιακή πρόσβαση και αποικισμό. Εναλλακτικά, προτείνεται η λύση σίτιση μέσω διαδερμικής νηστιδοστομίας (σωλήνα μέσα στο λεπτό έντερο, μετά τον πυλώρο) που έχει πολλά πλεονεκτήματα, όπως μείωση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, αυξημένη παροχή θρεπτικών συστατικών και μειωμένο ποσοστό VAP. Επιπλέον, η συνεχής σίτιση είναι καλύτερα ανεκτή από τον ασθενή διότι αποτρέπει την γαστρική υπερδιάταση και διατηρεί την γαστρική οξύτητα που είναι απαραίτητη για την θανάτωση των μικροβίων. Ο καλύτερος τρόπος σίτισης των μηχανικά αεριζόμενων ασθενών δεν είναι ακόμα απολύτως προσδιορισμένος, αν και η εντερική σίτιση σε μηχανικά αεριζόμενους ασθενείς σχετίζεται με μείωση της πνευμονίας.

6. Πρώιμη αποσωλήνωση-αποφυγή μηχανικού αερισμού. Επειδή η εμφάνιση της VAP σχετίζεται με την παράταση του μηχανικού αερισμού, ο έγκαιρος απογαλακτισμός από αυτόν, όταν η κλινική κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει, είναι πολύ σημαντικός. Επίσης στρατηγικές αποφυγής πρόωρης ή τυχαίας αποσωλήνωσης είναι σημαντικές καθώς η επαναδιασωλήνωση θα αυξήσει τον κίνδυνο εισρόφισης

Ειδικότερα :

➤ Αποφυγή επεμβατικού μηχανικού αερισμού και χρήση MEMA Μερικοί ασθενείς με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια είναι κατάλληλοι για Μη Επεμβατικό Μηχανικό Αερισμό (MEMA). Τυχαιοποιημένες μελέτες έχουν δείξει όφελος στην επιβίωση αλλά και στις ημέρες μηχανικού αερισμού και στις ημέρες νοσηλείας στην ΜΕΘ. Ο MEMA μπορεί να σχετισθεί με μειωμένα ποσοστά ενδονοσοκομειακής πνευμονίας, αλλά το κύριο όφελος είναι η αποφυγή του επεμβατικού αερισμού. MEMA με στόχο την αποφυγή της διασωλήνωσης θα πρέπει να εξετάζεται σε κατάλληλες περιπτώσεις ασθενών.

Έχει αποδειχθεί ότι η πρακτική αυτή έχει βελτιώσει την επιβίωση στις ακόλουθες ομάδες:

- Καρδιογενές πνευμονικό οίδημα
- Οξεία παρόξυνση Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας
 - Ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς: λοίμωξη από Pneumocystis και λήπτες μοσχευμάτων συμπαγών οργάνων.

Χειρότερο αποτέλεσμα με MEMA για την αποφυγή διασωλήνωσης έχει αποδειχθεί σε:

- ασθενείς ΜΕΘ που αποτυγχάνουν στην διαδικασία απογαλακτισμού.

➤ Η καταστολή πρέπει να αναθεωρείται και, εάν χρειάζεται, να σταματά καθημερινά. Μεγάλη μελέτη έδειξε ότι η καθημερινή διακοπή της καταστολής είχε αποτέλεσμα την μειωμένη διάρκεια του μηχανικού αερισμού και την ελάττωση του χρόνου παραμονής στην ΜΕΘ. Μια άλλη κατέδειξε ότι η εφαρμογή πρωτοκόλλου απογαλακτισμού από τον μηχανικό αερισμό από τη

νοσηλευτική υπηρεσία οδήγησε σε μείωση του χρόνου στον αναπνευστήρα. Αυτή η προσέγγιση προϋποθέτει την συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στη ΜΕΘ έτσι ώστε να εφαρμοστεί αυτή η πολιτική με ασφάλεια και επιτυχία. Η διακοπή της καταστολής προτείνεται ιδανικά να συμβαίνει πριν τις 10.00 πμ. Εάν κρίνεται σκόπιμο μπορεί να εξετασθεί η διακοπή της καταστολής κατά το τέλος της βραδινής βάρδιας. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ύπαρξη στενής συνεργασίας νοσηλευτή / φυσιοθεραπευτή / ιατρού ΜΕΘ με σκοπό πάντα την ασφάλεια του ασθενούς.

- Τα φάρμακα καταστολής θα πρέπει να σταματάνε αλλά δεν αποσυνδέονται από τον ασθενή.
- Αφήνουμε τον ασθενή να ξυπνήσει.
- Εάν ο ασθενής είναι συνεργάσιμος και είναι σε θέση να κατανοήσουν τις εντολές αφήνουμε την καταστολή κλειστή.
- Ασθενείς σε stress ή διέγερση απαιτούν εκ νέου κατασταλτικά.
- Ξαναρχίζουμε την καταστολή στο μισό της προηγούμενης χορήγησης.
- Χορηγούμε δόση φόρτισης όταν απαιτείται με στόχο την ασφάλεια του ασθενούς.
- Είναι σημαντικό να επανεξετάζουμε τις ανάγκες σε αναλγησία, αν η καταστολή παραμένει κλειστή.

Εξαιρέσεις

1. Παράλυτος/μυοχαλαρωμένος ασθενής
2. Ο ασθενής με εγκεφαλική βλάβη, σε καταστολή με πιθανά προβλήματα ενδοκράνιας υπέρτασης
3. Ο ασθενής ο οποίος έχει δυσκολία να αεριστεί λόγω βήχα / μη συγχρονισμός με τον αναπνευστήρα
4. Ο ασθενής ο οποίος είναι δύσκολο να οξυγονωθεί $\geq 70\% \text{ O}_2$ ή $\text{PEEP} \geq 10$
5. Ο ασθενής που λαμβάνει θεραπευτική υποθερμία
6. Ασθενής σε παρηγορητική φροντίδας τελικού σταδίου

➤ Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να αξιολογούνται για απογαλακτισμό από τον μηχανικό αερισμό και αποσωλήνωση κάθε μέρα.

Αυτό αποτέλεσε το αντικείμενο μελέτης. Καθημερινός έλεγχος της αναπνευστικής λειτουργίας των μηχανικά αεριζόμενων ασθενών, που ακολουθείται από δοκιμασία αυθόρμητης αναπνοής σε αυτούς που μπορούν, οδήγησε σε μείωση της διάρκειας μηχανικού αερισμού και λιγότερες επιπλοκές από ό, τι η συνήθης πρακτική. Άλλες τυχαιοποιημένες μελέτες έχουν δείξει ότι τα πρωτόκολλα απογαλακτισμού μειώνουν τις ημέρες στον αναπνευστήρα. Εξαιρούνται πάλι τα 1-6 που αναφέρονται παραπάνω.

