



Broj 12

AKTUALNO

TEMA BROJA

Perioperativna zdravstvena skrb bolesnika kod operacije sive mrene (katarakte)

17

INTERVJU

Nevenka Kreber,
bacc.med.techn.,
Glavna sestra očne operacije

21

Perioperativna njega osobe kod operacije štitnjače

22

Sestrinske intervencije prilikom izvođenja medicinsko tehničkih zahvata u ranoj trudnoći

25

Važnost enteralne nutritivne potpore u skrbi kirurških bolesnika

29



PREDSTAVLJAMO

Instrumentari kirurškog operacijskog trakta

17

Sadržaj / uredništvo	2
Riječ urednika	3
Riječ pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo	4
Tanjin blog	5
Međunarodni dan sestrinstva	6
Međunarodni dan primalja	7
Medicinske sestre u svijetu kvalitete učenika	8
Upravljanje kliničkim rizicima u zdravstvenoj njezi	10
Erasmus mobilnost studenata - boravak studenata iz Finske na Klinici za ginekologiju i porodništvo, KB „Sveti Duh“	12
Sebe pokreni, garderobu promjeni	13
Instrumentari kirurškog operacijskog trakta	14
Perioperativna zdravstvena skrb bolesnika kod operacije sive mrene (katarakte)	17
Intervju: Nevenka Kreber, bacc.med.techn., Glavna sestra očne operacije	21
Perioperativna njega osobe kod operacije štitnjače	22
Sestrinske intervencije prilikom izvođenja medicinsko tehničkih zahvata u ranoj trudnoći	25
Važnost enteralne nutritivne potpore u skrbi kirurških bolesnika	29
Izvješća	31
Donacija medicinske opreme međunarodnog kluba žena Zagreb odjelu neonatologije klinike za ginekologiju i porodništvo	37
Palčić gore	38
Za dušu	39

UREDNIŠTVO

Glavni urednik: Tomislav Maričić, bacc.med.techn.

Voditelj tima na odjelu koronarne i postkoronarne skrbi, Klinika za unutarnje bolesti

Vesna Konjevoda, dipl.med.techn.

Glavna sestra Zavoda za abdominalnu kirurgiju, Klinika za kirurgiju

Sanja Ljubičić, dipl.med.techn.

Glavna sestra za osiguranje i unapređenje kvalitete

Tanja Lupieri, mag.med.techn.

Glavna sestra za edukaciju

Dušica Lekić, bacc.med.techn.

Glavna medicinska sestra kirurških i ortopedskih instrumentara, Voditelj timova instrumentara

Jadranka Ristić, bacc.med.techn.

Glavna instrumentarka na Klinici za ginekologiju

Ana Zovko, primalja

Primalja na odjelu rodilja i babinjača, Klinika za ginekologiju

Mjesto objavljivanja: Zagreb

Godina objavljivanja: 2011.

Nakladnik: KB „Sveti Duh“, Sveti Duh 64, 10000 Zagreb

Učestalost objavljivanja: tromjesečno

Kontakt: moj.glas@kbsd.hr

Tomislav Maričić, bacc.med.techn.

Glavni tehničar koronarne i postkoronarne skrbi, Klinika za unutarnje bolesti

Poštovane čitateljice i čitatelji,

pred Vama je ljetni broj stručno informativnog glasnika „Moj glas“, glasnika medicinskih sestara/tehničara i primalja Kliničke bolnice „Sveti Duh“.

„Moj glas“ sigurno korača prema naprijed. Redovno online izdanje, zadnjih nekoliko brojeva prati i svakim brojem sve veća naklada tiskanog izdanja. Vjerujem kako, unatoč sve većoj informatičkoj pismenosti i dostupnosti, tiskano izdanje, ipak, ima određenu „težinu“ i značenje; a i mnogima od Vas koji sada čitate ovaj tekst, vjerojatno je papir još uvijek draži.

Pred nama je, po svemu sudeći, dugo, vruće ljetno. Osim na klimatske uvjete, tu mislim i na opseg posla koji predstoji svim medicinskim sestrama/tehničarima, kao i primaljama u ovim mjesecima godišnjih odmora. Nedostatak osoblja (*mnogo je razloga, da ih ne nabrajam*) dovodi do toga da radite duple smjene, kod većine Vas ljetni odmor svodi na to da se idete odmoriti od duplih smjena i pripremiti se za nastavak istih, kako bi se oni koji su prije Vas radili na isti način, mogli ići odmoriti i opet pripremiti za iste. Nadam se da će i tome začaranom krugu doći kraj...

Iskreno se nadam i vjerujem kako će, unatoč navedenom, sve zainteresirane medicinske sestre/tehničari i primalje Kliničke bolnice „Sveti Duh“ i dalje svojim idejama, stručnim radovima, informativnim člancima, fotografijama i drugim sadržajima doprinijeti u stvaranju idućih brojeva.

Novi, 12. broj glasnika, uz nove teme, zanimljivosti te izvještaje sa kongresa donosi predstavljanje instrumentara kirurškog operacijskog trakta.

Prigodno (12. svibnja) smo obilježili i međunarodni dan sestrinstva. Učenici Škole za medicinske sestre Vrapče predali su čestitke i pisma medicinskim sestrama i medicinskim



tehničarima, zaposlenicima KB Sveti Duh. Čestitke i pisma izradili su u znak zahvalnosti za profesionalan odnos koji pokazuju u radu sa njima.

05. svibnja uz slogan „Primalje za bolju budućnost“, Hrvatska komora primalja u suradnji s Hrvatskom udružom za promicanje primaljstva obilježila je Međunarodni dan primalja.

Svibanj je obilježila i jedna značajna donacija. 6. svibnja 2015. godine održana je svečana primopredaja donacije medicinske opreme Međunarodnog kluba žena Zagreb odjelu neonatologije Klinike za ginekologiju i porodništvo. Oprema je vrijedna 271.086 kuna, a Međunarodni klub žena novac je prikupio na svom 21. božićnom sajmu, na kojem su sudjelovale 43 zemlje.

Ovo je i prilika da iskažem zahvalnost **Dušici Lekić, bacc.med.techn.**, koja od idućeg broja više neće biti dio našega uredničkog tima. Hvala Vam za svaki tekst i stih, hvala Vam što ste Mom glasu dali odjeću dušu! Vjerujem da pjesma za kraj ipak nije posljednja...

Na kraju, kao i svaki put, podsjećam Vas na rubriku Moj glas, u kojoj želimo čuti i Vas, medicinske sestre/tehničare, primalje, suradnike, osobe drugih medicinskih i nemedicinskih djelatnosti te građane. Pišite nam, pitajte, komentirajte; šaljite nam stručne radove, informativne članke, fotografije i druge sadržaje.

Naš kontakt mail: moj.glas@kbsd.hr

Časopis „Moj glas“ osim u tiskanom obliku
čitajte i na službenoj Internet stranici KB „Sveti Duh“:

<http://www.kbsd.hr>

Marina Rukavina, dipl.med.techn.

Pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo
Glavna sestra bolnice



Poštovane kolegice i kolege,

obilazeći radilišta Bolnice i komunicirajući sa medicinskim i nemedicinskim djelatnicima, uočila sam da većina navodi kako su pod stresom.

Stres se definira kao odgovor organizma na prevelike obaveze koje nismo u stanju realizirati.

Uzroci stresa nazivaju se stresori, a mi ih na našim radilištima u Bolnici imamo često i previše, pa bi njihovo nabranje izazvalo dodatni stres.

Najčešći stresori koje djelatnici navode su ipak radni uvjeti i neadekvatna komunikacija.

U literaturi je zabilježeno da su najopasniji dugotrajni stresovi koji često izazivaju zdravstvene probleme.

I u našoj Bolnici je nažalost primjećeno da se često koriste kratka bolovanja.

Stresovima nažalost iz objektivnih razloga ne možemo pobjeći, ali se moramo i možemo naučiti nositi s njima.

Bilo bi puno lakše i produktivnije raditi kada bismo bili u stanju da nas ništa ne može izbaciti iz takta i da svakodnevne izazove rješavamo bez panike i nervoze.

Savjeti stručnjaka poput onog da moramo pronaći vrijeme za sebe, preispitati svoje dosadašnje ponašanje, suočiti se sa strahovima pomalo djeluju stereotipno i najčešće ih nismo u stanju provesti.

Stoga moramo biti realni i procijeniti koje su to situacije koje možemo promjeniti, a koje nisu pod našom kontrolom i sa čime se nažalost moramo pomiriti.

Najvažnije je ipak da živimo i surađujemo sa ljudima koji nas razumiju, koji nas cijene i koji su spremni pomoći. Upravo takvi su djelatnici naše Bolnice, požrtvovani, vrijedni i nadasve brižni prema bolesnicima.

Pred nama je najljepši dio godine, planiraju se godišnji odmori, stoga Vam želim da odmorite dušu i tijelo i da sa svojim najmilijima provedete predivno dugo toplo ljetno.

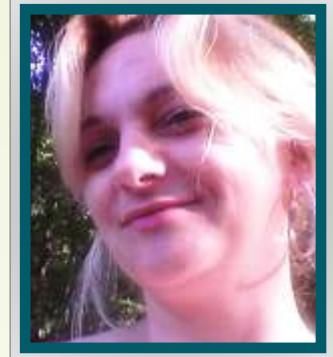
Srdačan pozdrav,

Tanjin blog

Tanja Lupieri, mag.med.techn.

Gdje su naši pripravnici?

Dolazi nam ljetno i nestrpljivo čekamo da nakon cijele godine marljivog rada krenemo na godišnji odmor. Zaslužili smo ga jer smo radili ponekad i više od naših mogućnosti zbog premalog broja medicinskih sestara. Medicinske sestre odlaze na rad u EU zbog različitih razloga, pretežno smo ženska profesija pa su učestala trudnička bolovanja i porodiljni dopusti, a vrlo često imamo i dugotrajna bolovanja.



