**UPUTE ZA PRIMJENU SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U OPSERVACIJI**

 **OBJEDINJENOG HITNOG BOLNIČKOG PRIJAMA (OHBP)**

**Uvod**

Po završenoj primarnoj trijaži, ukoliko je potrebno, pacijent ostaje na opservaciji i u tu svrhu medicinska sestra koristi Sestrinsku dokumentaciju objedinjenog hitnog bolničkog prijama. Ta dokumentacija je u slijedu ukupne dokumentacije prilog 14, 15. i 16.

Svrha sestrinske dokumentacije OHBP je pratiti stanje pacijenta u opservaciji OHBP.

Sestrinska dokumentacija objedinjenog hitnog bolničkog prijama sastoji se od:

- Prilog 14. - stranica 1 – Obrazac primarne procjene pacijenta – opservacija

- stranica 2 i 3 – trajno praćenje stanja pacijenta

- stranica 4 – osobne stvari/vrijednosti, otpust pacijenta, vodeći liječnik i medicinska sesta

- umetnuta lista – Evidencija ordinirane i primijenjene terapije u opservaciji OHBP-a

- Prilog 15. – Obrazac trauma

- Prilog 16. – Obrazac opeklina

Pomoć u određivanju prioriteta za pružanje zdravstvene skrbi tijekom opservacije u OHBP su VAS skala, Glasgow koma skor, revidirani Trauma skor.

Primarni ciljevi opservacije su:

-upozoravanje na novonastale promjene tijekom opservacije

-omogućiti brzu identifikaciju stanja koja ugrožavaju život i započinjanje zbrinjavanja pacijenta, odnosno potrebe za brzom intervencijom koja bi smanjila ugroženost života i patnju te poboljšala ishod liječenja

-poboljšanje komunikacije unutar multidisciplinarnog tima

-minimalizirati elemente subjektivnosti u procjeni prioriteta u zbrinjavanju pacijenata, odnosno razinu i kvalitetu skrbi temeljiti na objektivnim pokazateljima tijekom opservacije

-pratiti rizične pacijente koji zahtijevaju povećanu razinu skrbi

-primijeniti opservaciju pacijenta sukladno njegovim potrebama

-poboljšati sigurnost pacijenata odgovarajućim praćenjem

-osigurati nacionalni standard opservacije pacijenta

Opservacija pacijenta nakon trijažne odluke je složeno kliničko praćenje koje često zahtijeva brzo donošenje odluka i podrazumijeva veliku odgovornost. Iz tog razloga medicinska sestra mora znati prepoznati pacijentove tegobe, procijeniti promjenu njegovog stanja i eventualnu promjenu trijažne kategorije.

Odluke koje se donose tijekom opservacije temelje se na promatranju općeg izgleda, fokusirane kliničke anamneze i mjerenja vitalnih parametara.

Promatranje pacijenta je prvi korak u tom procesu. Od temeljne je važnosti za skrb pacijenta te je nedvojbeno jedna od najznačajnijih kliničkih vještina koje izvodi medicinska sestara.

Načini prikupljanja podataka:

1. Gledanje/promatranje

2. Slušanje i razgovor / komunikacija

3. Osjećanje

4. Palpiranje

5. Mjerenje.

Prikupljene podatke nužno je sistematizirati, kako bi poslužili u svrhu određivanja intervencija. Rano prepoznavanje pogoršanja zdravstvenog stanja rezultira boljim ishodima skrbi. U tu svrhu potrebno je koristiti se sustavom kontrole predloženih parametara i provesti detekciju onih parametara koji zahtijevaju hitnu intervenciju ili koji ukazuju na veliku mogućnost pogoršanja pacijentovog stanja.