Σύσταση

Προτείνεται ο μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός, η καθημερινή εκτίμηση της καταστολής, αλλά και η εφαρμογή πρωτόκολλου αποσωλήνωσης, ως μέρος μιας συνολικής στρατηγικής για τη διαχείριση των ασθενών με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια.

Ορισμός επιτήρησης

Ο ορισμός της επιτήρησης της VAP είναι ίσως ο πιο υποκειμενικός ανάμεσα στις λοιμώξεις που σχετίζονται με την φροντίδα υγείας. Μέχρι τώρα ο ορισμός περιλάμβανε 3 ομάδες κριτηρίων: κλινικά, ακτινολογικά, και μικροβιολογικά.

Ποσοστό VAP ορίζουμε το κλάσμα με αριθμητή τον αριθμό των ασθενών με VAP και παρανομαστή τον αριθμό των ημερών-αναπνευστήρα για όλους τους ασθενείς που βρίσκονται σε μηχανικό αερισμό στον πληθυσμό που επιτηρούμε x1000. Πρόσφατα το CDC σε συνεργασία με τις εταιρείες εντατικής θεραπείας πρότεινε έναν νέο αλγόριθμο επιτήρησης που ανιχνεύει ένα μεγαλύτερο εύρος καταστάσεων/επιπλοκών που συμβαίνουν σε μηχανικά αεριζόμενους ασθενείς, τα οποία ονόμασε γεγονότα σχετιζόμενα με τον αναπνευστήρα (Ventilatory-associated events VAE).

Ο νέος ορισμός περιλαμβάνει κριτήρια για:

- Καταστάσεις σχετιζόμενες με τον αναπνευστήρα (ventilatory –associated conditions VAC)
 - Λοιμώξεις σχετικές με καταστάσεις σχετιζόμενες με τον αναπνευστήρα (Infection-related ventilatory –associated conditions IVAC)
- Πιθανή /Possible VAP
- Πολύ πιθανή/Probable VAP

Μέθοδοι επιτήρησης

Η ενεργής επιτήρηση είναι απαραίτητη για να προσδιορίσει τους ασθενείς με VAP. Η χρήση άλλων μέσων όπως για παράδειγμα η αναζήτηση μέσω των εξιτηρίων δεν είναι ακριβής, ευαίσθητη ή ειδική. Σημαντική όμως είναι και η επιτήρηση της συμμόρφωσης στις στρατηγικές πρόληψης της VAP (δέσμες μέτρων).

Δέσμη μέτρων (bundles)

Μια πρόσφατη προσέγγιση για την διευκόλυνση της εφαρμογής κατευθυντήριων οδηγιών σχετικά με την πρόληψη των λοιμώξεων που σχετίζονται με την φροντίδα υγείας, περιλαμβάνει τη χρήση δέσμης μέτρων φροντίδας. Μια δέσμη μέτρων προσδιορίζει ένα σύνολο βασικών παρεμβάσεων, βιβλιογραφικά τεκμηριωμένων, που όταν εφαρμοστούν ταυτόχρονα, αναμένεται να βελτιώσουν την έκβαση των ασθενών. Ο σκοπός της ύπαρξης της δέσμης είναι να αλλάξουν οι διαδικασίες φροντίδας του ασθενούς και να βελτιωθεί η συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Η πιο χαρακτηριστική μελέτη εφαρμογής δέσμης μέτρων ήταν εκείνη των Pronovost et al και αναφέρεται στην μείωση της συχνότητας εμφάνισης λοιμώξεων από κεντρικό φλεβικό καθετήρα. Η εφαρμογή δέσμης μέτρων έχει μελετηθεί επίσης και στην VAP και έχει δειχθεί ότι 95% συμμόρφωση με τις Bundles οδηγεί σε μείωση της VAP κατά 59% (<http://www.ihl.org>)

Η Society for Healthcare Epidemiology of America και η Infectious Diseases Society of America αναθεώρησαν πρόσφατα τις κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τις στρατηγικές πρόληψης της VAP στους ενήλικες με βάση την πιο πρόσφατη βιβλιογραφία⁵⁶ (Εικόνα 1. Σύστημα Ταξινόμησης):

I. Βασικές αρχές πρόληψης, δηλαδή παρεμβάσεις με ελάχιστο κίνδυνο που μειώνουν την διάρκεια μηχανικού αερισμού, τη διάρκεια νοσηλείας, τη θνησιμότητα, και/ή το κόστος

A. Αποφυγή διασωλήνωσης και χρήση MEMA (quality of evidence I)

B. Ελαχιστοποίηση της καταστολής

1. Αποφυγή κατασταλτικών στον μηχανικό αερισμό όταν αυτό είναι εφικτό όπως αναλγητικά, αντιψυχωτικά, δεξμεδετομιδίνη, προποφόλη (quality of evidence II)
2. Διακοπή καθημερινά της καταστολής για ασθενείς που δεν έχουν αντενδείξεις (quality of evidence I) (αποτέλεσμα η μείωση διάρκειας μηχανικού αερισμού κατά 2-4 ημέρες)

3. Εκτίμηση της ικανότητας αποσωλήνωσης καθημερινά (quality of evidence I) (αποτέλεσμα αποσωλήνωση 1-2 ημέρες νωρίτερα)

Γ. Βελτίωση της φυσικής κατάστασης των ασθενών μέσω πρώιμης κινητοποίησης και φυσιοθεραπείας (quality of evidence II)

Δ. Ελαχιστοποίηση της άθροισης των εκκρίσεων πάνω από το cuff του τραχειοσωλήνα μέσω 1. Χρήσης τραχειοσωλήνων με δυνατότητα υπογλωττιδικής αναρρόφησης για ασθενείς που θα παραμείνουν σε μηχανικό αερισμό πάνω από 48-72 ώρες (quality of evidence II)

Προσοχή: Δεν προτείνεται η αποσωλήνωση με σκοπό να τοποθετηθεί άλλος τραχειοσωλήνας με υπογλωττιδική αναρρόφηση.

Ε. Ανύψωση κεφαλής κρεβατιού στις 30ο-45ο (quality of evidence III)

ΣΤ. Τα κυκλώματα αναπνευστήρα αλλάζονται όταν είναι φανερά ρυπαρά ή δυσλειτουργούν (quality of evidence I). Προϋπόθεση να ακολουθείται πρόγραμμα αποστείρωσης και απολύμανσης των μηχανημάτων αναπνευστικής υποστήριξης βάση οδηγιών (quality of evidence II)

II. Ειδικές συστάσεις

A. Παρεμβάσεις που μειώνουν την διάρκεια του μηχανικού αερισμού, την νοσηλεία, και/ή την θνησιμότητα αλλά για τις οποίες υπάρχουν ανεπαρκή δεδομένα για τους πιθανούς κινδύνους όπως η εκλεκτική αποστείρωση του οροφάρυγγα και του γαστρεντερικού με τοπικά αλλά συστηματικά αντιβιοτικά (SDD).