Naravno da im se posebno sviđa na odjelima gdje se prema njima odnose kao prema kolegicama, uče ih različitim vještinama i imaju vremena za njih, tako da se posebno vesele kada ih se rasporedi na njihove odjele.

S druge strane medicinske sestre hvale pripravnike, a posebno pojedince koji se posebno ističu svojom zainteresiranošću za posao. Bilo bi im drago da se nakon pripravničkog staža zaposle u našoj bolnici jer su se kroz staž posebno istaknule kao dobre kolegice.

S jetom se sjećam svog pripravničkog staža, bilo je to davno, a kolegice i kolege koje sam tada upoznala većinom su u mirovini ili jako blizu nje. Najviše vremena provela sam u hitnoj internističkoj i kirurškoj ambulantni i tamo mi je bilo najljepše.

Nadam se da ćete i vi našim pripravnicima ostati u lijepom sjećanju i da će vas se sjetiti nakon puno godina. Oni vam šalju svoje vesele pozdrave i osmjehe i žele vam da se lijepo odmorite na godišnjem odmoru. Za to vrijeme oni će gasiti "požare".

Za kraj moram priznati da će mi biti žao što nećemo imati pripravnika i sigurno ćemo se pitati gdje su naši pripravnici? Želim Vam da se odmorite na godišnjem gdje god bili, na moru, u gradu, na selu, u planini ili u svoja "četiri zida".



Glavne sestre sada imaju veliki problem kako organizirati rad na svojim radilištima i svojim ljudima dati godišnji odmor. Njihove molbe upućene su Glavnoj sestri bolnice koja nije čarobnica nego Pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo i u okviru svojih mogućnosti čini sve kako bi osigurala zapošljavanje medicinskih sestara u našu bolnicu. Jedini adut koji ima u rukavu je tridesetak pripravnika koji su raspoređeni po našoj bolnici odradujući pripravnički staž.

Taj mali broj pripravnika drži kao par kapi na dlanu i njima gasi "požar" po cijeloj bolnici. Glavne sestre pokušavaju organizirati posao uz pomoć pripravnika koje raspoređuju s medicinskom sestrom koja ima pravovaljano odobrenje za samostalan rad.

Kada završi pripravnički staž ova generacija, neće više biti pripravnika iz srednjih medicinskih škola, jer nam dolaze medicinske sestre/tehničari s petogodišnjom srednjom školom. Ovo je zadnja generacija "srednjoškolskih" pripravnika, a od sada pa nadalje imati ćemo samo mali broj pripravnika sa dodiplomskim i diplomskim studijima sestrinstva.

Pripravnici u našoj bolnici izuzetno hvale naše medicinske sestre, koje su im mentorи na odjelima.



Proslava Međunarodnog dana sestrinstva u Kliničkoj bolnici „Sveti Duh“

Tanja Lupieri, Jadranka Ristić

Međunarodni dan sestrinstva medicinske sestre i tehničari cijelog svijeta obilježavaju 12. svibnja, u spomen na rođenje Florence Nightingale, začetnice modernog sestrinstva.

Međunarodno vijeće medicinskih sestara (ICN), kao najveća sestrinska organizacija, svake godine poziva medicinske sestre da se suoče sa problemima u sestrinstvu. Tema međunarodnog dana medicinskih sestara za 2015. godinu je: „Medicinske sestre, snaga za promjene – Isplativija i efikasnija zdravstvena njega“.

U Kliničkoj bolnici Sveti Duh, 12.5. 2015. god. od 11-13 sati u organizaciji Pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo, Marine Rukavine provedena je akcija mjerjenja krvnog tlaka i GUK-a, te edukacija pacijenata o sigurnosti bolesnika. Akciju su pohvalili pacijenti koji su došli u bolnicu na pregledе i pretrage i sudjelovali u njoj, a provodile su ju pripravnice naše bolnice: Antonija, Ivana, Ana i Blanka.

Prigodom proslavom za medicinske sestre i tehničare obilježili smo Međunarodni dan sestrinstva, 12. svibnja 2015. god. u 13.00 sati u centralnoj predavaonici Bolnice.

Medicinskim sestrama čestitke su uputili: Marina Rukavina, Pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo KB Sveti Duh, Prof.dr.sc. Mladen Bušić, Ravnatelj KB Sveti Duh, počasna gošća Anica Prašnjak, Predsjednica Hrvatskog strukovnog sindikata medicinskih sestara-medicinskih tehničara (HSSMSMT) i Brankica Grgurić Predsjednica podružnice HSSMSMT. Proslavi je prisustvovala i zamjenica ravnatelja prim.dr.sc. Danijela Bejuk.

Nakon toga održano je predavanje na temu: „Povijest i sadašnjost medicinskih sestara/tehničara u KB Sveti Duh“, a predavanje je održala Tanja Lupieri. Proslavu je uveličao svojim nastupom pijanista, orguljaš i skladatelj Vitomir Ivanjek.

Medicinske sestre i tehničari odazvali su se u značajnom broju i svojim sudjelovanjem obilježili Međunarodni dan sestrinstva u našoj Bolnici.



Međunarodni dan primalja

Ana Zovko

Uz slogan „Primalje za bolju budućnost“ Hrvatska komora primalja u suradnji s Hrvatskom udrugom za promicanje primaljstva obilježila je 5.svibnja Međunarodni dan primalja.

Primalje žele skrenuti pozornost na činjenicu da svim sadašnjim i budućim rodiljama, trudnicama i dojiljama treba omogućiti vještu i educiranu primalju.

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u zdravstvenom sustavu radi oko 1800 primalja, od kojih 68 posto u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, a 21 posto radi u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite.

Primalja ima izuzetno važnu ulogu u pružanju potpore majkama za vrijeme i neposredno poslije poroda sudjelovanjem u vođenju poroda te poslije poroda svojim stručnim savjetima o postpartalnoj njezi i važnosti dojenja za fizički i emocionalni razvoj djece.

S obzirom na velik napredak perinatalne medicine, uvođenje brojnih novih dijagnostičkih i terapijskih postupaka, primaljama je potrebna naobrazba na visokoškolskoj razini.

U skladu s tim, hrvatsko zdravstvo treba primalje koje će vladati znanjima i vještinama zdravstvene njege, ali i visokoobrazovane primalje za područje upravljanja i rukovođenja,javnog zdravstva i školovanja.

Prva primaljska škola u Hrvatskoj je osnovana 1786.godine u Rijeci.

Škola za primalje ponovno je otvorena 1991.u Zagrebu a 2008. godine Hrvatski sabor usvaja Zakon o primaljstvu kojim se određuje djelatnost i djelokrug rada primalja.

Tako je prvi put u novijoj povijesti primalje priznata profesija koja danas ima i svoju udrugu i komoru.

SVJETSKI DAN PRIMALJSTVA

05.svibnja



Medicinske sestre u svjetu kvalitete učenika

Mirjana Kozina, Višnja Vičić-Hudorović
Škola za medicinske sestre Vrapče, 10029 Susedgrad, Bolnička c. 32

Povodom Međunarodnog dana sestrinstva 12. svibnja 2015. učenici Škole za medicinske sestre Vrapče predali su čestitke i pisma medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima, zaposlenicima KB Sveti Duh.



Čestitke i pisma izradili su u znak zahvalnosti za profesionalan odnos koji pokazuju u radu sa njima.

U izradi čestitki i pisanja pisama sudjelovali su učenici trećih i četvrtih razreda Škole za medicinske sestre Vrapče, vođeni od strane nastavnica strukovnih predmeta Višnje Vičić-Hudorović, mag.med.techn. i Mirjane Kozina, mag.med.techn.

Čestitke su primile glavna sestra i pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo Marina Rukavina dipl.med.techn., Tanja Lupieri, mag.med.techn., Sanja Ljubičić, dipl.med.techn. kao i sve glavne sestre kliničkih odjela na kojima se realiziraju kliničke vježbe predviđene strukovnim kurikulumom za stjecanje kvalifikacije medicinska sestra opće njege / medicinski tehničar opće njege.



Zanimljiv način čestitanja i zahvalnost za korektan odnos primile su medicinske sestre/medicinski tehničari koje su na poseban način ušli u svijet kvalitete svakog pojedinog učenika.

Objašnjavajući svijet kvalitete, Glasser ga opisuje i kao mjesto na kojem se dobro osjećamo, na koje želimo ponovno doći i koje nam pomaže u zadovoljavanju naših potreba (1).



Svakim dolaskom na nastavnu bazu učenici su izloženi stresu od očekivanja koja pred njih postavljaju strukovni voditelji, kolegice na radnom mjestu i specifična obilježja svakog pojedinog bolničkog odjela kroz različite mogućnosti prilagodbe i uključivanja u sam proces rada.

Istodobno smo suočeni s realnim sve većim svakodnevnim zahtjevima na radnom mjestu medicinskih sestara /medicinskih tehničara i upravo iz tog razloga je izuzetno vrijedno i pohvalno profesionalno prihvatanje učenika kao budućih radnih kolega.

Takov odnos predstavlja temelj za lakšu profesionalnu socijalizaciju koja započinje upravo tijekom srednjoškolskog obrazovanja(2).



Sudeći po broju pisama koje su učenici uputili medicinskim sestrama, Dragica Šprem, bacc.med.techn. glavna sestra Kliničke farmakologije, zauzima posebno mjesto u svijetu kvalitete učenika.

„Ugodno sam iznenađena pismima koje sam primila, pogotovo sadržajem.

Nikada ne bih ni pomislila da učenici zapažaju sve što se događa na odjelu.

Počev od odnosa prema bolesniku, kolegicama i drugim suradnicima, a i prema profesiji. Sva pisma čuvam u posebnoj fascikli iako sam ponosna na njih, izjavljuje sestra Dragica.



Na odjelu pulmologije sestra Anita, Adrijana, Nikolina, i opservaciji Ivanka, Ana i Marko. Na kardiologiji kolega Tomislav, Slobodanka, u urološkom šoku Bojana, na abdominalnoj kirurgiji Zoran, pripravnica Valentina i još mnogi drugi, svojim stavom, odnosom i uključivanjem u proces rada potaknuli su učenike da im posebno zahvale i čestitaju Međunarodni dan sestrinstva.



