



ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ & ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση του Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής
του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδας
Μεσογείων 2, Γ' κτίριο Πύργος Αθηνών, Αθήνα 115 27
ΤΕΥΧΟΣ 40, ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2011

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ... ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ...

«Περικοπές... Εργασιακή εφεδρεία... Κεφαλικός φόρος... Στάση πληρωμών... Μαζικές αιτήσεις προσωπικού για συνταξιοδότηση, από φόβο μήπως χάσουν τα κεκτημένα δικαιώματα χρόνων και αγώνων των πάλαι ποτέ χρόνων... καμιά πρόσληψη... επιστροφή σε συνθήκες μεσαίωνα».

Όλα αυτά συμβαίνουν στο δημόσιο τομέα. Φυσικά αφορούν και τους εργαζόμενους των νοσοκομείων και κατ' επέκταση αφορούν και το νοσηλευτικό προσωπικό. Ποιος είπε ότι οι νοσηλευτές ανήκαμε στους δημόσιους υπαλλήλους; ΔΕΝ ΕΙΧΑΜΕ ΚΑΤΑΛΑΒΕΙ ΟΤΙ ΕΙΜΑΣΤΕ ΟΙ ΠΡΟΝΟΜΙΟΥΧΟΙ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ. Το προσωπικό που αμείβεται χαμηλότερα από κάθε άλλο εργαζόμενο υπάλληλο του δημοσίου. Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται με τόσες ελλείψεις υλικών πόρων και ανθρωπίνου δυναμικού. Το προσωπικό που προσπαθεί να παρέχει ΥΓΕΙΑ σε χώρους πολλές φορές ακατάλληλους για την υγεία, τόσο τη δική του όσων και των ασθενών του, χωρίς κατάλληλους χώρους νοσηλείας, χωρίς αποδυτήρια, χωρίς χώρους ανάπαυσης.

Η εργασία μας τις περισσότερες φορές στη βάρδια, γίνεται από ένα άτομο στα γενικά τμήματα που νοσηλεύονται 30-40-50 ασθενείς (εκεί όπου θα έπρεπε να εργάζονται τουλάχιστον 3-5 νοσηλευτές σύμφωνα με τους δείκτες **κατώτερης ασφαλούς στελέχωσης**). Παρόλα αυτά κανείς δεν μας αναγνωρίζει επαγγελματικά. Στα πλαίσια της επαγγελματικής μας εξαθλίωσης, ούτε εμείς οι ίδιοι δεν αναγνωρίζουμε τον εαυτό μας.

...Αλλά «όλοι μαζί τα φάγαμε»!! και φυσικά φταίμε και 'μεις –οι Νοσηλευτές-οι οποίοι ανήκουμε στο σώμα των δημοσίων υπαλλήλων...προσληφθέντων μέσω ΑΣΕΠ. Βέβαια η ειρωνεία είναι ότι ακόμη και με διαφορετικά κριτήρια να είχαν προσληφθεί οι περισσότεροι νοσηλευτές στα νοσοκομεία, πάλι κανείς δε θα κατηγορούσε κανέναν, δεδομένου ότι δεν επαρκούμε για να καλύψουμε τις ανάγκες του γενικού πληθυσμού.

Αγγίζει τα όρια της ανοχής μας η δήλωση που εξήγγειλε ο αξιότιμος Υπουργός Υγείας ζητώντας η στελέχωση των νοσοκομείων να καλυφθεί με **νοσηλευτικό προσωπικό 1,1 ανά κλίνη**, ζητώντας από τους Διοικητές να αναφέρουν το πλεονάζον προσωπικό τους. Σε ποια τριτοκοσμική πόλη ανακάλυψε αυτή τη στελέχωση και προσπαθεί να μας πείσει για την εφαρμογή της; **Ας ρίξει μια ματιά στον πίνακα (σελ.2) όπως αυτός δημοσιεύεται στον OECD Health Data 2011 και θα καταλάβει ότι είμαστε λίγο καλύτεροι από το Μεξικό ή από την Τουρκία!!!** Ζήσαμε να το ακούσουμε και αυτό...