B. Παρεμβάσεις που μειώνουν το ποσοστό της VAP αλλά δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα προς το παρόν σχετικά με την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης στην διάρκεια του μηχανικού αερισμού, της νοσηλείας, και την θνησιμότητα.

1. Υγιεινή στόματος με χλωρεξιδίνη (quality of evidence II)
2. Προφυλακτικά προβιοτικά (quality of evidence II)
3. Χρήση ενδοτραχειακών σωλήνων με cuff ultrathin polyurethane (quality of evidence III)
4. Ρύθμιση της πίεσης του cuff (quality of evidence III)
5. Έγχυση φυσιολογικού ορού στον τραχειοσωλήνα πριν την αναρρόφηση (quality of evidence III)
6. Βούρτσισμα δοντιών (quality of evidence III)

III. Πρακτικές που δε συστήνονται

1. Τραχειοσωλήνες με επικάλυψη αργύρου (quality of evidence II)
2. Μηχανικά κρεβάτια (quality of evidence II)
3. Πρηνής θέση (quality of evidence II)
4. Προφύλαξη για έλκος στομάχου από stress (quality of evidence II)
5. Πρώιμη τραχειοστομία (quality of evidence I)
6. Παρακολούθηση υπολειπόμενου γαστρικού περιεχομένου (quality of evidence II)
7. Πρώιμη έναρξη παρεντερικής σίτισης (quality of evidence II)
8. Κλειστά συστήματα αναρρόφησης (quality of evidence II)

Με βάση την ESICM (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας) η προτεινόμενη δέσμη μέτρων είναι⁵⁷ :

1. Αυστηρή εφαρμογή προγράμματος υγιεινής των χεριών
2. Δεν αλλάζω το κύκλωμα του αναπνευστήρα εκτός και αν υπάρχουν ενδείξεις
3. Επαρκώς εκπαιδευμένοι και επιμορφωμένοι επαγγελματίες υγείας

- 4.Πρωτόκολλο καθημερινής αφύπνισης και έναρξη διαδικασίας απογαλακτισμού από τον μηχανικό αερισμό
5. Εφαρμογή προγράμματος υγιεινής στόματος με χλωρεξιδίνη.

Με βάση τις παραπάνω συστάσεις και δεδομένου του πόσο σημαντική είναι η επιτήρηση της συμμόρφωσης με τις πρακτικές πρόληψης της VAP προτείνεται ενδεικτικά τα παρακάτω στοιχεία δέσμης μέτρων:

1. Εφάρμοσε τον μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό, την καθημερινή εκτίμηση της καταστολής, αλλά και την εφαρμογή πρωτόκολλου μηχανικού αερισμού και αποσωλήνωσης, ως μέρος μιας συνολικής στρατηγικής για τη διαχείριση των ασθενών με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια.
2. Ελαχιστοποίησε την άθροιση των εκκρίσεων πάνω από το cuff του τραχειοσωλήνα μέσω χρησιμοποίησης τραχειοσωλήνων με δυνατότητα υπογλωττιδικής αναρρόφησης για ασθενείς που θα παραμείνουν σε μηχανικό αερισμό πάνω από 48-72 ώρες
3. Πρότεινε αποφυγή της ύπτιας θέσης με σκοπό να έχουμε το κεφάλι του ασθενή τουλάχιστον μέχρι τις 30ο -45ο
4. Τα κυκλώματα αναπνευστήρα αλλάζονται όταν είναι φανερά ρυπαρά ή δυσλειτουργούν
5. Χρησιμοποιήστε χλωρεξιδίνη ως μέρος της καθημερινής φροντίδας του στόματος.

Σημείωση: τα στοιχεία της δέσμης είναι ενδεικτικά και μπορούν να τροποποιηθούν από την ομάδα εργασίας του κάθε νοσοκομείου.

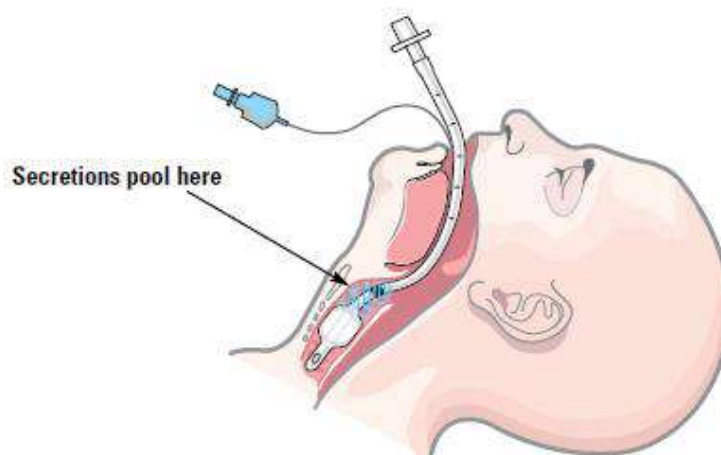
Εικόνα 1. Σύστημα ταξινόμησης στρατηγικών πρόληψης VAP της SHEA/IDSA 2014.

918 INFECTION CONTROL AND HOSPITAL EPIDEMIOLOGY AUGUST 2014, VOL. 35, NO. 8

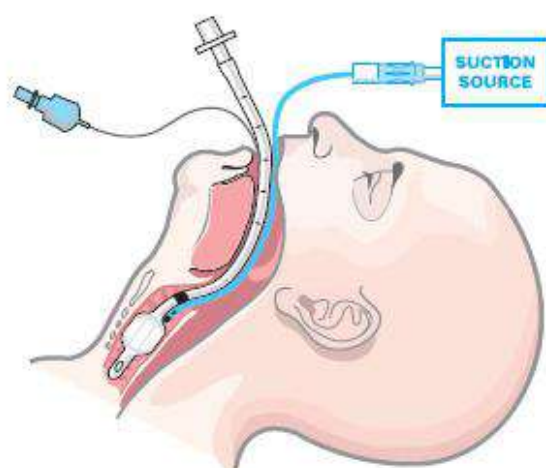
TABLE 1. Grading of the Quality of Evidence

Grade	Definition
I. High	Highly confident that the true effect lies close to that of the estimated size and direction of the effect. Evidence is rated as high quality when there is a wide range of studies with no major limitations, there is little variation between studies, and the summary estimate has a narrow confidence interval.
II. Moderate	The true effect is likely to be close to the estimated size and direction of the effect, but there is a possibility that it is substantially different. Evidence is rated as moderate quality when there are only a few studies and some have limitations but not major flaws, there is some variation between studies, or the confidence interval of the summary estimate is wide.
III. Low	The true effect may be substantially different from the estimated size and direction of the effect. Evidence is rated as low quality when supporting studies have major flaws, there is important variation between studies, the confidence interval of the summary estimate is very wide, or there are no rigorous studies, only expert consensus.