Iako Etički kodeks medicinskih sestara u članku 6.5. naglašava obvezu medicinskih sestara da pomažu učenicima i studentima sestrinstva (3), oni koji to čine spontano, humano i s puno ljubavi zasluzuju da ih se primijeti i zahvali na svakodnevnoj razini, a pogotovo na sam dan koji slavi sestrinsku profesiju.



Literatura:

1. Glasser,W.2010.Teorija izbora.Zagreb:Alineja
2. http://www.kbsd.hr/sites/default/files/CasopisMojGlas/MojGlas_05.pdf,dostupno 02.06.2015.
3. http://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_Eticky%20kodeks.pdf,dostupno 03.06.2015.

Upravljanje kliničkim rizicima u zdravstvenoj njeci



Upravljanje rizicima program je razvijen sa svrhom eliminiranja ili kontrole situacija u zdravstvenoj skrbi koje mogu potencijalno ugroziti ili stvoriti rizik za klijenta. Definira se kao interdisciplinarni proces osmišljen da zaštiti finansijska sredstva organizacije i očuva visoku kvalitetu medicinske skrbi (1).



Upravljanje rizicima u zdravstvu djelatnosti su usmjereni na sprječavanje podnošenja legalnih zahtjeva pacijenata za odštetu zbog neželjenih događaja. Mechanizam su za poboljšanje kvalitete putem obavještavanja pacijenata i njihovih obitelji o čimbenicima rizika za neželjene događaje kao i analiziranjem nastalih neželjenih događaja i njihovih uzroka. Cilj takvog, proaktivnog pristupa je smanjenje incidencije neželjenih događaja, odnosno grešaka i podrazumijeva garanciju sigurnije prakse, sigurnijih sustava rada, sigurnijeg okoliša te veću svjesnost osoblja o opasnosti i odgovornosti.

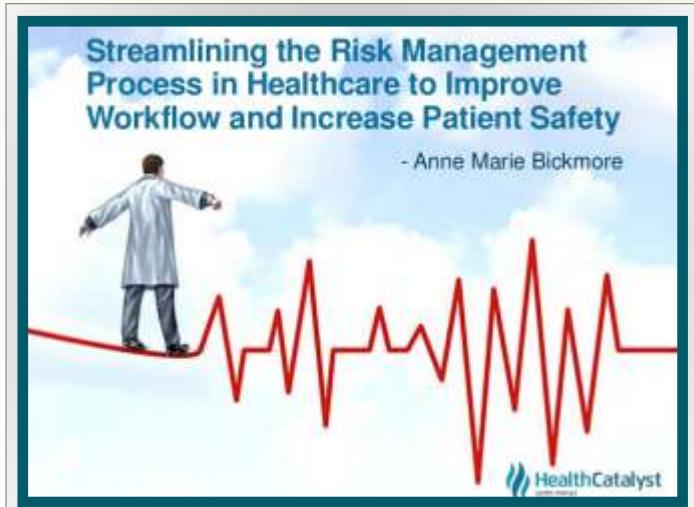
Svaki bolesnik ima pravo biti siguran i pravo da ga se čuva od opasnosti ili rizika povrede dok je podvrgnut zdravstvenoj njeci. Ovo pravo nosi sa sobom odgovornost za zdravstvene profesionalce, pružatelje zdravstvene njeki da osiguraju sigurnu okolinu za bolesnika, okolinu koja ga stavlja izvan opasnosti ili rizika neželjenog događaja.

Od početka devedesetih godina prošlog stoljeća, istraživanja koja su provedena u SAD, Kanadi, Velikoj Britaniji i Australiji pokazuju da između 4% i 16,6% bolesnika trpe neku vrstu štete, uključivo stalnu invalidnost ili smrt, kao rezultat nepovoljnog događaja za vrijeme boravka u bolnici.

Ova istraživanja su utvrdila da se značajan postotak, oko 50%, spomenutih šteta moglo izbjegći te je moguće tvrditi da su to bili „nepovoljni događaji koji su se mogli spriječiti“ (2).

Vodeći se rezultatima objavljenih istraživanja, organizacije za brigu o zdravlju na međunarodnoj razini, reagirale su strateški provodeći mjere sigurnosti usmjerene ka bolesniku i programe kvalitete zdravstvene njeki pod nazivom „upravljanje kliničkim rizikom“.

Upravljanje kliničkim rizikom (engl.krat.CRM) Walshe i Dineen definiraju kao: „Pristup poboljšanju kvalitete zdravstvene njeki koja posvećuje posebnu pozornost ukazivanju na okolnosti koje dovode bolesnike u opasnost od rizika“ (3).



Primarni cilj upravljanja kliničkim rizikom je poboljšati sigurnost i kvalitetu zdravstvenih usluga tako da se smanji pojava i utjecaj onih nepovoljnih događaja na bolesnike koji su se mogli spriječiti. U tom kontekstu, za razliku od pristupa tradicionalnog poboljšanja i osiguranja kvalitete, kliničko upravljanje rizikom, javlja se kao novi pristup upravljanja kvalitetom na području zdravstvene njeki. Ključna crta kliničkog upravljanja rizikom je razumijevanje da je „sigurnost odgovornost svih u sustavu zdravstvene skrbi“. Prepostavka je da svi koji rade u sustavu zdravstvene skrbi brinu o sigurnosti, u smislu nastojanja da učine najbolje za svoje bolesnike. Istovremeno i bolesnici moraju biti upućeni u kulturu sigurnosti kako bi i sami mogli dati svoj doprinos. Zahtjevi za visokom kvalitetom zdravstvene njeki impliciraju da sigurnost bolesnika mora biti uključena u kulturu zdravstvene njeki, ne samo u smislu pojedinačnih visokih standarda, nego široko rasprostranjenog sistematskog razumijevanja rizika i sigurnosti te potrebe da svatko aktivno promovira sigurnost bolesnika.

Da bi osigurali sigurnu okolinu i sigurnu zdravstvenu njegu medicinske sestre ne smiju reagirati na određen problem tek nakon što se on pojavi, već ga trebaju predvidjeti maksimalno koristeći svoje znanje, stručnost i profesionalno iskustvo uz optimalnu uporabu dostupnih resursa. Za veću sigurnost potrebno je osvijestiti kompleksnost i rizičnost moderne zdravstvene zaštite, te procijeniti i primijeniti standarde koji osiguravaju najbolju praksu.

Sigurnost bolesnika prepoznata je kao dužnost zdravstvenih djelatnika i zdravstvenih institucija čiji napor su usmjereni na prevenciju negativnih ishoda zdravstvene skrbi. Oporavak bolesnika uvelike ovisi o radu medicinske sestre stoga se u provođenju zdravstvene skrbi stavlja naglasak na rad medicinskih sestara i njihovu ulogu u provođenju postupaka usmjerenih sigurnosti bolesnika.

Neosporno je da upravljanje kvalitetom i upravljanje rizicima imaju isti cilj koji stremi najvišem mogućem povoljnog ishodu liječenja, smanjenju rizika za nastanak neželjenih događaja, zadovoljstvu i sigurnosti kako za korisnike tako i za pružatelje zdravstvenih usluga.

Cilj svakog sustava upravljanja kvalitetom je pružanje usluga koje ispunjavaju najveće moguće standarde zdravstvene zaštite, a rezultat toga je smanjenje incidencije neželjenih događaja odnosno grešaka što podrazumijeva garanciju sigurnije prakse, sigurnijih sustava rada, sigurnijeg okoliša i veću svjesnost osoblja o opasnosti i odgovornosti.

Moguće je zaključiti da upravljanje rizikom i upravljanje kvalitetom imaju niz sastavnica koje se međusobno isprepliću te da imaju jedan zajednički cilj – zadovoljstvo korisnika odnosno sigurnost bolesnika.

Reference:

1. Johnstone MJ, Kanitsaki O. Clinical risk management and patients safety education for nurses: a critique. *Nurse Educ Today* 2007;27:185-91.
2. World Alliance for Patient Safety: Forward Programme. October 2004. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. (internet) (citirano 12.05.2015.)
http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
3. Walshe, K., Dineen, M., Clinical risk management: making a difference? The NHS Confederation, London; 1998 (citirano 12.05.2015.)
<http://www.bibsonomy.org/bibtex/dab8b3983109d1245b79d7c9f27d8cc5>



Erasmus mobilnost studenata - boravak studenata iz Finske na Klinici za ginekologiju i porodništvo, KB „Sveti Duh“

Jadranka Ristić

U sklopu Erasmus* mobilnosti studenata, studentice studija sestrinstva Saimaa Sveučilišta iz Finske, posredstvom Zdravstvenog veleučilišta Zagreb, posjetile su Kliniku za ginekologiju i porodništvo KB „Sveti Duh“ u periodu od 23.03.2015. do 03.04.2015. godine.

Kolegice Charlotta Sepalainen (22 godine) i Tina Ratilainen (21 godina) bile su na studiju u Zagrebu tri mjeseca u organizaciji Zdravstvenog veleučilišta Zagreb. Na Klinici za ginekologiju i porodništvo KB „Sveti Duh“ obišle su Odjel za ginekologiju i humanu reprodukciju, Operacijski blok, Odsjek za postnatalnu skrb, Odsjek antenatalne skrbi, Rađaonu, Polikliniku te su se upoznale sa načinom svakodnevnog rada i organizacijom na Klinici.

Nakon boravka u KB Sveti Duh obišle su KBC Zagreb-Kliniku za pedijatriju, Kliniku za ženske bolesti i porode KBC Zagreb te KBC Sestre Milosrdnice-Klinika za ženske bolesti i porodništvo.

U sklopu Erasmus*mobilnosti nastavnog osoblja, Zdravstveno veleučilište Zagreb su u periodu od 19. do 21. svibnja 2015. godine posjetile prof. Anne Suikkanen i Annamari Raikkola, također sa Sveučilišta Saimaa iz Finske. Održale su studentima prve godine dodiplomskog studija predavanje gdje su predstavile svoju ustanovu i studijske programe.