**Pojašnjenje Sestrinske dokumentacije u opservaciji OHBP:**

Uvijek treba imati na umu da svaki pacijent koji je u opservaciji može vrlo brzo postati kritični pacijent. Bez obzira na to koliko je pacijent u kritičnom stanju, pristup je uvijek isti. Pacijent koji nije pri svijesti ili otežano diše, ima izrazito jaku bol u prsima, ima konvulzivni napadaj ili je bio sudionik prometne nesreće u kojem je bilo žrtava je kritični pacijent. Svaki pacijent čiji vitalni parametri nisu u okviru normalnih vrijednosti može vrlo brzo biti kritični pacijent. Stoga je važno znati da je Sestrinska lista dokument te je nužno pratiti i popuniti sve zadane parametre.

**Prilog 14. - stranica 1. – Obrazac primarne procjene pacijenta – opservacija**

Sestrinska anamneza:

-popunjava se odmah po smještaju pacijenta u opservaciju OHBP

-popunjavaju je medicinske sestre/tehničari - educirani za provedbu opservacije

-podaci se prikupljaju primarno od pacijenta, ako je moguće, ili od osoba u pratnji koje brinu o pacijentu, medicinskog i drugog osoblja te iz medicinske dokumentacije trijažnog postupka

-podaci se prikupljaju temeljem promatranja i mjerenja vitalnih parametara

-podatke koje nije moguće dobiti tijekom trijaže treba upisati naknadno, tijekom opservacije

-uz pripadajući odgovor u kvadratić staviti križić (X) ili ako odgovor nije ponuđen (drugo,ostalo) u isti stupac upisati traženu informaciju.

PROCJENA PACIJENTA U OPSERVACIJI OHBP: Svrha procjene je odrediti prioritet daljnjeg praćenja bolesne ili ozlijeđene osobe i na vrijeme uočiti postojanje stanja koja bi mogla dovesti do neposredne životne ugrozbe. Sve prikupljene informacije i izmjereni vitalni parametri predstavljaju osnovu za donošenje odluke o učestalosti praćenja potrebnih parametara, odabira intervencija zdravstvene njege i hitnosti obavješćivanja liječnika o stanju pacijenta tijekom opservacije.

**Parametri koje je potrebno pratiti:**

R - frekvencija respiracije

P - frekvencija pulsa (istovremeno mjeriti na a. carotis i a. radialis, mjeri se 10 sekundi i množi x6)

RR - krvni tlak, izmjeriti i upisati sistolički i dijastolički tlak

SpO2 - saturacija kisika mjerena pulsnim oksimetrom

GUK - glukoza u krvi

TA - tjelesna temperatura mjerena aksilarno

TR - tjelesna temperatura mjerena rektalno

GKS - Glasgow Coma Score

rTS - Revidirani trauma skor

AVPU - metoda za brzu procjenu stanja svijesti

**Brza procjena stanja svijesti (AVPU)**

 **A** - ALERT: pacijent je pri svijesti, budan, priča
**V** - VOICE: pacijent reagira na glasno dozivanje
**P** - PAIN: pacijent reagira na bolni podražaj (npr. bolni podražaj na sternum)
**U** - UNRESPONSIVE: pacijent ne reagira

**Glasgow Coma Score (GCS)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REAKCIJA | OPIS | SAT |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otvaranje Očiju | **4** spontano |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** na govor |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** na bolni podražaj |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** ne otvara oči |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Najboljaverbalna reakcija | **5** orijentiran |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** smeten |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** neprikladno |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** nerazumljivo |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** ne odgovara |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Najbolja motorna reakcija | **6** izvršava naloge |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** lokalizira bol |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** fleksija na bolni podražaj |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** abnormalna fleksija na bol |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** ekstenzija na bolni podražaj |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** ne reagira |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Revidirani trauma skor (rTS)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ukupni GCS | Sistolički krvni tlak (mmHg) | Frekvencija disanja(u minuti) | Bodovi |
| 13-15 9-12 6-8 4-5 3 | >8976-8950-751-49Nemjerljiv | 10-29>296-91-5ne diše | 43210 |