NOTE. Based on Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE)²³⁸ and the Canadian Task Force on Preventive Health Care.²⁴⁰



Σχήμα 1. Άθροιση εκκρίσεων πάνω από το cuff του ενδοτραχειακού σωλήνα.



Σχήμα 2. Η μηχανική αφαίρεση των εκκρίσεων έχειδειχθεί ότι μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εισρόφησης και ίσως είναι η πιο αποτελεσματική και ασφαλής παρέμβαση.

ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΔΕΣΜΗΣ ΜΕΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ VAP

Ημερομηνία: / / ΜΕΘ ☐ ΜΑΦ ☐

Ιδιότητα ατόμου που συμπληρώνει το έντυπο: Νοσηλεύτης ☐ Φυσιοθεραπευτής ☐

A. Εκτίμηση ασθενή για απογαλακτισμό (weaning)

1. Πραγματοποιήθηκε σήμερα το πρωί διακοπή της καταστολής; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
Αν ΌΧΙ, λόγω: Δεν ενδείκνυται η διακοπή της καταστολής ☐ Δε λαμβάνει καταστολή ☐
2. Ποια ήταν η τιμή της κλίμακας Ramsay πριν τη διακοπή της καταστολής; (συμπληρώστε) _____
3. Πραγματοποιήθηκε σήμερα η καταγραφή παραμέτρων weaning (MIP, f_B/V_t); ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
4. Πραγματοποιήθηκε σήμερα δοκιμασία αυτόματης αναπνοής (SBT); ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
5. Υπάρχει ιατρική οδηγία για το επίπεδο της κλίμακας Ramsay ως στόχο του βάθους της καταστολής;

	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Β. Υπογλωττιδική αναρρόφηση	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
1. Εάν ΝΑΙ, τι είδους αναρρόφηση πραγματοποιήθηκε;	Συνεχής ☐	Διακοπτόμενη ☐
2. Εάν η υπογλωττιδική αναρρόφηση είναι διακοπτόμενη, πόσες αναρροφήσεις έγιναν στο δωρο; (συμπληρώστε) _____		
3. Ποια είναι η πίεση του cuff?	15-30 mmHg ☐	< 15 mmHg ☐ >30mmHg ☐
Γ. Ανύψωση της κεφαλής του κρεβατιού στις 30 – 45°	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Εάν ΟΧΙ, λόγω: Αιμοδυναμικής αστάθειας ☐ Μηριαίος καθετήρας αιμοδιήθησης ☐ Τραύμα ΣΣ ☐		
Επεμβατική τεχνική ☐ Άλλο ☐ (περιγράψτε): _____		
Δ. Έλεγχος του κυκλώματος αναπνευστήρα		
1. Υπάρχουν σημεία ρυπαρότητας στο κύκλωμα του αναπνευστήρα	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
2. Υπάρχουν σημεία δυσλειτουργίας στο κύκλωμα του αναπνευστήρα	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Αν ΝΑΙ, στο ένα ή και στα δύο, από τα παραπάνω: Έγινε αλλαγή του κυκλώματος του αναπνευστήρα;		
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐		
Ε. Υγιεινή στοματικής κοιλότητας	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
1. Αξιολογήθηκε σήμερα η κατάσταση της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς σύμφωνα με την κλίμακα Eilers πριν την περιποίηση;	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
2. Εάν ναι, ποια ήταν η τιμή της κλίμακας Eilers; (συμπληρώστε) _____		
3. Πόσες φορές πραγματοποιήθηκε υγιεινή της στοματικής κοιλότητας στο δωρο; (συμπληρώστε) _____		
4. Χρησιμοποιήθηκε διάλυμα χλωρεξιδίνης για την υγιεινή της στοματικής κοιλότητας	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Αν ΟΧΙ, τι διάλυμα χρησιμοποιήθηκε (περιγράψτε) _____		

ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ RAMSAY

Ανήσυχος και διεγερτικός	1
Συνεργάσιμος, προσανατολισμένος και ήρεμος	2
Αποκρίνεται μόνο σε εντολές	3
Ζωηρή απόκριση σε ελαφρά πλήξη του μεσοφρύου ή σε ισχυρό ηχητικό ερέθισμα	4
Νωθρή απόκριση σε ελαφρά πλήξη του μεσοφρύου ή σε ισχυρό ηχητικό ερέθισμα	5
Καμία απόκριση σε ελαφρά πλήξη του μεσοφρύου ή σε ισχυρό ηχητικό ερέθισμα	6
Σε μη μέτρηση Ramsay	99

Η αξιολόγηση της κλίμακας Ramsay γίνεται μέχρι και 48 ώρες από τη διακοπή της καταστολής

ΚΛΙΜΑΚΑ ELIERS ΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Κλίμακα αξιολόγησης στοματικής κοιλότητας						
Βαθμολογία (Score): 5 – 15						
Παράμετροι	Περιγραφή και βαθμολογία (score) ανά περιγραφή					
Χείλη	Απαλά και ρόδινα	1	Ξηρά ή με λύση συνέχειας	2	Με εξέλκωση ή αιμορραγία	3
Βλεννογόνος γλώσσας	Υγρός και ενυδατωμένος	1	Εναλλαγές χρώματος: μπλε/ ερυθρό, λευκές κηλίδες, φλύκταινες, ελάχιστες αλλοιώσεις	2	Πολύ κόκκινος ή λεπτός, με λευκό επίχρισμα, εξέλκωση με ή χωρίς αιμορραγία, συγκεντρώνει αρκετές αλλοιώσεις	3
Ούλα	Ροδαλά και σφιχτά	1	Οιδηματώδη ή/και ερυθρά, λευκό επίχρισμα	2	Αιμορραγούν εύκολα ή/και με λευκό επίχρισμα	3
Δόντια	Χωρίς πλάκα	1	Πλάκα ή αλλοιώσεις σε εντοπισμένη περιοχή	2	Γενικευμένη πλάκα ή αλλοιώσεις	3
Σάλιο	Υγρό	1	Κολλώδες	2	Απόν	3
Βαθμολογία (Score):						
Τροποποίηση Eliers et al. 1988. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> 2007; 132-136						

7.3 Δέσμη μέτρων για την πρόληψη των λοιμώξεων που σχετίζονται με τη χρήση ενδαγγειακών καθετήρων

Εισαγωγή

Οι Κεντρικοί Φλεβικοί Καθετήρες (ΚΦΚ) προσφέρουν τη δυνατότητα να παρακολουθούμε αιμοδυναμικά τον ασθενή, να του χορηγούμε υγρά, φάρμακα, αίμα κτλ. Υπάρχουν διάφοροι είδη ΚΦΚ σε σχέση με το σημείο που εισάγονται ή με τη χρονική διάρκεια παραμονής τους κ.α. Από τη χρήση των ενδαγγειακών καθετήρων μπορεί να προκληθούν μηχανικές επιπλοκές ή λοιμώξεις. Οι λοιμώξεις που σχετίζονται με τη χρήση των ΚΦΚ αποτελούν την κυριότερη αιτία μικροβιαμίας και κατά πολύ μεγάλο ποσοστό μπορούν να προληφθούν.