Νομίζω ότι δεν πάει άλλο, δεν αντέχουμε. Είναι άδικο για μας, που «παλεύουμε» καθημερινά να αντεπεξέλθουμε σεβόμενοι την αξιοπρέπεια των ασθενών μας. Μήπως τελικά θα πρέπει να αρχίσουμε να σεβόμαστε τη δική μας αξιοπρέπεια γιατί «το βαρέλι έχει τρύπα στον πάτο και αρχίζουμε να πέφτουμε πιο κάτω»; Που είναι τα νομικά μας όργανα να μας υποστηρίξουν; Που είναι τα συνδικαλιστικά μας όργανα να μας ξεσηκώσουν, να ηγηθούν των διαμαρτυριών μας;

Νιώθω προδομένη απ' όλους και όλα και παράλληλα θυμωμένη. Σε λίγο θα πρέπει ίσως να τους ευχαριστώ για τα λίγα ευρώ που θα μου επιτρέψουν να παίρνω!!!! Σκεπτόμενη ότι υπάρχουν συνάνθρωποι μου που δεν πληρώνονται ενώ δουλεύουν ή κάποιοι που η μισθοδοσία του Οκτωβρίου τους ήρθε ΑΡΝΗΤΙΚΗ λόγω του δανείου που είχαν πάρει πριν 5 χρόνια.

Προβληματίζομαι αν τελικά πρέπει να εξαθλωθούμε και άλλο για να καταφέρουμε να ξεσηκωθούμε...έστω και χωρίς βακτηρίες.

Μαργίτσα Σκοπελίτου
Νοσηλεύτρια TE, MSc,
Ταμίας TEEN

HEALTH CARE RESOURCES

Nurses, Density per 1 000 population (head counts)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Australia ¹	10	9,9	9,9	9,9	10,1	9,7	..	10,1	10,2	..	..
Austria ¹	7,2	7,2	7,1	7,2	7,1	7,2	7,3	7,4	7,5	7,6	..
Belgium ³	..	..	..	..	..	..	..	..	..	14,8	..
Canada ¹	10,1	10	9,4	8,5	8,5	8,7	8,8	9	9,2	9,4	..
Chile ²	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	..	..
Czech Republic ¹	7,6	7,8	8	8	8,1	8,1	8,1	8	7,9	8,1	..
Denmark ¹	12,4	12,9	13,5	13,6	14	14,4	14,5	14,3	14,8	..	..
Estonia ¹	5,9	5,9	6,1	6,2	6,3	6,3	6,3	6,4	6,4	6,1	..
Finland ¹	9,3	..	..	..	9	9,1	9,3	9,4	9,6	..	..
France ²	6,7	6,9	7	7,2	7,4	7,6	7,8	7,7	7,9	8,2	8,5
Germany ¹	9,6	9,7	9,8	10	10,1	10,2	10,3	10,5	10,7	11	..
Greece ²	2,7	2,9	3,3	3,3	3,3	3,3	3,2	3,2	3,2	3,3	..
Hungary ¹	5,3	5,5	5,7	5,8	5,8	5,9	6,1	6,1	6,2	6,2	..
Iceland ¹	13,3	13,1	13,3	13,6	13,7	14	13,7	14	14,8	15,3	..
Ireland ¹	..	..	..	..	12,4	12,3	12,7	12,9	12,8	12,7	..
Israel ¹	5,2	5,6	5,7	5	5,2	5,3	5,2	5,2	5	4,5	4,8
Italy ³	5,6	5,7	5,7	5,8	5,8	5,8	6,1	6,1	6,3	6,4	6,5
Japan ¹	..	..	8,4	..	8,7	..	9,1	..	9,5	..	..
Korea ¹	3	3,2	3,4	3,5	3,8	3,8	4	4,2	4,4	4,5	..
Luxembourg ¹	7,4	7,5	7,8	8,9	9,1	11	10,9	..	..	..	..
Mexico ¹	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,4	2,4	2,5	..
Netherlands ¹	..	..	7,8	8	8,1	8,2	8,2	8,3	8,4	..	..
New Zealand ¹	..	..	..	..	..	9	8,8	9,2	9,7	10,5	..
Norway ¹	..	..	12,1	12,8	13,2	13,6	13,9	13,9	14	14,2	..
Poland ¹	5	4,9	4,9	4,7	4,9	5,1	5,1	5,2	5,2	5,2	..
Portugal ²	3,7	3,8	4	4,2	4,4	4,6	4,8	5,1	5,3	5,6	5,9
Slovak Republic ²	7,4	7,3	6,9	6,5	6,3	6	6	6,3	6,2	6	..
Slovenia ¹	6,9	7,1	7,2	7,4	7,4	7,5	7,6	7,8	7,9	8,1	..
Spain ¹	3,6	3,7	4,1	4	4,2	4,2	4,1	4,4	4,6	4,9	4,9
Sweden ¹	9,9	10,1	10,3	10,3	10,5	10,7	10,9	11	11	..	..
Switzerland ¹	12,9	13,2	13,7	14,3	14,1	14,1	14,5	14,7	14,9	15,2	..
Turkey ²	..	..	..	..	..	..	1,1	1,3	1,4	1,5	..
United Kingdom ¹	8,7	9	9,3	9,7	9,8	10,1	9,7	9,5	9,5	9,7	9,5
United States ²	10,2	10,2	10,2	10,1	10,3	10,4	10,5	10,6	10,8	10,8	..