**Procjena boje kože:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Boja** | **Mogući uzrok** |
| Ružičasta | normalna boja kože |
| sivo-blijeda | hipovolemija, hipoksija |
| sivo-plava (cijanotična) | - nedostatna izmjena plinova- niska koncentracija kisika u krvi |
| Crvena | - visoki krvni tlak- otrovanje ugljičnim monoksidom- izrazito visoka tjelesna temperatura- toplinski udar- opekline od sunca- alergijska reakcija |
| žuta  | bolest ili poremećaj funkcije jetre |

**Temperatura i procjena vlažnosti kože:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Temperatura / vlažnost** | **Mogući uzrok** |
| Topla | normalni status |
| Vruća | - izrazito visoka tjelesna temperatura- hipertermija- opekline od sunca- pojačana tjelesna aktivnost / znojenje |
| Hladna | - rana faza šoka- pothlađivanje |
| Ledena | -kasna faza šoka- hipotermija- ozebline |
| ljepljiva, vlažna ili mokra | Šok |

**VAŽNO:**

1. Svaki pacijent koji nije pri svijesti, ima jaku bol u prsima unatoč lijekovima, otežano diše ili ima konvulzivni napadaj je kritični pacijent i **zbrinjava** se **odmah**.
2. Pacijent koji kod dolaska u opservaciju prima kisik ili medicinska sestra procijeni da će mu biti potreban tijekom opservacije treba biti primijenjen koristeći Pravilo 5 za primjenu lijeka.

Važno je znati da povećanje Tjelesne temperature za 1°C dovodi do ubrzanja srčane akcije za 8 do 10 otkucaja u minuti, a broj respiracija raste za 4 u minuti.

**STRANICA 2. i 3.**

**TRAJNO PRAĆENJE STANJA PACIJENTA**

**Vitalne funkcije**

* učestalost mjerenja odnosno monitoring vitalnih funkcija ovisi o zdravstvenom stanju pacijenta i prvotnoj procjeni u opservaciji OHBP
* svako mjerenje treba evidentirati

**Medicinsko- tehnički postupci**

* upisuju se podaci o provedenim medicinsko tehničkim postupcima u opservaciji OHBP
* upisati datum/vrijeme, mjesto (izgled mjesta insercije )

**Dijagnostički postupci**

* upisati datum/vrijeme kad je ordiniran postupak
* upisati naziv postupka
* upisati kad je planiran postupak
* upisati kad je izvršen postupak
* u dekurzus upisati eventualne promjene i zbivanja vezana uz pacijenta kao i podatke koje ćemo dobiti ili uočiti kod pacijenta tijekom opservacije.

**STRANICA 4.**

**Osobne stvari/ vrijednosti**

* popisati stvari/ vrijednosti te predati primatelju uz potpis

**Otpust bolesnika**

* upisati otpust iz opservacije OHBP, način otpusta – hospitalizacija ili ne, u slučaju odbijanja potrebne hospitalizacije potreban je potpis pacijenta, popis dokumentacije koja je predana pacijentu

**Vodeći liječnik i medicinska sestra**

* upisati vrijeme opservacije i potpis liječnika i medicinske sestre koji su skrbili o pacijentu

**Umetnuta lista – Evidencija ordinirane i primijenjene terapije u opservaciji OHBP-a**

* uz svaku primjenu lijeka medicinska sestra mora upisati datum, vrijeme, lijek, dozu, način davanja, učestalost davanja, liječnika koji je ordinirao lijek i potpisati se.

**Pojašnjenje kratica:**

I.M. < 6 mj - preboljeli infarkt miokarda prije manje od 6 mjeseci

I.M. > 6 mj - preboljeli infarkt miokarda prije više od 6 mjeseci

KOPB - kronična opstruktivna bolest pluća

HIV - pacijent pozitivan na virus humane imunodeficijencije

CVI - cerebrovaskularni inzult

**Prilog 15. – Obrazac trauma - sastoji se od stranice 1. i 2.** (koristi se u situacijama opservacije traumatiziranog pacijenta)

-zaokružiti vrstu ozljede te je označiti na slici

-evidentirati sve podatke koje je moguće

-upisati točno vrijeme (sat i minuta) prvog pregleda liječnika iz OHBP kao i ime i prezime dežurnog liječnika koji skrbi o pacijentu.