Ορισμός

Ως λοίμωξη που συνδέεται με τη χρήση ΚΦΚ (CLABSI) ορίζεται η εργαστηριακή επιβεβαιωμένη μικροβιαμία κατά την οποία ο ασθενής φέρει ΚΦΚ για περισσότερο από 2 ημέρες, από την ημέρα της λοίμωξης, ΚΑΙ ο κεντρικός φλεβικός καθετήρας βρίσκεται τοποθετημένος στον ασθενή την ημέρα της λοίμωξης ή μία ημέρα πριν.

Κυριότερα παθογόνα

Τα πιο κοινά παθογόνα που θεωρούνται αιτιολογικοί παράγοντες για μικροβιαμία που σχετίζεται με τη χρήση ΚΦΚ είναι οι κοαγκουλάση-αρνητικοί σταφυλόκοκκοι, ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος, οι εντερόκοκκοι, η *Candida spp.* Παράλληλα οι gram (-) βάκιλλοι ευθύνονται για το 20% περίπου των λοιμώξεων που σχετίζονται με τη χρήση ενδαγγειακού καθετήρα. Για όλα τα παθογόνα που προκαλούν τις εν λόγω λοιμώξεις η μικροβιακή αντοχή αποτελεί μείζον πρόβλημα, ιδιαίτερα στις ΜΕΘ.

Παθογένεση

Υπάρχουν τέσσερις αναγνωρισμένες οδοί μέσω των οποίων μπορεί να μολυνθεί ο ενδαγγειακός καθετήρας:

- 1) κατά την εισαγωγή του καθετήρα, μέσω μετανάστευσης μικροοργανισμών του δέρματος διαμέσου του σημείου εισόδου του καθετήρα, πράγμα που αποτελεί και την κυριότερη οδό, τουλάχιστον για καθετήρες μικρής διάρκειας χρήσης
- 2) άμεση μόλυνση του καθετήρα ή των συνδέσεων αυτού μέσω μολυσμένων χεριών ή μέσω επιμόλυνσης από τις συσκευές
- 3) λιγότερο συχνά, αιματογενής διασπορά
- 4) σπάνια, από επιμολυσμένα υγρά που χορηγούνται

Οι λοιμώξεις που σχετίζονται με τη χρήση των ΚΦΚ αυξάνουν τη θνητότητα, το κόστος νοσηλείας και παρατείνουν τη νοσηλεία του ασθενή για τουλάχιστον μία εβδομάδα.

Υπήρξε λοιπόν επιτακτική ανάγκη για τη δημιουργία ενός νέου εργαλείου που θα ελέγχει τις διαδικασίες τοποθέτησης και φροντίδας των ΚΦΚ. Διεθνείς οργανισμοί με πρωταγωνιστή το Institute for Healthcare Improvement (IHI) διαμόρφωσαν ένα τέτοιο εργαλείο, μία δέσμη μέτρων (Care Bundle).

Στόχο έχουν την πρόληψη των λοιμώξεων που σχετίζονται με τη χρήση των ΚΦΚ με την καθολική και απόλυτη εφαρμογή των πέντε συστατικών φροντίδας που καλούνται «Δέσμη Μέτρων»

Τι είναι μία Δέσμη Μέτρων (Care Bundle);

Είναι ένα σύνολο από παρεμβάσεις που βασίζονται σε δεδομένα με αποδείξεις (evidence-based), σε ασθενή με κεντρικό φλεβικό καθετήρα, οι οποίες, όταν εφαρμοστούν όλες μαζί, προσδίδουν ένα βέλτιστο αποτέλεσμα από το να εφαρμόζονταν ξεχωριστά. Είναι μία μέθοδος για να μετράμε και να βελτιώνουμε την παρεχόμενη φροντίδα. Είναι ένας τρόπος να βεβαιωθούμε ότι όλες οι παρεμβάσεις εφαρμόζονται σε όλους τους ασθενείς σε όλες τις χρονικές στιγμές.

Δέσμες μέτρων έχουν αναπτυχθεί και εφαρμοστεί σε ευρύ πεδίο, όπως δέσμη μέτρων για την πρόληψη της VAP ή άλλες. Εδώ θα επικεντρωθούμε στη δέσμη για τη πρόληψη των λοιμώξεων από τους ΚΦΚ.

Τα πέντε συστατικά στοιχεία της «δέσμης μέτρων» είναι:

1. Υγιεινή των χεριών
2. Πλήρης ατομικός εξοπλισμός προστασίας
3. Χρήση αλκοολικής χλωρεξιδίνης 2% για την αντισηψία του σημείου εισόδου του καθετήρα
4. Επιλογή του κατάλληλου σημείου εισόδου του καθετήρα – αποφυγή τοποθέτησης σε μηριαία φλέβα
5. Καθημερινή παρακολούθηση και άμεση απομάκρυνση γραμμής όταν αυτή δεν είναι απαραίτητη

Τελικός στόχος από τη χρήση της Δέσμης είναι να διασφαλιστεί ότι όλοι οι άρρωστοι λαμβάνουν την καλύτερη φροντίδα βασισμένη σε αποδείξεις, σε όλες τις χρονικές στιγμές, να γίνει πιο εύκολο για τους κλινικούς να εφαρμόσουν τις κατευθυντήριες οδηγίες και τέλος να μειωθούν οι αποκλίσεις στη φροντίδα που χαρακτηρίζει τα νοσοκομειακά περιβάλλοντα.

Η «Δέσμη μέτρων» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του 2000 στις Η.Π.Α. και τα πρώτα αποτελέσματα από την εφαρμογή της ήταν αρκετά ικανοποιητικά.

Μπορούμε να εφαρμόσουμε τη Δέσμη Μέτρων στο Νοσοκομειακό μας περιβάλλον;

Η εφαρμογή της Δέσμης Μέτρων πρέπει να είναι ο στόχος μας προκειμένου να έχουμε αποτελέσματα στη πρόληψη των λοιμώξεων.

Για την εφαρμογή της Δέσμης Μέτρων αρχικά ορίζουμε το στόχο, για παράδειγμα: να μειώσουμε τις λοιμώξεις από ΚΦΚ στο 50% για την επόμενη χρονιά. Βασική προϋπόθεση είναι να γνωρίζουμε, μέσω της καταγραφής, πόσες λοιμώξεις έχουμε σήμερα. Εξασφαλίζουμε διοικητική υποστήριξη, επιλέγουμε τα χαρακτηριστικά φροντίδας υγείας που θα εφαρμόσουμε, δημιουργούμε μία διεπιστημονική ομάδα, χρησιμοποιούμε απλές μεθόδους μέτρησης π.χ. λίστες ελέγχου (checklists), μετράμε τη συμμόρφωση στην υγιεινή των χεριών και ανατροφοδοτούμε το προσωπικό που συμμετέχει με αποτελέσματα προκειμένου να εξασφαλίσουμε συμμετοχή και συμμόρφωση.