Source: OECD Health Data 2011

1. Data refer to **practising** nurses. Practising nurses are defined as those providing care directly to patients

2. Data refer to **professionally** active nurses. They include practising nurses plus other nurses working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of nurses).

3. Data refer to all nurses who are **licensed to practice**.

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Μεσογείων 2, Γ΄ Κτίριο Πύργος Αθηνών, Αθήνα 115 27, Τηλ.: 210 7702861, Fax: 210 7790360

Εκδότες:

Αντώνης Δασκαλάκης, Μαρία Τσερώνη

Συντακτική Επιτροπή:

Μαρία Καλαφάτη, Γεώργιος Γεωργιάδης, Νίκος Γιάκης, Μαργίτσα Σκοπελίτου,
Ειρήνη Μαργέλου, Παναγιώτα Σαργιάνου, Ευτυχία Τσάφου

Επιμέλεια - Παραγωγή έκδοσης
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.

ΓΡΑΨΕ ΚΑΙ ΕΣΥ ΓΙΑ ΤΗΝ

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ



ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ

Δυσάρεστο είναι το κλίμα που πλέον βιώνει το Νοσηλευτικό προσωπικό των Δημόσιων νοσοκομείων, λόγω των διαρθρωτικών αλλαγών που προωθεί και εφαρμόζει η Κυβέρνηση.

Τα μέτρα που λαμβάνει η Κυβέρνηση τον τελευταίο ενάμιση χρόνο (λιτότητα, μείωση του Κοινωνικού Κράτους, αποδόμηση της Κοινωνικής Ασφάλισης, μεταβολές στην εργατική νομοθεσία, ενιαίο μισθολόγιο) –μέτρα που παρουσιάζονται ως μονόδρομος για την έξοδο της χώρας από την οικονομική κρίση – πλήττουν ολοένα και περισσότερο και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι νέες περικοπές στο μισθό μας που εφαρμόζονται έχουν αναδρομικό χαρακτήρα, από τις αρχές του 2011, καθώς ο κρατικός προϋπολογισμός έχει «πέσει» εκτός στόχων. Επίσης εφαρμόζεται η νέα έκτακτη εισφορά για τα εισοδήματα του 2011.