-pacijent koji odbija pregled obavezno treba potpisati odbijanje. Ukoliko pacijent odbija potpisati u napomenama navesti razlog.

**Provedeni postupci:** pretpostavlja postupke koji su kod pacijenta činjeni tijekom trijaže i pacijent je s nalazima u opservaciji. Označavaju se (X) svi provedeni postupci **.**

○ I.V. put - intravenski put

○ I.O. put - intraosealni put

○ EKG - priložen EKG

○ Infuzija - primijenjena infuzija

○ O2 - primjena kisika

○ Lijekovi - primijenjeni lijekovi

○ vanjska masaža srca - izvođena vanjska masaža srca

○ Defibrilacija - pacijent defibriliran

○ Drugo - ako je označeno potrebno je ispod upisati što

**STRANICA 2.** **Trauma**

-na slici označiti sva mjesta boli na koje ukazuje pacijent

-procijeniti bol po VAS skali (0-10).

-uz pripadajući odgovor u kućicu staviti križić (X) ili ako odgovor nije ponuđen (drugo,) u isti stupac upisati traženu informaciju

-ako je označeno DA- upisati sve lijekove koje je pacijent primijenio, dobio u OHBP tijekom trijaže ili uzima zbog ranijih bolesti

-upisati lokaciju boli

-u napomenama upisati sve važno vezano za pacijenta, a nije navedeno u listama

-obavezno se potpisati.

**Prilog 16. – Obrazac opeklina - sastoji se od stranice 1. i 2.** (koristi se u slučaju opservacije opečenog pacijenta):

-ispunjava se u potpunosti kao i sve liste

-na slici označiti sve lokacije opeklina

-uz pripadajući odgovor u svaku kućicu staviti križić (X) i zaokružiti DA ili NE

-upisati svaku sumnju i znakove zlostavljanja

-zaokružiti postotak na osnovu simptoma kod inhalacijskih ozljeda

-u napomene navesti sve važno o pacijentu, a ne nalazi se u ostalim listama

-obavijestiti liječnika o svakoj promjeni tijekom opservacije

-posebnu pozornost tijekom opservacije obratiti osobama s kompromitiranim dišnim putom i izraženom hipoksijom

-potpisati se.

**Napomena:**

Početno liječenje opeklina je usredotočeno na ograničavanje progresije njihove dubine i opsega

Pacijent s opsežnim opeklinama u početnom razdoblju rijetko premine, ali u neposrednom razdoblju smrt je posljedica pridruženih ozljeda, kompromitacije dišnog puta ili udisanja dima

Osobe s opeklinama mogu imati i druge ozljede prouzročene padovima ili drugim mehanizmima

Dugotrajno hlađenje može izazvati pothlađivanje i posljedični šok

Obratiti pažnju na nakit i odjeću koja nije slijepljena za kožu

Obratiti pažnju na opekline u pacijenata koji boluju od nekih drugih bolesti

Pacijenti brzo postaju hipoksični

Pulsni oksimetar u prisutnosti ugljičnog monoksida očitavat će normalne ili visoke vrijednosti

Pri procjeni pacijenta u kojeg se sumnja na trovanje ugljičnim monoksidom ne treba se rukovoditi bojom kože.