Ένας μόνο τρόπος υπάρχει για να δούμε αν έχουμε βελτίωση στις πρακτικές μας: να μετράμε.

Όταν επιδιώκουμε βελτίωση στη ποιότητα είναι σημαντικό να ελέγχουμε τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα.

Συγκεκριμένα:

- Διαδικασίες: εφαρμογή της δέσμης
 - Συμμόρφωση στη Δέσμη Μέτρων
 - Ορίζουμε τον αριθμητή: αριθμός ασθενών που έχουν ΚΦΚ που έχει εισαχθεί με τη χρήση της δέσμης μέτρων
 - Ορίζουμε τον παρονομαστή: συνολικός αριθμός ασθενών που έχουν ΚΦΚ . Διαιρούμε και πολλαπλασιάζουμε επί 100
- Αποτελέσματα: επίπτωση CLABSI
 - Υπολογισμός CLABSI
 - Ορίζουμε τον αριθμητή: αριθμός CLABSI ανά μήνα
 - Ορίζουμε τον παρονομαστή: συνολικός αριθμός ημερών καθετηριασμού (devices days) ανά μήνα. Διαιρούμε το κλάσμα και πολλαπλασιάζουμε επί 1000

Ας δούμε αναλυτικά τα πέντε συστατικά της Δέσμης:

1. Υγιεινή των χεριών

Εξασφαλίζουμε εξοπλισμό για εφαρμογή της υγιεινής των χεριών (μη υδατικά αλκοολούχα διαλύματα, νιπτήρες, χειροπετσέτες), ενισχύουμε το προσωπικό ώστε να εφαρμόζει υγιεινή των χεριών (αφίσες για το πλύσιμο των χεριών ή για τη χρήση των αλκοολούχων διαλυμάτων, μαθήματα για την σπουδαιότητα της εφαρμογής), παρακολουθούμε τη συμμόρφωση (χρησιμοποιούμε τη φόρμα παρακολούθησης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας).

Δεν ξεχνάμε ότι εφαρμόζουμε υγιεινή των χεριών πριν και μετά την τοποθέτηση, την φροντίδα του κεντρικού φλεβικού καθετήρα, την πρόσβαση ή την αντικατάσταση επιθέματος κάθε ενδαγγειακού καθετήρα.

2. Πλήρη Ατομικός Εξοπλισμό Προστασίας

Προκειμένου να μειώσουμε τις λοιμώξεις από τη χρήση IV καθετήρα πρέπει να χρησιμοποιείται πλήρης ατομικός εξοπλισμός προστασίας. Αυτό σημαίνει:

- Για το γιατρό: σκούφο, μάσκα, αποστειρωμένα ποδιά, αποστειρωμένα γάντια.
 - Για τον ασθενή: αποστειρωμένο μεγάλο πεδίο που να καλύπτει όλο το σώμα του αρρώστου.
- Η χρήση των παραπάνω προφυλάξεων πρέπει να ακολουθείται με ευλάβεια χειρουργείου! Για τη διευκόλυνση της διαδικασίας διατηρούμε όλο τον εξοπλισμό σε ένα τροχήλατο.

3. Χρήση αλκοολικής χλωρεξιδίνης 2% (εκτός αν αυτό αντενδείκνυται)

Η αλκοολική χλωρεξιδίνη 2% ως αντισηπτικό δέρματος φαίνεται ότι υπερτερεί άλλων αντισηπτικών. Εξασφαλίζουμε ότι εφαρμόζεται με την κατάλληλη τεχνική: χρόνος επαφής περίπου 30 sec με τριβή, κυκλοτερείς κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια, χρόνος για στέγνωμα 2 λεπτά.

4. Επιλογή σημείου εισόδου

Στους ενήλικες προτιμάται η υποκλείδιος φλέβα σε σχέση με την σφαγίτιδα ή την μηριαία φλέβα. Τεκμηριώνουμε την επιλογή του σημείου εισόδου του καθετήρα. Αν υπάρχει διαφορετική επιλογή κι αυτή έχει επαρκώς τεκμηριωθεί, δεν επηρεάζεται η συμμόρφωση στη «δέσμη μέτρων».

5. Αφαίρεση μη απαραίτητης γραμμής

Αποτελεσματικό μέτρο πρόληψης της λοίμωξης είναι η αποφυγή χρήσης κεντρικού φλεβικού καθετήρα. Επειδή κάτι τέτοιο είναι ανέφικτο σε αρκετές περιπτώσεις, υπάρχει ανάγκη για τη δημιουργία φόρμας που να αξιολογείται και να σημειώνεται καθημερινά η αναγκαιότητα χρήσης του καθετήρα.

Υπάρχουν εμπόδια κατά την εφαρμογή μίας Δέσμης Μέτρων;

Υπάρχουν αρκετά εμπόδια για την εφαρμογή μίας δέσμης μέτρων. Καθετί το διαφορετικό ενέχει τον φόβο της αλλαγής. Τα σύνθετα συστήματα δεν επιτρέπουν αλλαγές. Πολλές φορές υπάρχει δυσκολία στην επικοινωνία και ανεπαρκής υποστήριξη από το Νοσοκομείο.

Λίστα Ελέγχου Εισαγωγής Κεντρικού Φλεβικού Καθετήρα¹

Ονοματεπώνυμο ασθενούς:.....

Ημερομηνία Εισαγωγής Καθετήρα:/...../..... ΠΡΩΙ ☐ ΑΠΟΓΕΥΜΑ ☐

ΣΗΜΕΙΟ ΕΙΣΟΔΟΥ: Υ ☐ Σ ☐ Μ ☐ ΜΕΘ ☐ ΚΛΙΝΙΚΗ ☐

¹ Το παρόν έντυπο έχει συνταχθεί από την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