Νέος κύκλος περικοπών έρχεται στο συνταξιοδοτικό, με μειώσεις στις συντάξεις καθώς και με το νέο μισθολόγιο. Μέσω του νέου μισθολογίου έρχεται η επιβολή νέων μισθολογικών περικοπών και η πλήρης μισθολογική ισοπέδωση των εργαζομένων, διαμορφώνοντας έτσι ασφυκτικές εισοδηματικές συνθήκες για όλους μας. Επιπλέον, με την εξαγγελθείσα σύνδεση του νέου μισθολογίου, με το βαθμολόγιο και την αξιολόγηση, καταδικάζεται η πλειοψηφία των εργαζομένων σε μισθολογική καθήλωση. Βέβαια σε όσους έφυγαν με σύνταξη και έχουν την τύχη να είναι νεότεροι από 50 ετών –τους οποίους μέχρι και πέρυσι παρακαλούσε το Υπουργείο Εργασίας να συνταξιοδοτηθούν– θα τους υποχρεώσουν να καταβάλουν το 50% της σύνταξής τους. Η διασύνδεση Μισθολογίου - Βαθμολογίου και η συνάρτηση της Βαθμολογικής με την Μισθολογική εξέλιξη θα οδηγήσουν σε ένα νέο μοντέλο διοίκησης του Δημοσίου.

Το πάγωμα των προσλήψεων, ακόμη και πέρα από το 1/10, που επιχειρεί η κυβέρνηση στην υγεία, την ίδια στιγμή που οι ανάγκες αυξάνουν (μονάδες OKANA, ολοήμερη λειτουργία, με τη δραματική μείωση του προσωπικού λόγω συνταξιοδότησης, προσπαθεί να το αντιμετωπίσει με τις συγχωνεύσεις Νοσοκομείων, κλινικών, με τη μείωση κλινών, την ενοποίηση υπηρεσιών και τη διαρκή περιφορά του προσωπικού. Η αύξηση του ωραρίου εργασίας από 37,5 ώρες εβδομαδιαίως σε 40 ώρες, παρότι δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται για το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι στη λογική της εξοικονόμησης πόρων και προσωπικού.

Έρχεται το πρώτο κύμα εφεδρείας του ευρύτερου δημόσιου τομέα, που μπορεί μετά την παρέλευση ενός έτους να απολυθούν οι πρώτοι δημόσιοι υπάλληλοι. Επιπρόσθετα, ολοκληρώνεται η επεξεργασία των στοιχείων των υπαλλήλων στους φορείς της γενικής κυβέρνησης (νοσοκομεία, ΟΤΑ, ασφαλιστικά ταμεία), ώστε να προκύψουν άλλα 15.800 άτομα που θα ενταχθούν σε καθεστώς εφεδρείας.

Μέσα σε αυτό το ζοφερό κλίμα για τους νοσηλευτές υπάρχει και η θετική κατάληξη ενός πάγιου αιτήματος όλων των νοσηλευτών, η ένταξη μας στα βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα. Αναμένουμε το νομοσχέδιο για να δούμε τους όρους και τις προϋποθέσεις για την ένταξη των είδη υπηρετούντων νοσηλευτών.

Μέσα σε όλο αυτό το ολοκαύτωμα ολοκληρώθηκε και η διαδικασία εκλογών στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος. Μετά την εκλογική διαδικασία και τις αρχαιρεσίες της 22ης Ιουλίου 2011, προέκυψε το νέο Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΝΕ, στο οποίο μετέχει ο συνδυασμός της Ενώτητας Νοσηλευτών Ελλάδος με έντεκα έδρες και οι συνδυασμοί της Δημοκρατικής Συνεργασίας Νοσηλευτικής και η Ανεξάρτητη Νοσηλευτική Συσπείρωση με δύο έδρες αντίστοιχα. Το νέο Διοικητικό Συμβούλιο έχει μπροστά του μια καθαρή τριετία δουλειάς και δημιουργίας για την αναβάθμιση του κλάδου μας. Σε αυτή την προσπάθεια χρειαζόμαστε όλοι, ο καθένας από την θέση του, από το ρόλο του, με το δικό του τρόπο αλλά πάνω από όλα, όλοι μαζί, συλλογικά, μέσα από διάλογο με βούληση να συγκρουστούμε με πρακτικές και αντιλήψεις που μας κρατήσανε πίσω όλα αυτά τα χρόνια.