U Finskoj osnovna škola traje 9 godina. Djeca se upisuju u osnovnu školu sa 7 godina, a završavaju je sa 16 godina. Nakon osnovne škole učenik bira strukovnu naobrazbu ili gimnaziju kao srednju školu koja traje tri godine. Također se može i nakon gimnazijeići na Studij sestrinstva koji u tom slučaju traje dvije godine.

Nakon srednje škole se može polaziti i Sveučilište primjenjenih znanosti gdje također postoji smjer sestrinstva. Ne traži nikakvo prethodno iskustvo niti znanje o sestrinstvu da bi se moglo upisati na taj smjer.

Postoje programi paramedicine, psihoterapije, primaljstva, medicinske sestre općeg smjera, javno zdravstvo, okupaciona terapija, socijalno zdravstvo i sl. Studij za medicinske sestre traje 3 i pol godine sa specijalizacijom.

Javno zdravstvo, paramedicina i socijalni studiji traju 4 godine.

Studij psihoterapije i okupacioni studij traju 3 godine. Kolegice Charlotta i Tina studiraju javno zdravstvo. U sklopu tog studija fokusiraju se na preventivni dio brige o zdravlju, edukaciju ljudi o bolestima, liječenju i zdravom životu. Nakon diplomiranja mogu raditi u školama, vrtićima, patronažnoj službi, zdravstvenim centrima, bolnicama te centrima za majke i djecu.

Studiranje je besplatno te se dobiva oko 300€ stipendije mjesečno od strane vladine institucije KeLa (Institucija socijalnog osiguranja Finske). Institucija također financira i strane studente.

Iz navedenog lako možemo izvesti prednosti i mane hrvatskog obrazovnog sustava.



Sebe pokreni, garderobu promjeni

Višnja Vičić- Hudorović, Mirjana Kozina, Biserka Šteko 1

¹Škola za medicinske sestre Vrapče, 10 029 Podsused, Zagreb, Bolnička cesta 32

Ključne riječi:

medicinske sestre, škola, Vrapče, povijest

Volonteri, članovi Volonterskog kluba Škole za medicinske sestre Vrapče su obojili prostore garderobe učenika i nastavnika KB Sveti Duh.

U Školi za medicinske sestre Vrapče školske godine 19. rujna 2014. godine osnovan je Volonterski klub. Klub čini šezdesetak članova što učenika, što nastavnika Škole za medicinske sestre Vrapče.

Volontiranje je aktivnost koja dovodi do poboljšanja kvalitete života, osobnog razvoja te do razvoja humanijega i ravnopravnijega demokratskog društva (1).

Od osnivanja Volonterski klub je proveo desetak volonterskih akcija: „Oko je svjetiljka tijelu”, „Ruku iz džepa do plastičnog čepa”, „Šetnja za sjećanje”, „Jesenja ruža za jesen života”, „Lobor Grad”, „Božićni sajam za Krijesnice i Leonardu”, „Pletericom iz tvoje kose volonteri diktafone nose”, „Priče iz davnine”, „Za djecu Afrike”, još poneku... te posljednju akciju „Sebe pokreni, garderobu promjeni” (2).

Veselom akcijom „Sebe pokreni, garderobu promjeni”, članovi Volonterskog kluba i učenici četvrtog C razreda krenuli su u planiranje izvođenja i prikupljanje materijala potrebnog da se osvježe prostori garderobe učenika i nastavnika u KB Sveti Duh.

Od 25.-29. 05. 2015. prostori garderobe su nesobičnim zalaganjem i entuzijazmom učenika i nastavnika zablistali novim bojama, a lica volontera zadovoljstvom. Prateći slikovni prikazi pokazuju da pokretanjem sebe nisu samo promjenili garderobu već su promjenili i poboljšali i međusobne odnose.

Potvrđili su da se volontiranjem postižu odgojni ciljevi u odgojno obrazovnom sustavu, stječu iskustva i razvijaju kompetencije potrebne i korisne za aktivno sudjelovanje u društvu ali i kompetencije koje dovode do osobnog razvoja i do osobne dobrobiti (3,4).



Literatura:

1. Zakon-o-volunterstvu.
Zagreb:Narodne novine 58/07,22/13.dostupno na <http://www.zakon.hr/z/258/Zakon-o-volontjerstvu>, dostupno 02.06.2015.
2. <http://www.ss-medicinske-vrapce-zg.skole.hr>,dostupno 02.06.1015.
3. Pavlović V, Kovačić D, Šimić A, Uroda D. Priručnik „Pokreni promjenu“ Kako organizirati i provesti volonterske projekte u lokalnoj zajednici s ciljem osnaživanja djece i mlađih. Zagreb: Forum za slobodu odgoja,2014
4. Šehić Relić L, Kamenko J, Kovačević M i sur. Generacija za V- priručnik o volontiranju za srednjoškolce.
Zagreb:Volonterski centar Zagreb,2014

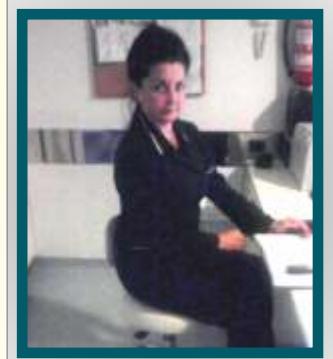
Instrumentari kirurškog operacijskog trakta. Klinika za kirurgiju

Dušica Lekić

Operacijska sinergija i tko smo mi, instrumentari

Kirurški se operacijski trakt Kliničke bolnice "Sveti Duh" sastoji od šest operacijskih dvorana i u njemu rade 21 operacijska medicinska sestra i medicinski tehničar, 17 instrumentara pripada Klinici za kirurgiju, 4 instrumentara pripada Zavodu za ortopediju sa svojom jednom ioperacijkom dvoranom u traktu..

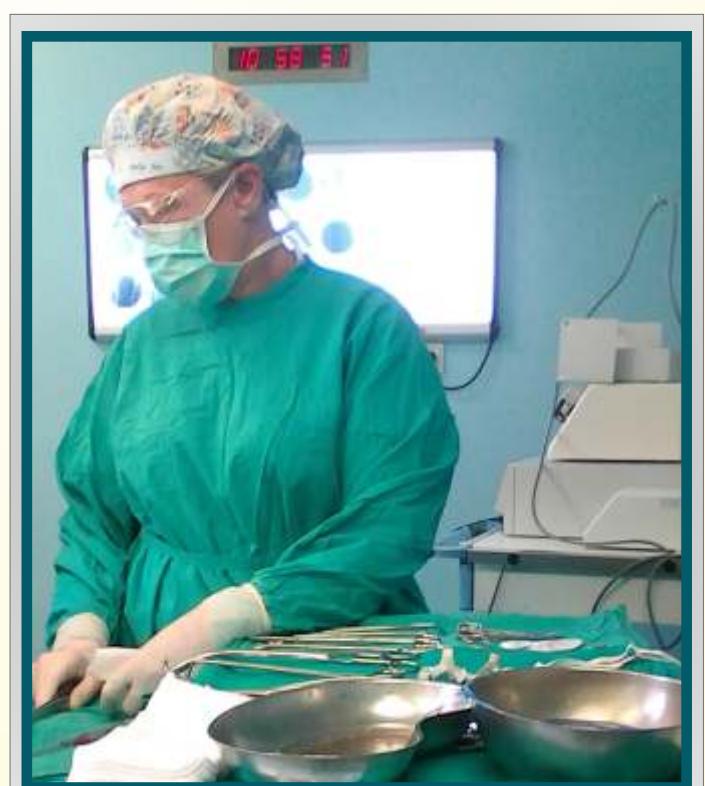
Dvorana 1 pripada vaskularnoj i plastičnoj kirurgiji, dvorana 2 i 3 su za abdominalnu i laparaskopsku kirurgiju, dvorana 4 je za traumatološke operacijske zahvate a u Hitnom centralnom prijemu nalazi se operacijska dvorana broj 5 i šesta, operacijska dvorana za male zahvate.



U kirurškom se dijelu operacijskog trakta dnevno obavi prosječno oko 17 operacija, ne računajući hitnu službu. U dvorani za male zahvate operira se tijekom 24 sata - što zakazanih što primljenih za hitne zahvate - oko 15 pacijenata. Tijekom prijepodneva u operacijskom je traktu prisutno oko 50 djelatnika - instrumentara, anestetičara, kirurga i anesteziologa... Nerijetko tom broju valja pribrojiti studente, učenike i stažiste. Dakle, to su prostori u kojima rade kirurški instrumentari tijekom svog radnog vremena 8h dnevno kao i kroz 24-satna dežurstva.

Struka, profesija i mi

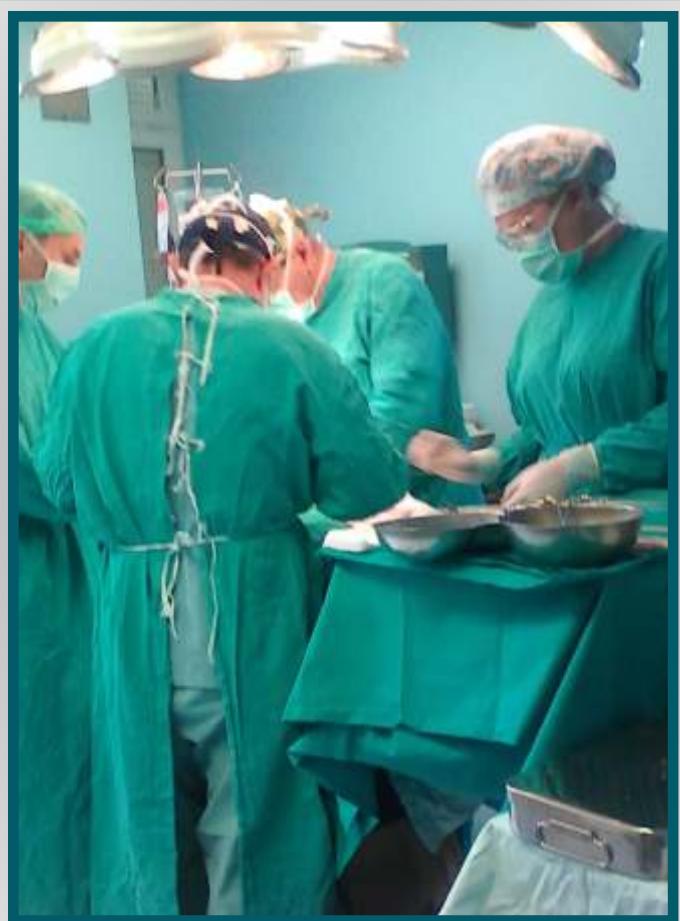
Često bih se pitala kako opisati i gdje smjestiti početak našeg specifičnog sestrinskog djelovanja - instrumentiranja. Ponekad se stvara dojam kako smo samo dio zdravstvenog (u)stroja, stručni suradnik, dio kirurškog tima, „neosvješćeni profesionalac“?



