Уход за трахеостомой, зондами, катетерами

ГАУЗ РКБ им. Н.А. Семашко
старшая медсестра отделения неврологии №3
Доржиева М.М.

Качество оказания сестринской помощи пациентам с ОНМК должно прослеживаться на всех этапах оказания медицинской помощи

Само реали зация
Потребность в признании
Потребность в приноделжности
Потребность в безопасности
Физиологические потребности

Как выстроена работа в РКБ им. Н.А. Семашко

1. Входной контроль
2. Наставничество

1.Приказ МЗ РФ № 381 от 07.06.19г
2.Практические рекомендации РЗН
3.ТВПМУ

1.Чек лист
2.Мониторинг

1. СОП
2. Методические инструкции
3. Обучение

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
Регистрационный № 55818
от "04" сентября 2019 г.

ПРИКАЗ

7 июня 2019 г. № 381н

Москва

**Об утверждении
Требований к организации и проведению
внутреннего контроля качества и безопасности
медицинской деятельности**

В соответствии со статьей 90 Федерального
№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан
(Собрание законодательства Российской Федерации
№ 26, ст. 3442; 2018, № 53, ст. 8415) п р и к а з ы в а
Утвердить Требования к организации и прове
качества и безопасности медицинской деятельности

Министр

19) проведение мониторинга длительности пребывания пациента в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;

20) подтверждение соответствия на всех этапах оказания медицинской помощи (включая применение лекарственных препаратов и медицинских изделий) личности пациента его персональным данным, содержащимся в том числе в документах, удостоверяющих личность (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, возраст), и в медицинской документации;

21) осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий[20], в том числе:

применение медицинских изделий в соответствии с технической и (или) эксплуатационной документацией, в соответствии с которой осуществляются производство, изготовление, хранение, транспортировка, монтаж, наладка, применение, эксплуатация, в том числе техническое обслуживание, а также ремонт, утилизация или уничтожение медицинского изделия;

обучение работников медицинской организации применению, эксплуатации медицинских изделий;

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР МОНИТОРИНГА И КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ" РОСЗДРАВНАДЗОРА

ПРЕДЛОЖЕНИЯ (ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ) ПО ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ПОЛИКЛИНИКЕ)

- Введение
- Используемые сокращен
- 1. Организация внутрен поликлинического звена
  - 1.1 Рекомендации
  - 1.2 Источники инф
  - 1.3 Требования к д
  - 1.4 Требования к а
  - 1.5 Практическое в
- 2. Основные разделы вн
  - 2.1 Управление пер
  - 2.2 Организация пр
  - 2.3 Организация ра
  - 2.4 Идентификаци
  - 2.5 Организация эк
  - 2.6 Диспансеризац
  - 2.7 Диспансерное н

cument/cons_doc_LAW_283845/bd19dcef3d8

- Введение
- Используемые сокращения
- 1. Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (амбулаторно-поликлинического звена)
  - 1.1 Рекомендации по использованию настоящих предложений
  - 1.2 Источники информации, используемые при проведении внутреннего контроля
  - 1.3 Требования к документации по стандартным операционным процедурам
  - 1.4 Требования к алгоритмам оказания медицинской помощи
  - 1.5 Практическое внедрение внутреннего контроля качества и безопасности в медицинской организации (поликлинике)
- 2. Основные разделы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике)
  - 2.1 Управление персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции.
  - 2.2 Организация профилактической работы. Формирование здорового образа жизни среди населения.
  - 2.3 Организация работы регистратуры
  - 2.4 Идентификация личности пациента
  - 2.5 Организация экстренной и неотложной помощи в поликлинике
  - 2.6 Диспансеризация прикрепленного населения
  - 2.7 Диспансерное наблюдение за хроническими больными
  - 2.8 Стационарзамещающие технологии (организация работы дневного стационара, "Стационара на дому")
  - 2.9 Преемственность оказания медицинской помощи. Передача ответственности за пациента
  - 2.10 Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП))
  - 2.11 Лекарственная безопасность. Фармаконадзор
  - 2.12 Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий
  - 2.13 Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами. Профилактика пролежней. Профилактика падений
  - 2.14 Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами
  - 2.15 Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения)
- Заключение

СТАНДАРТИЗАЦИЯ. НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ: ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

УТВЕРЖДЕНЫ И ВВЕДЕНЫ В ДЕЙСТВИЕ - Приказами Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 31 марта 2015 г.