Νίκος Γιάκης
Γραμματέας TEEN

ΔΕΣΜΗ ΜΕΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ

Οι κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες (ΚΦΚ) προσφέρουν τη δυνατότητα να παρακολουθούμε αιμοδυναμικά τον ασθενή, να του χορηγούμε υγρά, φάρμακα, αίμα κτλ. Υπάρχουν διάφορα είδη ΚΦΚ σε σχέση με το σημείο που εισάγονται ή με τη χρονική διάρκεια παραμονής τους και η χρήση τους μπορεί να προκαλέσει μηχανικές επιπλοκές ή λοιμώξεις.

Οι λοιμώξεις που σχετίζονται με τη χρήση των ΚΦΚ αποτελούν την κύρια αιτία μικροβιαμίας στον ασθενή και σε πολύ μεγάλο ποσοστό μπορούν να προληφθούν. Η λοίμωξη μπορεί να προκληθεί κατά την εισαγωγή του καθετήρα, κατά το χειρισμό των συνδέσεων του καθετήρα, από επιμολυσμένα υγρά που χορηγούμε, πράγμα αρκετά σπάνιο, ή τέλος αιματογενώς ως προέλευση του παθογόνου από άλλη πηγή.

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).

Στόχος είναι η 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 από αποδείξεις (evidence-based), σε ασθενή με ΚΦΚ, οι οποίες όταν εφαρμόστούν όλες μαζί, προσδίδουν ένα βελτιωμένο 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 εφαρμόσται σε ευρύ πεδίο, όπως δέσμη μέτρων για τη πρόληψη της πνευμονίας του αναπνευστήρα (Ventilator Associated Pneumonia – VAP) ή άλλες. Το παρόν κείμενο αφορά τη Δέσμη για τη πρόληψη των λοιμώξεων από τους ΚΦΚ.

Τα πέντε συστατικά στοιχεία της Δέσμης είναι:

1. Υγιεινή των χεριών
2. Πλήρης ατομικός εξοπλισμός προστασίας κατά την εισαγωγή (τοποθέτηση) του ΚΦΚ
3. Χρήση αλκοολικής χλωρεξιδίνης 2% για την αντισηψία του σημείου εισόδου του ΚΦΚ
4. Επιλογή του κατάλληλου σημείου εισόδου του ΚΦΚ – αποφυγή τοποθέτησης σε μηριαία φλέβα
5. Καθημερινή παρακολούθηση και άμεση απομάκρυνση του ΚΦΚ όταν αυτός δεν είναι απαραίτητος

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
- να μειωθούν οι αποκλίσεις στη φροντίδα που χαρακτηρίζει τα νοσοκομειακά περιβάλλοντα.

Η Δέσμη 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 εμείς να εφαρμόσουμε τη Δέσμη Μέτρων στο Νοσοκομειακό μας περιβάλλον;

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

Για την εφαρμογή της Δέσμης Μέτρων αρχικά ορίζουμε το στόχο, για παράδειγμα: να μειώσουμε τις λοιμώξεις από ΚΦΚ στο 50% για το επόμενο έτος. 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. checklists (λίστες ελέγχου), 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 στην ποιότητα είναι σημαντικό να ελέγχουμε τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα:

- **Διαδικασίες: εφαρμογή της Δέσμης**

- ο Συμμόρφωση στη Δέση Μέτρων

- Ορίζουμε τον αριθμητή: αριθμός ασθενών που έχουν ΚΦΚ που έχει εισαχθεί με τη χρήση της Δέσμης
 - Ορίζουμε τον παρονομαστή: συνολικός αριθμός ασθενών που έχουν ΚΦΚ. Διαιρούμε και πολλαπλασιάζουμε επί 100