Fotografija 3. Dvorana vaskularne i plastične kirurgije



Fotografija 1. op.dvorana 2. - abdominalna - laparaskopska kirurgija



Fotografija 2. Dvorana vaskularne i plastične kirurgije

Pored znanja, vještina, održavanja i organiziranja spremnima (u razvoju operacijskih procesa nastalih i oblikovanih), različitih instrumenata, netko bi rekao, kako naša struka još samo služi materijaliziranju i realiziranju zahtjeva operatera za trenutnim ili čak unaprednim izborom potrebnog instrumenta u datom trenutku. Namjere operatera iškusni instrumentar prepoznaće unaprijed bez direktno izrečene molbe ili zahtjeva, prati njegove geste i predviđa predstojeće poteze.

Moralne, deontološke i s kontroliranim kvalitetom rada, zasade struke instrumentara

Valja istaći kako je mnoštvo opisivanih i znanstveno istraživanih koraka u struci instrumentara a mnoštvo ih je i koji nisu dostatno razaznati, osvješćeni niti priznati.

Međutim, pored svega navedenog, naša se struka temelji na moralu, deontologiji te kontroli kvalitete našeg rada.

Deontologija predstavlja prava i dužnosti jedne profesije i vrlo je općenita posebno kada ju ne specificiraju autori iz prakse.

Moral opisan etikom kao znanošću podvrgava sve postupke naše profesije na prvom mjestu brizi o čovjeku.

Kontrola kvalitete uspostavljena u novije vrijeme specificira postupke u djelokrugu instrumentiranja i niz koraka prije, za vrijeme i nakon operacije.



Usudila bih se reći da prepoznavanje potrebe za kontrolom kvalitete podiže razinu prepoznavanju i nas samih.

U ritmu različitih profesionalaca, u operacijskom timu, naša razina stresa tijekom hitnih I zahtjevnih operacijskih zahvata, nije zanemariva.

No, borimo se sa njim profesionalno: pravilnom komunikacijom I visokom razinom stručnog znanja, a što inače smatram pravilnim stručnim temeljem.

Instrumentari poznaju tehnike instrumentiranja kod svih operacijskih zahvata.

Radi se o operacijama vaskularnih, plastičnih, abdominalnih i traumatoloških zahvata.

U organizaciji rada podijeljeni smo na timove, najviše zbog pokušaja da se očuva kontrola pojedinih specifičnih segmenata, različitih grana kirurgije, nastojeći koristiti resurse iskustava, vještina i znanja svakog pojedinog instrumentara.

Svi mi imamo i različite afinitete, u istim okvirima našeg operacijskog trakta, i dobro je koristiti i održavati tu pozitivnu različitost.



Fotografija 5. Prostor u kojem nakon sterilizacije vadimo sterilne komplete

I dokumentacija je jednako važan dio našeg svakodnevnog rada. Dokumentiramo tijek rada u svim operacijskim dvoranama u radne bilježnice.

Od uzimanja uzoraka za različite pretrage, preko ispravnosti ili neispravnosti korištenih aparatura, tijekom operacijskih zahvata, do iskorištenih radnih materijala, njihove sterilnosti i njihovog evidentiranja unosimo podatke u specifične obrasce. Popunjavamo prateće liste i obračunavamo provedene terapijske postupke i utrošen materijal za vrijeme operacijskog zahvata. Pratimo potrošnju konsignacijskog materijala. Evidentiramo i pohranjujemo sve 24-tne zapise kontrole sterilnosti rada sterilizatora (ispisna traka sterilizatora, indikator i integrator trake; pohranjujemo i Bowi Dick test i kontrole sporama.)

Pravilno spremanje i obilježavanje preparata, kao i njihova distribucija također je naš zadatak. Vodimo knjigu primopredaje dužnosti, važnog dijela naše dokumentacije. Moramo poznavati aparature i na pravilan način ih koristiti. Specifična komunikacija kao i stres, tijekom višesatnih operacijskih zahvata, spadaju u našu „rutinu“, koju moramo svakodnevno savladavati.

Prevencija intrahospitalnih infekcija je sastavnica naših znanja i svakodnevnih postupaka. Održavamo je i kontroliramo uzimanjem briseva ruku, radnih površina, operacijskih stolova i lampi, kroz edukaciju osoblja i kontrolu istih. Prevencija intrahospitalnih infekcija je u svakom našem radnom dijelu. Ona se podrazumijeva kroz aseptičan rad, ali i kroz pravilno odvajanje i obilježavanje medicinskog otpada, kroz osobnu radnu higijenu, kroz usvajanje i pravilnu primjenu novih stručnih sadržaja. U poznавanju i

praćenju svih parametara koji osiguravaju i garantiraju visoku kvalitetu rada. Prevencija je i naša dokumentacija, ona je uvijek još jedan osvrt na napravljeno. Ne zaboravimo da i timski rad osigurava dobru prevenciju, jer

u timu argument moći ne znači ništa, ali moći argumenata, svih članova tima, znači puno.

Dokumentacija daje jedan profesionalni akcent, na bitnost svakog učinjenog postupka. U tom smjeru idu i razmišljanja o sestrinskim dijagnozama u operacijskim dvoranama, kao spoj stručnosti u praksi sa dokumentacijskim tragom?

Mogućnost opeklne uslijed ne stručnog postavljanja neutralne elektrode. Mogućnost pothlađenosti pacijenta, uslijed dugotrajnih operacijskih zahvata. (prevencija je timska)

Visok rizik za komplikacije smanjene dugotrajne pokretljivosti. Visok rizik za poremećaj venske cirkulacije, kod pojedinih zahvata.

U smjeru prevencije komplikacija uključuju se svi članovi operacijskog tima, svatko sa svog aspekta.

Zaključimo

Teško je opisati sve specifičnosti koje nas određuju.

No ako počnemo od naše same prirode čiji smo dio, zadatak nije lagan. Počnimo od toga, da je čovjek kao dio prirode, jedan sklad uma i duha. Čovjek ima potrebe svjesnog djelovanja i te potrebe definira mislima i riječima u mnoštvu životnih pogodnosti i nepogodnosti...

Mnoštvo je sila, akcija i reakcija koje nas formiraju i čine različitim...

Da, i kako sada nas takve staviti u tim, dati nam vođu, menadžera, šefa i tražiti da stvaramo pozitivno okružje na radnom mjestu? Odgovor je u operacijskoj sinergiji.

Predstavila bih je kao timski rad u kojem pravilo grupe ne vrijedi. (pravilo grupe: "to ne spada u moju domenu posla").

Predstavila bih je i kroz jednu od njenih teorija: Sinergija je zbroj 2 ili više elementa nedjeljivih od sustava, kojeg čine jačim i daju mu više efekta, od onih koji bi stvorili pojedinačnim djelovanjem. Možda mogu zaključiti da instrumentari koračaju ovom stazom sinergijske svjesnosti, konstantno ugrađujući u sebe znanje i praktične vještine.



Fotografije 6. i 7. Prostor za pripremu i sterilizaciju instrumenata. (tacne i "kontejneri" sadržavaju instrumente koji teže od 10-35kg)

Perioperativna zdravstvena skrb bolesnika kod operacijske mrene (katarakte)

Nevenka Kreber, bacc.med.techn.
Glavna sestra očne operacije

Ubrzano starenje populacije s rastućom problematikom očnih bolesti koje uzrokuju gubitak vida koji je moguće liječiti, na prvom mjestu katarakte, svojim implikacijama na kvalitetu života nameće zahtjeve za suvremenim i učinkovitim liječenjem. U skladu sa suvremenim trendovima primjenjuje se princip ambulantne kirurgije u obliku dnevne bolnice čime se uz vrhunsku zdravstvenu zaštitu omogućuje smanjenje troškova uz osiguranje visokog komoditeta bolesnika. Mnogobrojne studije dokazale su da je operacija mrene jedan od najisplativijih zahvata, koji najčešće ima za posljedicu značajno poboljšanje u kvaliteti i produktivnosti života bolesnika.

Operacija je indicirana tek kad bolesnikove vidne funkcije postanu nedostatne za svakodnevno obavljanje aktivnosti. Operacija katarakte ultrazvučnom metodom jedna je od najučinkovitijih i najizvođenijih operacija u medicini na svijetu. Izvodi se kroz rez na rožnici veličine 2-3 mm kojeg nije potrebno šivati. Nakon što se zamućena leća odstrani, na njeno mjesto ugrađuje se umjetna savitljiva intraokularna leća. Danas se može s vrlo velikom preciznošću postići ciljano refrakcijsko stanje oka operacijom katarakte.