ДАТА ВВЕДЕНИЯ В ДЕЙСТВИЕ: 1 марта 2016 года

ГОСТ Р 52623.4 – 2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств

ГОСТ Р 52623.3 – 2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода

ГОСТ Р 52623.2 – 2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг. Десмургия, иммобилизация, бандажи, ортопедические пособия

№	ФИО пациента	№ МСКБ	ПВК										Мочевой катетер				
			дата /время установки	дата /время удаления	общ. Колич. часов	Ослож н.	стадия флебита					результа т бак. посева	дата /время установки	дата /время удаления	общ. Колич. часов	Осло жн.	рзультат бак. посева
							0	1	2	3	4						
1	П	90															
2	Ч	86															
3	К	28															
4	З	24															
5	С	41															
6	Д	36															
7	М	06	03.09.19 10:00	04.09.19 12:00	26												
8	М	28															
9	Д	36															
10	Н	29	03.09.19 10:00	05.09.19 10:00	48												
11	Б	48															
12	Лу	/96															
	Итого				74										0		

Мочевой катетер, трахеостома, назогастральный зонд, пролежни, ЦВК, ИВЛ,ИОХВ

Риски с которыми сталкивается больной

- Риск возникновения пролежней
- Риск дыхательных нарушений (застойных явлений в легких)
- Риск развития контрактур суставов, гипотрофии мышц
- Риск травм
- Риск нарушения мочевыделения (инфицирование, образование камней в почках)
- Риск нарушения питания
- Дефицит самоухода и личной гигиены

Риск нарушения мочевыделения

Недержание наиболее частая форма нарушения мочеиспускания, у пациентов перенесших ОНМКСледить за полнотой опорожнения мочевого пузыря: проводить пальпацию низа живота. Прием уросептических препаратов (канефрон, урологический сбор, фитолизин) первые 10 дней, каждого месяца

Заменять подгузник для взрослых следует после каждой дефекации незамедлительно.
При частом мочеиспускании – каждые 3 или 4 часа, но не реже 2-3 раз в сутки.

Задержка мочи. Кроме неврологических причин, задержке мочи могут способствовать такие факторы как малая подвижность, длительное пребывание в положении лежа, инфекционные заболевания, задержка стула, прием снотворных и успокоительных лекарственных препаратов.

АКТУАЛЬНО 29.12.14

РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА им. Н.А. Семашко	Стандартная операционная процедура	СОП.МС – 006 – 2014 Первая редакция Лист 1 из 10
	УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА МОЧЕВЫМ КАТЕТЕРОМ	
	Введена в действие 26.12.14г.	

	Должность	ФИО	Подпись	Дата
Утверждено:	Главный врач	Лудупова Е.Ю.		26.12.14
Разработано:	Ст.м/с ОРИТ-2	Борбоева В.И.		26.12.14
	Ст.м/с ОРИТ-4	Бадмаева Е.Б.		26.12.14
Оформлено:	Ст.м/с ОРИТ-2	Борбоева В.И.		26.12.14
	Инженер по качеству	Денисова М.А.		26.12.14
Согласовано:	Главная медсестра	Ринчинова Н.В.		26.12.14
	Заведующая эпид.отделом	Буинова М.И.		30.12.14

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Цель	Организация работы по профилактике катетер-ассоциированных инфекций.
Область применения	Данная СОП распространяется на реанимационные отделения.
Технические средства:	Судно
Расходные материалы:	Стерильные перчатки, перевязочный материал, пинцет, зажим, абсорбирующая пеленка.