		NAI	OXI		
Επείγουσα διαδικασία τοποθέτησης ΚΦΚ;		☐	☐		
Χρησιμοποιήθηκε μηριαία φλέβα;		☐	☐		
Αν ναι: : δικαιολογείται η χρήση μηριαίας φλέβας;		☐	☐		
1	Προετοιμασία του χώρου				
	Όλα τα υλικά και ο εξοπλισμός βρίσκονται στη θέση τους	☐	☐		
	Ο κάδος αποβλήτων είναι κοντά στον ασθενή	☐	☐		
	Ο γιατρός δεν απομακρύνεται από τον ασθενή	☐	☐		
2	Προετοιμασία του ασθενή	NAI	OXI		
	Υγιεινή των χεριών πριν την επαφή με τον ασθενή	HW ☐ HR ☐	☐		
	Κάλυψη της κεφαλής του ασθενή με σκούφο	☐	☐		
3	Αντισηψία δέρματος	NAI	OXI	ΑΙΤΙΑ	
	Όλα τα υλικά για αντισηψία είναι αποστειρωμένα	☐	☐	E	Λ
	Χρήση χλωρεξιδίνης 2%	☐	☐	E	Λ
	Αποστειρωμένα γάντια για αντισηψία	☐	☐	E	Λ
	Αντισηψία δέρματος με κατάλληλη τεχνική	☐	☐	E	Λ
	Αντισηψία δέρματος: εφαρμόστηκε πριν την τοποθέτηση αποστειρωμένου εξοπλισμού από το γιατρό	☐	☐	E	Λ
4	Πλήρης ατομικός εξοπλισμός προστασίας	ΙΑΤΡΟΣ NAI OXI		ΒΟΗΘΟΣ NAI OXI	
	Σκούφος	☐	☐	☐	☐
	Μάσκα	☐	☐	☐	☐
	Υγιεινή των χεριών πριν την εφαρμογή εξοπλισμού	☐	☐	☐	☐
	Αποστειρωμένη ποδιά	☐	☐	☐	☐
	Αποστειρωμένα γάντια	☐	☐	☐	☐
	Ολόσωμο αποστειρωμένο πεδίο	☐	☐		
	Ακολουθήθηκε η σωστή σειρά εφαρμογής	☐	☐		
5	Επίθεμα στο σημείο εισόδου του καθετήρα	NAI	OXI	ΑΙΤΙΑ	
	Καθετήρας ακινητοποιήθηκε κατάλληλα	☐	☐		
	Κατάλληλη αντισηψία σημείου εισόδου καθετήρα	☐	☐		
	Σημείο εισόδου καθετήρα πλήρως καλυμμένο	☐	☐	E	Λ

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Grossman RF, Fein A (2000) Evidence based assessment of diagnostic tests for ventilator-associated pneumonia. *Chest* 117(4 supp 2):177S–181S
2. Dudeck MA, Horan TC, Peterson KD, et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report, data summary for 2010, device-associated module. *Am J Infect Control* 2011; 39(10):798–816
3. Klompas M. Eight initiatives that misleadingly lower ventilator associated pneumonia rates. *Am J Infect Control* 2012; 40(5):408–410
4. Safdar N, Dezfulian C, Collard HR, Saint S (2005) Clinical and economic consequences of ventilator-associated pneumonia: a systematic review. *Crit Care Med* 33:2184–2193
5. Rello J, Ollendorf DA, Oster G, Vera-Llonch M, Bellm L, Redman R, Kollef MH, VAP Outcomes Scientific Advisory Group (2002) Epidemiology and outcomes of ventilator-associated pneumonia in a large US database. *Chest* 122:2115–2121
6. Bonten, Marc J. M. PhD. Oral Decontamination is Cost-Saving in the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia in intensive care units. *Critical Care Medicine* 2004; 32:126-130
7. Report IC. New Oral Care Routine Eliminates VAP at Florida Hospital. ICP Report 2004; 9
8. Schleder B SK, Lloyd R. The Effect of a Comprehensive Oral Care Protocol on Patients at Risk for Ventilator-Associated Pneumonia. *Journal of Advocate Health Care* 2002; 4:27-30
9. Maciej PC and Safdar N. Topical chlorhexidine for prevention of ventilator-associated pneumonia: A metaanalysis. *Critical Care Medicine* 2007; 35: 595–602
10. Chan EY, Ruest A, Meade MO, Cook DJ. Oral decontamination for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adults: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007; 334(7599):889
11. Pileggi C, Bianco A, Flotta D, Nobile CG, Pavia M. Prevention of ventilator-associated pneumonia, mortality and all intensive care unit acquired infections by topically applied antimicrobial or antiseptic agents: a meta-analysis of randomized controlled trials in intensive care units. *Crit Care* 2011; 15(3):R155
12. Klompas M, Speck K, Howell MD, Greene LR, Berenholtz SM. Reappraisal of routine oral care with chlorhexidine gluconate for patients receiving mechanical ventilation: systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2014; 174(5):751–761
13. Dreyfuss D, Djedaini K, Weber P, et al. Prospective study of nosocomial pneumonia and of patient and circuit colonization during mechanical ventilation with circuit changes every 48 hours versus no change. *Am Rev Respir Dis* 1991; 143(4 pt 1): 738–743
14. Kollef MH, Shapiro SD, Fraser VJ, et al. Mechanical ventilation with or without 7-day circuit changes: a randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 1995; 123(3):168–174
15. Long MN, Wickstrom G, Grimes A, Benton CF, Belcher B, Stamm AM. Prospective, randomized study of ventilator associated pneumonia in patients with one versus three ventilator circuit changes per week. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996; 17(1):14–19
16. Hess DR KT, Mottram CD, Myers TR, Sorenson HM, Vines DL; American Association for Respiratory Care. Care of the Ventilator Circuit and Its Relation to Ventilator-Associated Pneumonia. *Respir Care*. 2003; 48:869-879
17. Lorente L, Lecuona M, Galvan R, Ramos MJ, Mora ML, Sierra A. Periodically changing ventilator circuits is not necessary to prevent ventilator-associated pneumonia when a heat and moisture exchanger is used. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2004; 25(12):1077–108
18. Schwenker D FM, Gift AG. A Survey of Endotracheal Suctioning with Instillation of Normal Saline. *Am J Crit Care* 1998; 7:255-260
19. Caruso P, Denari S, Ruiz SA, Demarzo SE, Deheinzeln D. Saline instillation before tracheal suctioning decreases the incidence of ventilator-associated pneumonia. *Crit Care Med* 2009; 37(1):32–38