Katarakta

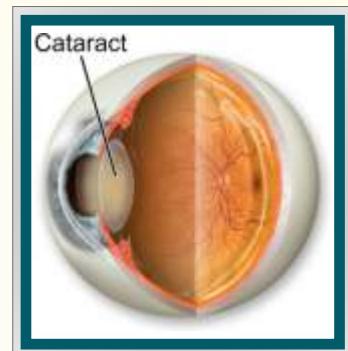
Katarakta je jedan od najčešćih poremećaja koji se javlja kod osoba starije životne dobi. Visoka miopija, lokalno i sistemsko liječenje kortikosteroidima, trauma, dijabetes melitus i određene druge bolesti metabolizma udružene su sa ubrzanim razvojem katarakte. Normalna prozirna leća propušta i fokusira svjetlosne zrake pa tako uz ostale dijelove oka omogućuje odvijanje normalne vidne funkcije. Svako veće ili manje zamućenje leće bilo kojeg uzroka, ovisno o veličini i lokalizaciji, narušava normalnu vidnu funkciju te dovodi do smanjenja vidne oštchine. Osim smanjenja vidne oštchine uzrokuje i zablješćivanje pri osvjetljavanju intenzivnim izvorom te pojmom monokularnih dvoslika. Sve to utječe na kvalitetu života. Katarakta je vodeći uzrok sljepote u svijetu prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije iz 2009. godine, osim u najrazvijenijim zemljama. Starenjem dolazi do povećanja debljine i težine leće. Kontinuiranim stvaranjem lećnih vlakana na periferiji leće dolazi do kompresije starijih vlakana pri čemu se stvrđnjava nukleus. Leća gubi sposobnost mijenjanja oblika kod relaksacije i kontrakcije zonula što uzrokuje slabljenje akomodacije. U početku je to fiziološki proces, no kasnije promjene proteina unutar leće mijenjaju njezinu boju i smanjuju joj prozirnost (slika 2).

Prema stanju zamućenja leće, senilnu kataraktu dijelimo na četiri stupnja: početna katarakta, katarakta u fazi bubrenja, zrela katarakta (slika 1) i prezrela katarakta.

Ovisno o lokalizaciji zamućenja postoje tri osnovna tipa senilne katarakte: nuklearna, kortikalna i stražnja supkapsularna.[1]



Slika 1. Zrela katarakta
Izvor: Internet



Slika 2. Presjek zamućene leće
Izvor: Internet

Medikamentozna katarakta

nastaje kao posljedica djelovanja nekog lijeka. Najčešće su to kortikosteroidi, miotici, amiodaron, busulfan, zlato i allopurinol.

Metabolička katarakta se javlja kod bolesnika koji boluje od dijabetesa razvijaju komplikacije na oku. Uz retinopatiju, vrlo česta je i dijabetička katarakta.

Konatalna i infantilna katarakta

označava pojam za sva urođena ili odmah postnatalno nastala zamućenja leće, a može nastati kao rezultat intrauterinih infekcija, najčešće virusnih, u trudnoći. Uzrok mogu biti i metaboličke, endokrine smetnje te ozljeda u porodu.

Traumatska katarakta

javlja se kod različitih ozljeda oka kao što su tupa trauma, penetrantna i perforativna ozljeda te intraokularno strano tijelo mogu u rezultirati kataraktom.

Pseudoeksfolijativni sindrom i katarakta

je sistemna bolest u sklopu koje se talože sivkastobijeli depoziti na prednjoj kapsuli leće, pupilarnom rubu, zonulama, cilijarnom epitelu, pigmentnom epitelu šarenice i trabekulumu i može izazvati sekundarni glaukom.

Liječenje katarakte

Medikamentozno liječenje katarakte predmet je brojnih istraživanja, no ne postoji djelotvoran lijek koji bi usporio ili zaustavio proces zamućenja leće. Kirurško liječenje je metoda izbora. Danas je to najčešće izvođeni operativni zahvat u svijetu.^[5]

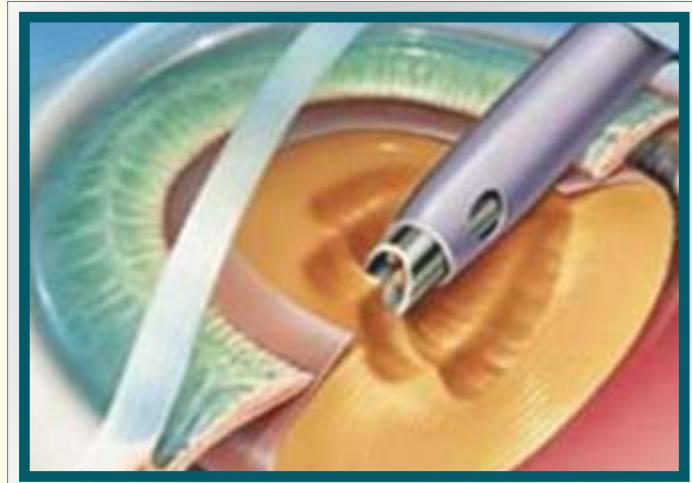
Operacija katarakte ubraja se u elektivni operativni zahvat. Jedna od temeljnih indikacija za kirurgiju katarakte su funkcionalne smetnje vida koje utječu na ograničenje dnevnih aktivnosti bolesnika te smanjuju kvalitetu života.

Ekstrakapsularna ekstrakcija katarakte

metoda je operacije katarakte kod koje se zamućena leća odstranjuje kroz otvor na prednjoj strani kapsule, u koju se zatim, po uklanjanju prirodne, implantira umjetna intraokularna leća.

Fakoemulzifikacija

Fakoemulzifikacija je metoda ekstrakapsularne ekstrakcije leće pomoću ultrazvuka. Izvodi se kroz rez na rožnici veličine svega 2-3 mm. Pomoću ultrazvučne sonde nukleus leće se usitnjava i aspirira (slika 3).



Slika 3. Operacija ultrazvučnom sondom (fakoemulzifikacija)
Izvor: Internet

„FEMTOSECOND“ laser u kirurgiji katarakte

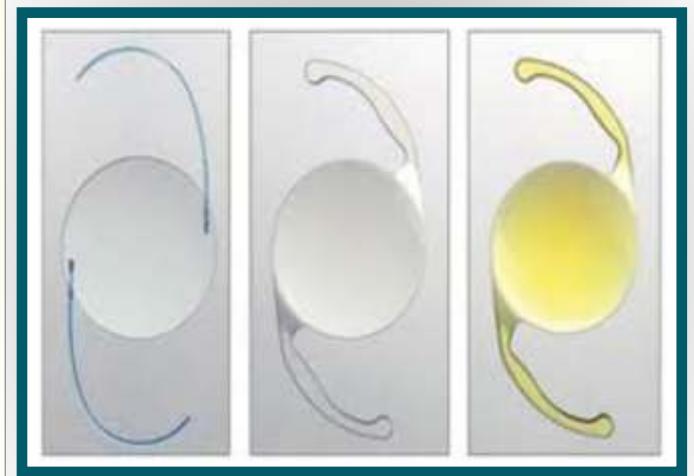
najnovija je vrsta operacije katarakte. Pomoću ovog lasera moguće je napraviti nekoliko koraka operacije: incizija na rožnici, kapsuloreksa i usitnjavanje lećnih masa. Zahvat se u cijelosti izvodi pod kontrolom računala, a zahvaljujući prikazu prednjeg segmenta oka pomoću optičke koherentne tomografije (OCT) u realnom vremenu, laser ima praktično 100%-tну preciznost.

Intrakapsularna ekstrakcija katarakte

metoda je operacije kod koje se odstranjuje leća zajedno s kapsulom.

Intraokularnim lećama

se može ispraviti astigmatizam: torične leće, multifokalne i akomodativne leće ili oboje (torične multifokalne leće), kirurgija katarakte postala je refraktivna kirurgija.^[5,6]



Slika 4. Savitljive intraokularne leće
Izvor: Internet

Preoperativni pregled u ambulanti za prednji segment oka

Svaki bolesnik koji se odluči za operaciju katarakte, mora prvo obaviti opći oftalmološki pregled. Kad se postavi dijagnoza katarakte, bolesnik se direktno naručuje na operativni zahvat. Dobiva datum za obradu i pisane upute koje uključuju naputak o potrebnoj prijeoperativnoj internističkoj obradi, sukladno Smjernicama. Traže se slijedeće pretrage: SE, KKS, PV, APTV, GUK, urea, kreatinin, jetrene probe, K, Na, urin, EKG i RTG srca i pluća i pregled interniste. Nalazi ne smiju biti stariji od mjesec dana. Ukoliko se planira operativni zahvat u općoj anesteziji potrebno je učiniti i pregled anesteziologa.

Medicinska sestra od prvog kontakta s bolesnikom započinje s pripremama, objašnjava postupke koji će se provoditi prije, za vrijeme i nakon operativnog zahvata. Medicinska sestra pregledava nalaze pretraga indiciranih u prijeoperativnoj pripremi. U slučaju bilo kakvih problema u vezi s nalazima, izvješćuje oftalmologa. Bolesniku daje na potpis suglasnost za operaciju katarakte, izjavu o odgovornosti za osobne stvari, te anestesiološku listu ukoliko se planira zahvat u općoj anesteziji. Slijedi postupak izračuna vrijednosti intraokularne leće koja će se implantirati tijekom operacije. Bolesnik se posjedne za uredaj na kojem se mjeri središnja debljina rožnice (pahimetrija), dubina prednje očne sobice, debljina leće, keratometrijske vrijednosti rožnice, promjer zjenice, horizontalni promjer rožnice, aksijalna duljina oka te pozicija vidne osi.

Nakon toga se uzima vizus naturalis, tj subjektivno ispitana nekorigirana centralna vidna oštRNA i mjeri se intraokularni tlak. Kad je pregled završen, medicinska sestra pohranjuje svu prikupljenu dokumetaciju te daje detaljne upute bolesniku za predviđeni dan hospitalizacije.

Bolesniku se naglašava da dođe natašte te ponese sve lijekove koje uzima.Ukoliko boluje od šećerne bolesti ne preporuča se uzeti terapiju jer će mu se prilikom dolaska kontrolirati šećer u krvi i sukladno tome ordinirati vrijeme primjene lijeka.