2. НОРМАТИВНО-СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

АКТУАЛЬНО 06.03.2018

РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА им. Н.А. Семашко	Стандартная операционная процедура	СОП.О – 030 – 2018 Первая редакция Лист 1 из 16
	КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН	
	Введена в действие 05.03.18	

	Должность	ФИО	Подпись	Дата
Утверждено:	Главный врач	Лудупова Е.Ю.		05.03.18
Разработано:	Врач – уролог	Данилов В.С.		02.03.18
	Старшая медсестра урологии	Батуева А.И.		02.03.18
	Старший медбрат травматологии	Шалданов Д.Ц.		02.03.18
	Старшая медсестра ОАР-3	Борбоева В.И.		02.03.18
	Медсестра урологии	Тугульдурова М.Д.		02.03.18
Оформлено:	Начальник отдела качества	Денисова М.А.		02.03.18
Согласовано:	Зам.гл.врача по ВМП	Дмитриев А.В.		2.3.18
	Главная медсестра	Ринчинова Н.В.		02.03.18
	Заведующая эпид.отделом	Буинова М.И.		02.03.18

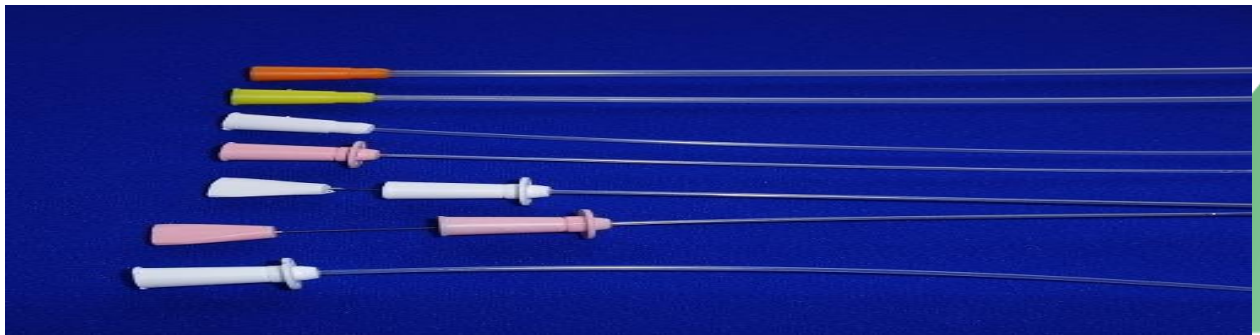
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Цель	Организация работы по постановке уретрального катетера. Установление единых требований к формированию навыков выполнения катетеризации мочевого пузыря у мужчин и женщин.
Область применения	СОП распространяется на все клинические и реанимационные отделения.
Технические	Судно, ширма

Виды и сроки отведения мочи

1. Краткосрочная катетеризация
   Необходимо использовать латексные или латексные с силиконовым покрытием (длительность катетеризации до 7 суток)
2. Длительная катетеризация (больше 7 дней)
   Необходимо использовать силиконовые катетеры –длительность катетеризации до 30 дней. При покрытиии катетера серебром длительность катетеризации может составлять до 90 дней
3. Интермиттирующая (периодическая) катетеризация
   Необходимо использовать одноразовый катетер, катетер сгидрофильным покрытием .Отличие в том, что катетер не находится внутри, он вводится только на момент удаления мочи, после чего выбрасывается. Выполняется это 4-6 раз в сутки.
4. Надлобковая катетеризация мочевого пузыря (троакальная эпицистостомия, цистостомия)

- У пациентов с недержанием мочи рекомендуется применять уропрезерватив



Риск нарушения питания

Всем пациентам с ОНМК находящимся в сознании, проводится скрининговая оценка глотания водой, жидкостью которую труднее всего проглотить, после этого решается вопрос о дальнейшем способе кормления пациента.

Если у больного есть нарушение глотания ему устанавливается назогастральный зонд ,бывает также что пациент может сглотнуть ,но с трудом и для профилактики дегидратации ему также ставится зонд но он находится на смешанном питании т.е.например 30 % пищи однородной, консистенции повидла через рот ,остальные 70% зондовое кормление.