**DODACI Sestrinskoj dokumentaciji u opservaciji OHBP**

Ako je potrebno, sastavnice Sestrinske dokumentacije za bolničkog stacionarnog pacijenta mogu se koristiti i za pacijente u OHBP. (na primjer)

**-Unos i izlučivanje tekućine**

**-Procjena bola**

**-Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi**

lista služi za upis mogućih komplikacija tijekom ili nakon izvođenja medicinsko tehničkih postupaka,za pacijente kod kojih je prisutan veći rizik za pojavu komplikacija (uvođenje NG sonde ili lavaža unutarnjih organa kod hipotermije, bronhoaspiracija kod pacijenata s trombocitopenijom, kateterizacija urina kod pacijenata s trombocitopenijom ili pancitopenijom...)

liječnik treba biti suglasan s izvođenjem postupka, a to potvrđuje svojim potpisom

**-Izvješće o incidentu**

**-Otpusno pismo zdravstvene njege**

Dokumentaciju je izradila radna skupina Hrvatske komore medicinskih sestara u suradnji s radnom skupinom medicinskih sestara OHBP.

U Zagrebu, rujna, 2014.

Literatura:

1. ACT Health Policy: Modified Early Warning Scores (2007) retrieved 4/14/2011

<http://www.health.act.gov.au/c/health?a=dlpubpoldoc&document=756>

2. University of Newcastle, UK (2008) Early Warning Scores retrieved 4/14/2011 <http://archive.student.bmj.com/issues/08/09/education/320.php>

3.Automated Modified Early Warning System (MEWS): Early Detection of Patient Deterioration retrieved 4/14/2011 <http://www.ehealthconnection.com/regions/mercy_cincinnati/MEWS/MEWS%20Handout%209-09.pdf>

4. Early Warning Scoring System Proactively Identified Patients at Risk of Deterioration Leading to Fewer Cardiopulmonary Emergencies and Deaths (2009) Agency for Healthcare Research and Quality retrieved 4/14/2011 <http://www.innovations.ahrq.gov/content.aspx?id=2607>

5. Wirral University Teaching Hoapital-NHS.MEWS & Emergency Response Clinical Education and Development Team Version 004 April 2012 Review 2014

6.MEWS Escalation Policy – for the Management of Acutely Ill Adult Patients. Version 1. University Hospital of South Manchester.

7. Maccarone, M, Guerri, I, Franchi, M, Fricelli, C, Perretta, L, Zagli, G, Spina, R, Linden, M, Bonizzoli, M, Peris, A (2010). Impact of a systematic MEWS introduction on preoperative and postoperative evaluation in urgent/emergency surgery. Critical Care, 14 (Suppl 1): P255

8.Subbe, CP, Kruger, M, Rutherford, P, & Gemmel, L (2001). Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. Q J Med, 94, 521-526.

9. Chris Snyder, D.O.. CMIO/CQO. John Morcom, RRT. Director Respiratory Services. Peninsula Regional Medical Center. Predicting Care Using Informatics [www.mckesson.com/.../peninsula%20regional%20m](http://www.mckesson.com/.../peninsula%20regional%20m)...

# 10. Hammond, Naomi E., Spooner, Amy J., [Barnett, Adrian G.](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=hr&prev=/search%3Fq%3Daustralian-Mew%2Bscore%26espv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D610&rurl=translate.google.hr&sl=en&u=http://eprints.qut.edu.au/view/person/Barnett,_Adrian.html&usg=ALkJrhjaZc4ff87D5HNOEHifJv7mxU8U3A) , Corley, Amanda, Brown, Peter, I Fraser, John F. The effect of implementing a modified early warning scoring (MEWS) system on the adequacy of vital sign documentation. Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses, 2013, Vol.26(1), pp.18-22 [Peer Reviewed Journal]

11.Guidelines for Triage Education and Practice- Consistency of Triage in Victoria’s Emergency Departments, July 2001

12.National Early Warning Score (NEWS).Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Royal College of Physicians, Report of a working party July 2012.

13. Improving the Assessment and Triage of Patients with Mental Illness attending the Emergency Department [Masters dissertation]. Dublin: Royal College of Surgeons in Ireland; 2011.

14. Australian Government, Department of health and ageing Emergency Triage Education Kit. PO Box 9848, CANBERRA CITY ACT 2601 Website: [www.health.gov.au/publicat.html](http://www.health.gov.au/publicat.html) October 2007