- **Αποτελέσματα: επίπτωση Βακτηραιμιών που σχετίζονται με ΚΦΚ (Catheter Related Blood Stream Infections - CR -BSI's)**

- ο Υπολογισμός CR-BSI's

- Ορίζουμε τον αριθμητή: αριθμός CR-BSI's 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 και μέσα για την 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 τη σπουδαιότητα της εφαρμογής).
- Παρακολουθούμε τη συμμόρφωση του προσωπικού στην υγιεινή των χεριών (χρησιμοποιούμε τη φόρμα παρακολούθησης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας).

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

- 2. Πλήρης Ατομικός Εξοπλισμός Προστασίας κατά την εισαγωγή (τοποθέτηση) του ΚΦΚ**

Προκειμένου να μειώσουμε τις λοιμώξεις από τη χρήση ΚΦΚ πρέπει, κατά την εισαγωγή του να χρησιμοποιείται πλήρης Ατομικός Εξοπλισμός Προστασίας. Αυτό σημαίνει:

- Για τον ιατρό: σκούφος, μάσκα, αποστειρωμένη ποδιά, αποστειρωμένα γάντια
- Για τον ασθενή: αποστειρωμένο μεγάλο πεδίο που να καλύπτει όλο το σώμα του

Η χρήση των παραπάνω προφυλάξεων πρέπει να ακολουθείται με ευλάβεια χειρουργείου! Για τη διευκόλυνση της διαδικασίας καλό είναι να υπάρχει όλος ο Ατομικός Εξοπλισμός Προστασίας 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 με το δέρμα: 30 sec με τριβή
- κυκλωτικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια
- χρόνος για στέγνωμα: 2 min

- 4. Επιλογή σημείου εισόδου του ΚΦΚ**

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

- 5. Αφαίρεση μη απαραίτητου ΚΦΚ**

Αποτελεσματικό μέτρο πρόληψης της λοίμωξης είναι η αποφυγή χρήσης ΚΦΚ. Επειδή κάτι τέτοιο σε αρκετές περιπτώσεις δεν είναι εφικτό, υπάρχει ανάγκη για τη δημιουργία ενός εντύπου (φόρμας) που καθημερινά να αξιολογείται και να σημειώνεται η αναγκαιότητα της διατήρησης του ΚΦΚ.

Υπάρχουν εμπόδια κατά την εφαρμογή μίας Δέσμης Μέτρων;

Υπάρχουν αρκετά εμπόδια για την εφαρμογή μίας Δέσμης Μέτρων. Καθετί το διαφορετικό ενέχει το φόβο της αλλαγής. Τα σύνθετα συστήματα δεν επιτρέπουν αλλαγές. Πολλές φορές υπάρχει δυσκολία στην επικοινωνία και ανεπαρκής υποστήριξη από το Νοσοκομείο. Όμως τελικά εμπόδιο είναι αυτό βλέπουμε όταν απομακρύνουμε τα μάτια μας από το στόχο. Και στόχος μας πρέπει να είναι πάντα ο άρρωστος...

Φανή Βεΐνη

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc

Νοσηλεύτρια Επιτήρησης Λοιμώξεων ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

1. Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/BF4CC102-C564-4436-AC3A-0C57B1202872/0/CentralLinesHowtoGuideFINAL.pdf>
2. Centers for Diseases Control and Prevention. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011. <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