Выбор назогастрального зонда

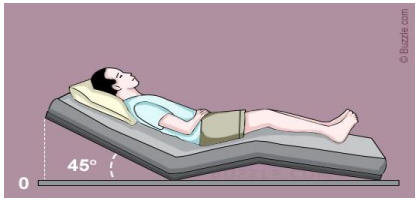
Полиуретановый зонд для введения энтерального питания назогастральным методом- рекомендуется использовать для длительного энтерального зондового питания! Может использоваться до 30 дней

Для длительного использования применяют полиуретановый зонды 8 – 10 Fr с металлическим проводником, который обеспечивает правильную постановку

Для контролируемого введения энтэрального питания целесообразно применение насосов(энтэроматов) и систем для гравитационного введения энтерального питания

Размер Fr	6	8	10	12	14	16	18
Наружный диаметр, мм	2,0	2,7	3,3	4,0	4,7	5,3	6,0
Внутренний диаметр, мм	2,0	1,47	2,03	2,5	3,06	3,63	4,2
Длина, см	105	105	105	105	105	105	105
Цветовая кодировка							

Типичные ошибки при кормлении больных



•Кормление в положении лежа на спине

•Недопустимо закладывание, вливание пищи в рот на вдохе. Подача и проглатывание пищи производится после выдоха и до начала следующего вдоха

•Недопустима подача пищи со стороны парализованной щеки

•Неправильный характер пищи: сухие блюда, водянистые напитки, продукты, содержащие всевозможные включения (пленки в овсяной каше, комки в манной и рисовой каше, йогурты и кисели с кусочками фруктов и ягод)

•Недопустим перевод пациента в горизонтальное положение сразу после завершения приема пищи! При этом неизбежно возникает рефлюкс с аспирацией при дыхании

•Недопустимо укладывание больного на бок на парализованную сторону после приема пищи- сам пациент не ощущает регургитацию пищи, и аспирация практически неизбежна!

•Недопустимо оставлять больного без внимания сразу после приема пищи

Риск дыхательных нарушений

АКТУАЛЬНО 21.06.2016

РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА им. Н.А. Семашко	Стандартная операционная процедура	СОП.МС – 015 – 2016 Первая редакция Лист 1 из 8
	УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКОЙ	
	Введена в действие 21.06.16	

	Должность	ФИО	Подпись	Дата
Утверждено:	Главный врач	Лудупова Е.Ю.		21.06.
Разработано:	Старшая медсестра ОРИТ №4	Бадмаева Е.Б.		21.06.16
Оформлено:	Инженер по качеству	Денисова М.А.		21.06.16
Согласовано:	Главная медсестра	Ринчинова Н.В.		21.06.16
	Заведующая эпидемиологическим отделом	Буинова М.И.		21.06.16

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Цель	Освобождение трахеостомической трубки от слизи; обеспечение должного санитарного состояния трубки; уход за послеоперационной раной и за кожей вокруг трахеостомической трубки.
Область применения	СОП распространяется на клинические отделения и отделения реанимации и интенсивной терапии при выполнении процедуры ухода за трахеостомической трубкой.
Технические средства:	Ножницы стерильные медицинские, пинцет стерильный, аспирационный катетер, почкообразный лоток для сбора использованного материала, отсос.
Расходные материалы:	Смотровые нестерильные перчатки, стерильные перчатки, стерильный перевязочный материал, кожный антисептик, перекись водорода 3%; 0,05% водный раствор хлоргексидина, 0,9% р-р NaCl и 4% раствор натрия гидрокарбоната, перевязочный материал, фиксатор трахеостомы.

Уход за трахеостомой

В течении 3-4 суток после операции на трахеостому накладывается стерильная салфетка с мазью бетадин

Санацию трахеи следует проводить в одноразовых перчатках специальными одноразовыми катетерами, по мере накопления слизи в верхних дыхательных путях, но не менее 8 раз в сутки! Дистальную часть катетера при манипуляции нужно держать стерильным пинцетом

КАТЕГОРИЧЕСКИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ ОДНИМ КАТЕТЕРОМ САНИРОВАТЬ ПОЛОСТЬ РТА, А ЗАТЕМ ТРАХЕЮ!!!