Kod planiranja zahvata u općoj anesteziji, koji je uglavnom indiciran kod kognitivnih poremećaja, PTSP-a, nistagmusa i raznih psihomotornih poremećaja, te kod djece, bolesnici se naručuju na hospitalizaciju dan prije zahvata. Tada ih priprema odjelna medicinska sestra. Po preporuci anesteziologa provede im se tromboprofilaksno lijeчењe većer prije zahvata.

Uloga medicinske sestre u preoperativnoj pripremi bolesnika na dan operacije

Na dan operacije bolesnik se upisuje na bolničko liječeњe na centralnom priјemu te nakon toga dolazi na Kliniku za očne bolesti. Medicinska sestra bolesnika zaprili, upiše u knjigu protokola, provjeri dokumentaciju, obilježi je bar kodom, provjeri potpisu suglasnost, još jednom provjeri identitet bolesnika, stavlja mu identifikacijsku narukvicu te ga smjesti u prostoriju za dnevnu bolnicu. Potom slijedi ispisivanje dokumentacije od strane medicinske sestre zadužene za operativni program. Bolesnika zatim pregledava operater. Na obrascu za preoperativnu evaluaciju katarakte upisuje vrstu operacije te ostale napomene za sestre instrumentarke u operaciji. Bolesniku se daju opširne informacije o tijeku operacije. Nakon toga potpisuje obrazac te mu se označava markerom oko koje će se operirati točkicom u lateralnom kutu na koži.

Medicinska sestra zatim bolesniku mjeri krvni tlak, vrijednosti glukoze u krvi i provjerava da li je popio jutarnju terapiju. Ukoliko nije, preporuča se uzeti je s gutljajem vode. Kad je predviđena operacija uz praćenje vitalnih funkcija, provjerava da li je skinuo zubnu protezu te da li ima prikladan gornji dio odjeće. Bolesniku daje jednu tabletu Diazepama od 5 mg, ukapava 1% Mydriacyl sol. 1x, Azopt sol. 1x, te 10% Neosynephrin sol. 1x neposredno prije odlaska u operaciju ili drugačije u dogovoru s operaterom. Medicinska sestra nakon telefonskog poziva iz operacijske sale prati bolesnika do operacije i predaje ga s dokumentacijom medicinskoj sestri instrumentarki.

Uloga medicinske sestre u operativnom zbrinjavanju bolesnika

Medicinska sestra instrumentarka nakon oblačenja kape i maske te higijenskog pranja ruku ulazi u operacijsku dvoranu. Sve površine u operacijskoj dvorani dezinficira sterilnom kompresom namočenom u 70% alkohol. Prilikom dezinfekcije mikroskopa pazi na optički dio, te vrlo sofisticirane uređaje za ultrazvučnu operaciju katarakte (slika 5). Mikroskop i uređaj za ultrazvučnu operaciju, medicinska sestra instrumentarka podešava ovisno o operateru i vrsti operacije. Zatim se priprema antibiotik koji se nakon operacije aplicira intrakameralno u svrhu prevencije postoperativne infekcije.

Priprema sterilne instrumente koji također odgovaraju vrsti operativnog zahvata. Nakon poziva i dolaska bolesnika u salu, oblače mu se kaljače, te stavlja kapa.

Slijedi provjera identiteta bolesnika i oka koje će se operirati. Ispita ga se za moguće alergije na lijekove. Također se provjerava njegova dokumentacija. U oko koje se operira ukapava se lokalni anestetik (Tetracain sol.) i 1% Mydriacyl solutio. Ukoliko se ne postigne zadovoljavajuća midrijaza, ukapava se i 10% Neosynephrin solutio. Nakon toga bolesnika se smjesti na operacijski stol. Pri tome glava dolazi u inidicirani položaj. Bolesniku se nastoji osigurati maksimalno moguću ugodu obzirom da mora mirovati tijekom cijele operacije koja se izvodi u lokalnoj anesteziji. Nakon toga se vjeđe, okolnu kožu i samo oko dezinficira 10% povidon jodidom kroz tri minute.

Medicinska sestra instrumentarka koja assistira operateru kirurški pere ruke prema postupniku. Nakon što higijenski oprana sestra otvoriti sterilni set za operaciju, pažljivo uzima sterilni mantil te oblači sterilne rukavice. Higijenski oprana sestra joj dodaje sterilne instrumente, šprice, igle, sterilnu oftalmološku prekrivku, infuzijsku otopinu (Hartmannova otopina), pripremljen antibiotik te intraokularnu leću prema izračunu navedenom na bolesničkoj listi. Uz pomoć higijenski oprane sestre testira sondu na ultrazvučnom aparatu.

Nakon propisane tri minute djelovanja 10% povidon jodida sterilno oprana sestra pažljivo posuši operativno polje sterilnom kompresom te zalijepi sterilnu oftalmološku prekrivku preko oka. Škaricama pažljivo razreže incizijsku foliju iznad oka i postavi držać za vjeđe. Tu je vrlo važno da trepavice gornje i donje vjeđe budu ispod folije i ne ulaze u operativno polje. Medicinska sestra zatim oblači mantil i rukavice operateru te aktivno sudjeluje u cijelom zahvatu. Higijenski oprana sestra cijelo vrijeme mora pratiti svaki korak operacije posebice nivo infuzijske otopine u boci.

Po završetku operacije operater skida zaštitnu foliju, a higijenski oprana medicinska sestra aplicira mast kortikosterienda i antibiotika u operirano oko (Maxitrol ung.), te povoj. Medicinska sestra instrumentarka odvaja igle od šprica koje zajedno s nožićima odlaže u posebne posude. Pažljivo skuplja instrumente koji su vrlo fragilni. Prvo se Peru u dezinfekcijskoj otopini, ispiru i suše. Dodatno se Peru u ultrazvučnom uređaju, ponovo ispiru destiliranom vodom, suše i pohranjuju u za to predviđene kazete. U svaku kazetu se stavlja integrator. Ista se označava indikatorom, datumom i vrstom ultrazvučne sonde koja je u njoj. Nakon toga provodi se sterilizacija instrumenata u parnom sterilizatoru na temperaturi od 134° C. Sestra instrumentarka također vodi sestrinsku dokumentaciju.

Ovdje je vrlo važna suradnja s odjelom sestrom. Naime, osim indikatora sterilnih instrumenata te naljepnica implantiranih materijala na listu se upisuje operacijski postupak i terapija koju je bolesnik primio u operacijskoj dvorani. Cijeli zahvat traje oko 20-tak minuta, nakon čega medicinska sestra instrumentarka poziva odjelnu sestru da preuzme operiranog bolesnika.



Slika 5. Uredaj za ultrazvučnu operaciju katarakte, operacijski stol i mikroskop

Izvor: Internet

Uloga medicinske sestre u postoperativnom periodu

Nakon operacije katarakte bolesnik ostaje pod nadzorom u dnevnoj bolnici dva sata. Potom odlazi kući s otpusnim pismom i preporukama za mirovanje i provođenje propisane terapije. Važna uloga medicinske sestre u dnevnoj bolnici je edukacija bolesnika tijekom otpusta iz bolnice. Iako su bolesnici upućeni u postoperativni tijek usmeno i putem pisanih naputaka, često traže dodatne usmene preporuke i odgovore na brojna pitanja.

Prva postoperativna kontrola je jutro nakon operacije. Pregleda se stanje oka, odredi vidna oštrina, procijeni tijek oporavka i regulira terapija. Ukida se nošenje povoja na operiranom oku. Tijekom prvih tjedana obično se aplicira Maxitrol sol. 4x. Već za tjedan dana na kontroli se uobičajeno reducira broj kapanja na 3x kroz tjedan dana, zatim 2x i zadnji tjedan 1x dnevno. Medicinska sestra educira bolesnika kako ukapavati kapljice u oko. Ukoliko procijeni da to nije moguće, educira članove obitelji ili skrbnika. Bolesnika se upozori da izbjegava dirati oko rukom. Prvih 10-tak dana operirano oko treba zaštитiti tamnim naočalama pri izlasku na sunce. Preporuča se izbjegavati dim, prašinu, pare od kuhanja ili nekih drugih kemikalija, a bolesnik ne bi smio podizati teret, provoditi tjelovježbu, kupati se u bazenima, saunii i toplicama.

Zaključak:

Medicinska sestra najviše vremena provodi s bolesnikom dok je u bolnici, tako da ima veliku ulogu o brzi za njegovo zdravlje i aktivnosti. Promatra bolesnika i na temelju simptoma i znakova utvrđuje probleme iz područja zdravstvene njegе. Da bi određeni problem riješila mora postaviti dijagnozu i realne ciljeve te odabratи prikladnu intervenciju, tj. napraviti plan zdravstvene njegе. Obzirom da bolesnici prije operativnog zahvata znaju biti u strahu zbog neupućenosti, depresivni, tjeskobni te promijenjene samopercepcije, medicinska sestra mora biti prije svega educirana, strpljiva te posjedovati određene komunikacijske vještine u radu. Najčešće sestrinske dijagnoze su: Neupućenost u kirurški zahvat i postoperativni tijek [8], Visok rizik za pad u svezi s poremećajem vida [4], Neupućenost u primjenu lokalne terapije u oko [4]. Prognoza nakon operacije katarakte vrlo je dobra. Uloga medicinske sestre je značajna jer je koordinator u cijelom procesu od naručivanja, preoperativne pripreme, operativnog zbrinjavanja, postoperativne skrbi do kontrolnih pregleda. Bolesnik se susreće na svakom koraku sa sestrom koja je odgovorna za pojedini dio radnog procesa, tako da svaka sestra ulaže svoje znanje i vještine kroz timski rad i dokumentira svoje postupke putem sestrinske dokumentacije.