Λίστα Ελέγχου Εισαγωγής Κεντρικού Φλεβικού Καθετήρα

Δήλωση / Παραδοχή	Οι κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες ((ΚΦΚ) είναι η κύρια αιτία λοιμώξεων οι οποίες σχετίζονται με ενδαγγειακές συσκευές. [1]. Οι μικρο-οργανισμοί που εισέρχονται κατά την εισαγωγή του καθετήρα δύνανται να προκαλέσουν επιμόλυνση της γραμμής. [2-4]. Είναι αποδεδειγμένο ότι η χρήση λίστας ελέγχου μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη διαδικασία εισαγωγής ΚΦΚ. [5].
Στόχοι	1. Να εξασφαλιστεί ότι η διαδικασία εισαγωγής ΚΦΚ στο νοσοκομείο/κλινική/μονάδα/χειρουργείο κ.λπ. θα είναι η βέλτιστη, επιστημονικά τεκμηριωμένη και θα ελαχιστοποιεί πιθανούς κίνδυνους επιμόλυνσης των ασθενών. 2. Να μπορεί να επιδείξει ποιοτική φροντίδα ΚΦΚ στο νοσοκομείο/ κλινική/ μονάδα/ χειρουργείο.
Προϋποθέσεις/ Απαιτήσεις	• Γνωστοποίηση όλων των ΚΦΚ που εισάγονται στο νοσοκομείο. • Συμφωνία με τους υπεύθυνους των τμημάτων, ότι σε κάθε εισαγωγή ΚΦΚ θα χρησιμοποιείται και η λίστα ελέγχου. • Απαραίτητη η ύπαρξη ενός μηχανισμού μέσα από τον οποίο θα γνωρίζουμε πότε ένας ΚΦΚ έχει τοποθετηθεί. • Δέσμευση των επαγγελματιών υγείας για την ασφάλεια των ασθενών. • Να μπορεί να διαπιστωθεί ότι εφαρμόζεται η σωστή διαδικασία εισαγωγής ΚΦΚ σε κάθε τμήμα. • Επιπρόσθετα της συλλογής εξοπλισμού για την τοποθέτηση ΚΦΚ, πρέπει να υπάρχει ένας συγκεκριμένος παρατηρητής εκπαιδευμένος στη χρήση της λίστας ελέγχου και στη σωστή διαδικασία εισαγωγής ΚΦΚ.
Διαδικασία	1. Κάθε φορά που εισέρχεται ένας ΚΦΚ, το άτομο που αναλαμβάνει αυτή την πράξη θα πρέπει να ορίζει τον παρατηρητή ο οποίος θα συμπληρώνει τη λίστα ελέγχου. 2. Ο παρατηρητής θα παρακολουθεί τη διαδικασία και θα καταγράφει τις παρατηρήσεις του στη λίστα ελέγχου. (Ο παρατηρητής μπορεί να συνεργαστεί με τον κύριο χειριστή για την εισαγωγή του ΚΦΚ, και να συμπληρώσει τη λίστα ελέγχου στο τέλος της διαδικασίας).
Μετά την εισαγωγή ΚΦΚ	Συμπλήρωση λίστας ελέγχου Παράδοση σε: _____ Συζήτηση των δεδομένων, αφού έχει επιστραφεί η λίστα ελέγχου.