20. Marik PE, Vasu T, Hirani A, Pachinburavan M. Stress ulcer prophylaxis in the new millennium: a systematic review and meta-analysis. Crit Care Med 2010; 38(11):2222–2228
21. Alhazzani W, Alenezi F, Jaeschke RZ, Moayyedi P, Cook DJ. Proton pump inhibitors versus histamine 2 receptor antagonists for stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. Crit Care Med 2013; 41(3): 693–705
22. Valles J, Artigas A, Rello J, et al. Continuous Aspiration of Subglottic Secretions in Preventing Ventilator-Associated Pneumonia. Ann Intern Med 1995; 122:179-186
23. Kollef MH, Skubas NJ, Sundt TM. A Randomized Clinical Trial of Continuous Aspiration of Subglottic Secretions in Cardiac Surgery Patients. Chest 1999; 116:1339-1346
24. Shorr AF, O'Malley PG. Continuous Subglottic Suctioning for the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: Potential Economic Implications. Chest 2001; 119:228-235
25. Smulders K, van der Hoeven H, Weers-Pothoff I, et al. A Randomized Clinical Trial of Intermittent Subglottic Secretion Drainage in Patients Receiving Mechanical Ventilation. Chest 2002; 121:858-862
26. Muscedere J, Rewa O, McKechnie K, Jiang X, Laporta D, Heyland DK. Subglottic secretion drainage for the prevention of ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis. Crit Care Med 2011; 39(8):1985–1991
27. St John R. Advances in Artificial Airway Management. Critical Care Medicine 1999; Care Nursing Clin North America: 7-17
28. Mayall GC. Ventilator Associated Pneumonia or Not? Contemporary Diagnosis. Emerging Infectious Diseases 2001; 7:200-204
29. Sole ML BJ, Ludy JE, Zhang Y, Banta CM, Brummel K. A Multisite Survey of Suctioning Techniques and Airway Management Practices. Am J Crit Care. 2003; 12:220-230 quiz 231-232
30. Valencia M, Ferrer M, Farre R, et al. Automatic control of tracheal tube cuff pressure in ventilated patients semirecumbent position: a randomized trial. Crit Care Med 2007; 35(6):1543–1549
31. Nseir S, Zerimech F, Fournier C, et al. Continuous control of tracheal cuff pressure and microaspiration of gastric contents in critically ill patients. Am J Respir Crit Care Med 2011; 184(9): 1041–1047
32. Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT, Nicolas JM, Nogue S, Ferrer M. Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomized trial. Lancet 1999; 354(9193):1851–1858
33. van Nieuwenhoven CA, Vandenbroucke-Grauls C, van Tiel FH, et al. Feasibility and effects of the semirecumbent position to prevent ventilator-associated pneumonia: a randomized study. Crit Care Med 2006;34(2):396–402
34. Keeley L. Reducing the risk of ventilator-acquired pneumonia through head of bed elevation. Nurs Crit Care 2007; 12(6):287–294
35. Heyland DK DJ, Dhaliwal R, Greenwood J. Optimizing the Benefits and Minimizing the Risk of Enteral Nutrition in the Critically Ill: Role of Small Bowel Feeding. JPEN 2002; 26:S51-S55
36. Hixson S SM, King T. Nursing Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. AACN Clin Issues 1998; 9:76-90, quiz 145-146
37. Kollef MHM. Prevention of Hospital-Associated Pneumonia and Ventilator-Associated Pneumonia. Critical Care Medicine 2004; 32:1396-1405
38. Kollef MH. The Prevention of Ventilator Associated Pneumonia. New England Journal of Medicine 1999; 340:627-634
39. Garpestad E, Brennan J and Hill NS. Noninvasive Ventilation for Critical Care. Chest 2007; 132:711–720
40. Keenan SP, Powers C, McCormack DG and Block G. Noninvasive Positive-Pressure Ventilation for Postextubation Respiratory Distress: A Randomized Controlled Trial JAMA. 2002;287:3238-3244

41. Esteban A, Frutos-Vivar F, Ferguson ND et al. Noninvasive positive-pressure ventilation for respiratory failure after extubation. *N Engl J Med* 2004; 350 :2452-60
42. Hess DR. Noninvasive positive-pressure ventilation and ventilator-associated pneumonia. *Respir Care* 2005;50(7):924–929
43. Burns KE, Adhikari NK, Keenan SP, Meade MO. Noninvasive positive pressure ventilation as a weaning strategy for intubated adults with respiratory failure. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(8):CD004127
44. Carron M, Freo U, BaHamam AS, et al. Complications of non-invasive ventilation techniques: a comprehensive qualitative review of randomized trials. *Br J Anaesth* 2013;110(6): 896–914
45. Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med* 2000;342:1471–1477
46. Brook AD, Ahrens TS, Schaiff R et al. Effect of a nursing-implemented sedation protocol on the duration of mechanical ventilation. *Crit Care Med* 1999; 27: 2609–2615
47. Schweickert WD, Gehlbach BK, Pohlman AS, Hall JB, Kress JP. Daily interruption of sedative infusions and complications of critical illness in mechanically ventilated patients. *Crit Car Med* 2004;32(6):1272–1276
48. Mehta S, Burry L, Cook D, et al. Daily sedation interruption in mechanically ventilated critically ill patients cared for with a sedation protocol. *JAMA* 2012;308(19):1985–1992
49. Ely EW, Baker AM, Dunagan DP et al. Effect on the duration of mechanical ventilation of identifying patients capable of breathing spontaneously. *N Engl J Med*. 1996; 335:1864-9
50. Kollef MH, Shapiro SD, Silver P et al. A randomized, controlled trial of protocol-directed versus physician directed weaning from mechanical ventilation. *Crit Care Med*. 1997; 25:567-74
51. Marelich GP, Murin S, Battistella F et al. Protocol weaning of mechanical ventilation in medical and surgical patients by respiratory care practitioners and nurses: effect on weaning time and incidence of ventilator-associated pneumonia. *Chest* 2000; 118:459–467
52. Fulbrook P, Mooney S (2003) Care bundles in critical care: a practical approach to evidence-based practice. *Nurs Crit Care* 8:249–255. 57
53. Cinel I, Dellinger RP (2006) Guidelines for severe infections: are they useful? *Curr Opin Crit Care* 12:483–488
54. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, Sexton B, Hyzy R, Welsh R, Roth G, Bander J, Kepros J, Goeschel C (2006) An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 355:2725–2732
55. Resar R, Pronovost P, Haraden C, limmonds T, Rainey T, Nolan T (2005) Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 31 :243-248.
56. Kompas M et al. Strategies to prevent Ventilatory-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals: 2014 Update' *Infect Control Hosp Epidemiol* August 2014; Vol. 35, No 8
57. Rello J, Lode H, Cornaglia G, Masterton R. A European care bundle for prevention of ventilator-associated pneumonia. *Int Care Med* (2010) 36 :773-780
58. 0C57B1202872/0/CentralLinesHowtoGuideFINAL.pdf
59. CDC: 2011 Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. <http://www.cdc.gov/hicpac/BSI/BSI-guidelines-2011.html>
60. Infusion Nurses Society. Infusion Nursing Standards of Practice. *J Inf Nurs*. 2011 Jan–Feb;34 Suppl 1:S1–110.
61. Canadian Patient Safety Institute (CPSI) Safer Healthcare Now! Preventing Central Line Infections: Components of Care. 2012. <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/CLI/Pages/default.aspx>.
62. United Kingdom Department of Health. Central Venous Catheter Care Bundle.
63. <http://www.dh.gov.uk/health/search?q=central%20venous%20catheter%20care%20bundle>.
64. Health Protection Scotland. Preventing infections when inserting and maintaining a CVC. Dec. 2012.