Уход за трахеостомой

При введении катетера в трахею система контроля разряжения должна
быть открыта. При выведении катетера из трахеи система контроля
Перекрывается пальцем прерывистыми движениями, с помощью которых
создается переменное разряжение в катетере (для профилактики травм трахеи)
После каждого выведения катетера из трахеи, катетер промывается
дистиллированной водой. Что бы не было гипоксии, однократное отсасывание
Не следует продолжать более 10-20 секунд

Если мокрота густая и трудно удаляется катетером, больному назначаются отхаркивающие препараты. С этой же целью больному проводят ингаляции, а в Трахеостомическую трубку во время санации Заливают 5-6 мл 1% р-ра диоксидина, разведенного физиологическим р-ом в соотношении 1:10

Тренинг
«Профилактика и лечение пролежней»

✓**Цель:** ***формирование навыков*** профилактики и ухода за пролежнями у тяжелых пациентов в стационаре и на дому

✓**Целевая аудитория:** средний медицинский персонал

✓**Количество слушателей** –

✓ 4-8

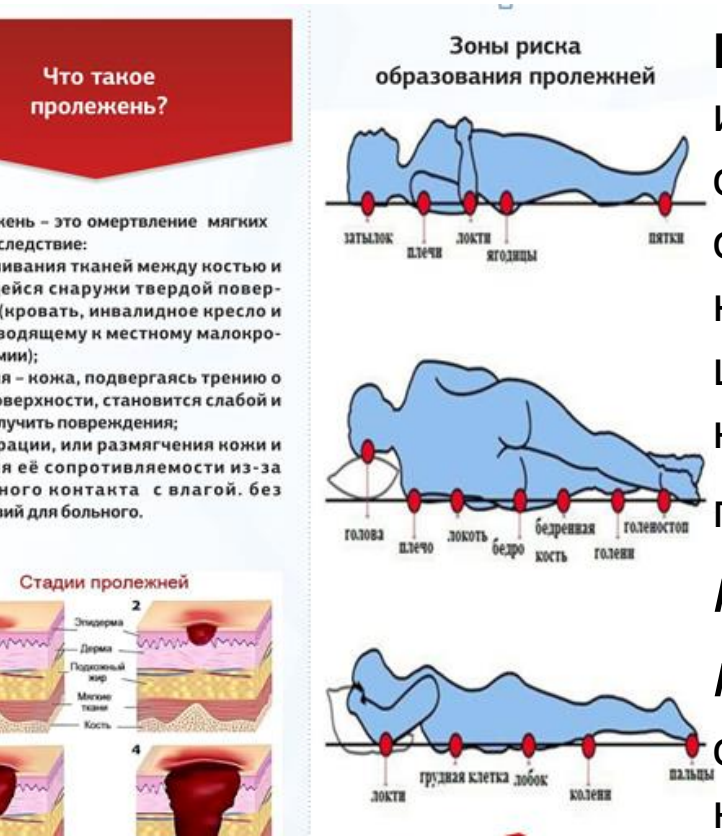
✓**Дата проведения:**

28 сентября 2019г

Тренинг
«Профилактика и лечение пролежней»

Автор тренинга Даржаев Эрдэм Будаевич
Квалифицированный специалист по профилактике и лечению пролежней
Продолжительность - 4 ч
Стоимость – 1 000 руб. (1 слушатель)
Дата проведения: 28 сентября 2019г
Заявки:
http://rkbsemashko.ru/, Региональный центр компетенций
Или
Тел. 43-63-54

Тренинг
«Профилактика и лечение пролежней»



В результате обучения слушатели:

изучат нормативно-правовые документы

отработают навыки проведения гигиенической обработки тяжелого пациента

научатся оценивать риск развития пролежней по шкале Ватерлоу

научаться проводить основные мероприятия по профилактики пролежней: *позиционирование пациента, обработка кожи, обработка пролежней*

ознакомятся со средствами для ухода

научаться применять средства индивидуальной защиты

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !

www.rkbsemashko.ru

rkbsemashko@yandex.ru