Ημερομηνία: Ώρα::.....(24hr)	
Τοποθεσία: ΜΕΘ ☐ , ΤΕΠ ☐ , Χειρουργική κλινική ☐ , Παθολογική κλινική ☐ , Χειρουργείο ☐	
Άλλο:	
Προγραμματισμένη διαδικασία (τοποθέτηση) Ναι ☐ Όχι ☐, Ανταλλαγή οδηγών (δε συνιστάται) Ναι ☐ Όχι ☐, Επείγουσα διαδικασία (τοποθέτηση) Ναι ☐ Όχι ☐	
Επιβεβαιώνω ότι έχω ολοκληρώσει ένα εγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης εισαγωγής ΚΦΚ και ότι έχω πιστοποιηθεί για αυτή την πράξη.	Ναι ☐ Τσέκαρε αυτό το πλαίσιο ή το πλαίσιο παρακάτω
Δεν έχω ολοκληρώσει τέτοιο πρόγραμμα αλλά θεωρώ τον εαυτό μου ικανό να εισάγει ΚΦΚ. (Να πραγματοποιηθεί υπό επίβλεψη εάν έχει εισάγει <3 ΚΦΚ).	Ναι ☐
Η διαδικασία	
Ο χειριστής (και ο παρατηρητής) πραγματοποίησαν χειρουργικό πλύσιμο των χεριών.	Ναι ☐ Όχι ☐
Ο χειριστής (και ο παρατηρητής) φόρεσε τον προστατευτικό εξοπλισμό (αποστειρωμένα γάντια, αποστειρωμένη μπλούζα, μάσκα και σκούφο).	Ναι ☐ Όχι ☐
Διάλυμα χλωρεξιδίνης 2% εφαρμόστηκε στο σημείο εισαγωγής και στέγνωσε πριν την έναρξη της διαδικασίας.	Ναι ☐ Όχι ☐
Αποστειρωμένα πεδία τοποθετήθηκαν έτσι ώστε να δημιουργηθεί αποστειρωμένο χειρουργικό πεδίο.	Ναι ☐ Όχι ☐
Αριθμός διατρήσεων δέρματος:	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ≥4 ☐
Αριθμός περασμάτων βελόνας:	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ≥4 ☐
(Ζητήστε βοήθεια μετά από 3 αποτυχημένες προσπάθειες εισαγωγής ΚΦΚ)	
Τύπος καθετήρα ΚΦΚ ☐ Άλλο	Σημείο εισόδου Σφαγίτιδα ☐ Υποκλείδιος ☐ Μηριαία ☐ (αν είναι δυνατόν, να αποφεύγετε τη μηριαία)
	Πλευρά εισόδου Δεξιά ☐ Αριστερά ☐
Χρησιμοποιήθηκε αποστειρωμένο πεδίο κατά την εισαγωγή του ΚΦΚ.	Ναι ☐ Όχι ☐
Πραγματοποιήθηκε υπέρηχος.	Ναι ☐ Όχι ☐
Πραγματοποιήθηκε υπέρηχος σε πραγματικό χρόνο.	Ναι ☐ Όχι ☐
Καθαρίστηκε το αίμα από το πεδίο χρησιμοποιώντας διάλυμα χλωρεξιδίνης 2%.	Ναι ☐ Όχι ☐
Ο κεντρικό φλεβικός καθετήρας σταθεροποιήθηκε με:	
Χρησιμοποιήθηκε ειδικό αποστειρωμένο επίθεμα για κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες. (Το επίθεμα πρέπει να είναι ειδικά σχεδιασμένο για επικάλυψη ΚΦΚ).	Ναι ☐ Όχι ☐
Ονοματεπώνυμο χειριστή:	
Ονοματεπώνυμο προϊστάμενου (αν υπάρχει)	
Ονοματεπώνυμο παρατηρητή:	
Σημειώσεις διαδικασίας:	

Βιβλιογραφία

1. Coello, R., et al., Device-related sources of bacteraemia in English hospitals--opportunities for the prevention of hospital-acquired bacteraemia. J Hosp Infect, 2003. 53(1): p. 46-57.
2. Pratt, R.J., et al., epic2: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. J Hosp Infect, 2007. 65 Suppl 1: p. S1-64.
3. Pascual, A., Pathogenesis of catheter-related infections: lessons for new designs. Clin Microbiol Infect, 2002. 8(5): p. 256-64.
4. O'Grady, N.P., et al., Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep, 2002. 51(RR-10): p. 1-29.
5. Berenholtz, S.M., et al., Eliminating catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit. Crit Care Med, 2004. 32(10): p. 2014-20.

Η παραπάνω λίστα ελέγχου βασίζεται στη Central Vascular Catheter Insertion Checklist του Health Protection Scotland και είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα:
<http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/bundles/cvc/insertion/cvc-insertion-sop.pdf>

Μετάφραση – απόδοση στα ελληνικά
 Ιωάννα Πρασίνη, Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Προϊσταμένη Εκπαίδευσης ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ
 Μαρία Τσερώνη, Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΑ, ΚΕΕΛΠΝΟ / ΕΚΕΠΥ

Συνέδρια