Literatura:

1. Dugački V. *Povijest oftalmologije*, u Čupak K, Gabrić N, Cerovski B. Izvr: *Oftalmologija*. izd. Zagreb: Globus 2004.
2. Gorin G. *History of ophthalmology*. Wilmington: Publish or Perish, 1982.
3. Arrington GE. *A history of ophthalmology*. New York: MD Publications, 1959.
4. Čuklje S. *Uvod u zdravstvenu njegu: 14. Nastavni tekstovi*. Zagreb: Visoka zdravstvena škola, 2001;113-115.
5. Bušić M; Kuzmanović Elabjer B; Bosnar D; Seminaria ophtalmologica: Medicinskog fakulteta Sveučilišta J.J. Strossmayera. Osijek, 2011.
6. Kanski J. J., *Clinical Ophthalmology- A systematic approach*. Oxford, 1999:273-279.
7. Davies H; Ingham C; Mathison J; McDermott B; McQueen L; Shaw M; Shute N; Tillotson J; Competencies: An integrated career and competency framework for ophthalmic nursing Royal College of Nursing. 2005. dostupno na: <http://www.aona.org.au/documents/RNcompetenciesOPHTALMICNursing.pdf>.
8. Kalauz S. *Zdravstvena njega kirurških bolesnika sa odabranim specijalnim poglavljima: nastavni tekstovi*, Zagreb: Visoka zdravstvena škola, 2000.

Intervju s Glavnom sestrom očne operacije

Nevenka Kreber, bacc.med.techn.

Intervju vodila Tanja Lupieri, mag.med.techn.

Srdačno Vas pozdravljam i dragoo mi je da ste odlučili sudjelovati u razgovoru za naš časopis „Moj glas“.

1. Koliko dugo radite na Klinici za očne bolesti i na kojim radnim mjestima?

Na klinici radim 26 god. i imala sam sreće da sam nakon odrađenog pripravničkog staža dobila posao na tadašnjem zavodu za očne bolesti. Kroz rad sam prošla gotovo sve segmente odjela. Radila sam kao sestra u općoj ambulanti, amb. za rožnicu, uzv dijagnostici, te angiografiji. Zadnjih 15 god. radim u operacijskoj sali.

2. Kada ste postali glavna sestra očne operacije i što je Vaš posao u očnoj operaciji?

Glavna sestra operacijske sale sam postala 2014. god. Organiziram i nadzirem rad med. sestara instrumentarki. Vodim brigu o sterilnosti instrumenata i operacijskog prostora. Nabavljam i vodim evidenciju o potrošenim materijalima i lijekovima.

3. Koje sve operacije se izvode u očnoj operaciji Vaše klinike?

Na prednjem segmentu oka izvode se operacije mrene, strabizma, transplantacije rožnice te plastične i rekonstruktivne operacije oka. Na stražnjem segmentu najčešće se izvodi operacija vitrektomije, operacije tumora i druge.

4. Kakav je posao instrumentarke ?

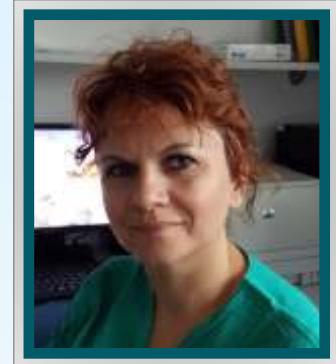
Posao je složen i zahtjevan te ne iziskuje samo znanje nego i veliku odgovornost.

5. Koliko medicinskih sestara instrumentarki radi u očnoj operaciji i da li je to dovoljno obzirom na opseg posla?

Uz mene radi još šest instrumentarki i to nikako nije dovoljan broj, obzirom da imamo tri sale za veće operacije i jednu za male zahvate. Operativni program je svakodnevno koncipiran u tri sale tako da nerijetko samo jedna instrumentarka bude u jednoj sali što je vrlo naporno.

6. Koja operacija je najkomplikiranija za instrumentarku u očnoj operaciji i zašto?

Svaka operacija je drugačija no izdvajam da je najsloženija operacija vitrektomija, gdje su potrebne uvijek dvije instrumentarke pri čemu je jedna u ulozi asistenta te aktivno sudjeluje tijekom cijele operacije.



7. Kada biste sada ponovo bili na početku radnog odnosa da li biste izabrali posao instrumentarke?

Obzirom da se smatram oftalmološkom sestrom, vrlo rado bi odabrala isti put jer smatram da je za rad u sali važno dugotrajno iskustvo na istoj klinici.

8. Sada u srednjim školama za medicinske sestre postoji izborni predmet Instrumentiranje. Što mislite o tome?

Mislim da je to vrlo dobro, naročito za mlade sestre i tehničare koji imaju želju raditi u nekoj od operacijskih sala.

9. Kakvi su Vaši planovi za budućnost instrumentarki u očnoj operaciji?

Moji su planovi veliki gdje se nadam da će ravnatelj prof.dr.sc. Mladen Bušić, prim. dr. med. u suradnji sa pomoćnicom ravnatelja za sestrinstvo Marinom Rukavinom, dipl. med. techn. odobriti raspisivanje natječaja za primitak novih medicinskih sestara za cijelu bolnicu pa tako i za našu kliniku. Uz veći broj instrumentarki posao bi bio znatno lakši, te bi se više vremena moglo posvetiti edukaciji koja je potrebna u budućem radu.

10. Da li čitate naš časopis i što Vam se najviše sviđa?

Da, sviđa mi se što se na taj način mogu informirati o svim važnim i novim promjenama u našoj bolnici te naučiti što i kako drugi rade na ostalim zavodima i kliničkim odjelima.

11. Za kraj...

Obzirom da nam predhodi vrijeme godišnjih odmora, želim svim djelatnicima da ga iskoriste na najbolji mogući način i se zasluzeno odmore od napornog rada.

Perioperativna njega osobe kod operacije štitnjače

Petra Fugaj

Sažetak

Štitna žljezda je endokrini organ smješten u prednjoj donjoj trećini vrata i ubraja se u skupinu najprokrvljenijih organa ljudskog tijela. Ima oblik leptira, a čine ju desni i lijevi režanj povezani istmusom. Uz štitnu žljezdu smještena su mala ovalna tjelešca koja se zovu doštite ili paratireoidne žljezde te uz svaki režanj nalazimo po dvije doštite žljezde, sveukupno četiri. Te žljezde luče parathormon (PTH) koji regulira normalnu koncentraciju kalcija u krvi te je za operaciju štitnjače bitan njihov položaj i razlikovanje od tkiva štitnjače.

Štitnjača luči dva hormona tiroksin (T4) i trijodtironin (T3). Samo lučenje hormona štitnjače regulira hipofiza sa svojim hormonom (TSH) koji je pod nadzorom hipotalamusa. Hormoni štitnjače održavaju bazalni metabolizam stanica, tako da manjak hormona usporava metabolizam dok ga višak hormona ubrzava. Dakle, možemo reći da hormonska aktivnost štitnjače igra veliku ulogu u očuvanju zdravlja i na kvalitetu svakodnevnog života. No, međutim, poremećaj rada štitnjače ne mora uvijek biti udružen sa njenim povećanjem i obrnuto. Vrlo je važno prepoznati različite simptome te posumnjati na bolest štitnjače.

Uvod

U zadnje vrijeme porasla je svijest o bolestima štitnjače, a sam popis simptoma je dug jer je štitnjača kao žljezda s unutarnjim izlučivanjem povezana s brojnim procesima u tijelu. Na Zavodu za ORL mjesečni broj operacija kreće se oko 12 pacijenata, a vrlo često taj broj bude i veći.

Hipertireoza je stanje u kojem prevladava prekomjerno lučenje hormona gdje je glavni pokazatelj povišenje istih u krvi. Simptomi hipertireoze su nemir, razdražljivost, umor, tahikardija, pojačano znojenje, mršavljenje, opadanje kose, poremećaj menstrualnog ciklusa, povećana štitnjača, egzoftalmus (buljave oči). Najčešći uzrok hipertireoze je Basedow-Gravesova bolest (difuzna toksična guša). Drugi česti uzroci su multinodozna toksična struma koja je obilježena brojnim čvorovima u štitnoj žljezdi; toksični adenom; tireoiditis.

Hipotireoza je stanje smanjene funkcije štitne žljezde obilježeno smanjenom koncentracijom hormona u krvi, ali povišenom koncentracijom TSH. Najčešći uzrok hipotireoze je Hashimotov tireoiditis koji kao autoimuna bolest uzrokuje kroničnu destrukciju tkiva štitnjače, a karakteriziran je pozitivnim protutijelima anti-Tg i anti-TPO.

Drugi uzroci hipotireoze mogu biti ostale autoimune bolesti, trudnoća, stanja nakon liječenja radioaktivnim jodom i operacijom. Simptomi su slabost, pospanost, pomanjkanje koncentracije, bradikardija, smanjen apetit, blijeda i suha koža. Liječenje se zasniva na hormonskoj terapiji levotiroksinom (Euthyrox).

Tumori štitne žljezde

Od epitelnih dobroćudnih tumora najčešći je folikularni adenom koji se javlja u svim dobnim skupinama, češće u mlađih, odraslih osoba. Karcinomi štitnjače čine 1% svih zločudnih tumora, oboljevaju sve dobne skupine, no najčešći je u osoba od 30-45 godina života. 2-3 puta je češći kod žena. Manifestira se kao tvrdi čvor koji može raditi smetenje kod gutanja, izazvati promuklost ili gušenje. Bolesnici su u pravilu u eutireozi.

Možemo ga podijeliti u dvije skupine: zrele i nezrele. Zreli se histološki dijele na papilarne i folikularne, dok nezrele dijelimo na medularne i anaplastične. Najčešći karcinom štitnjače je papilarni i iznosi 70% svih karcinoma štitnjače, slijedi ga folikularni, oba sa dobrom prognozom izlječenja. Medularni karcinom je rijedji tip karcinoma, relativno često metastazira limfogeno. Prognoza je dobra ako se na vrijeme dijagnosticira. Anaplastični karcinom je izrazito agresivan, sa lošom prognozom, ali nasreću, najrjeđi.

Dijagnostika

Dijagnoza se postavlja na osnovi osobne anamneze, kliničkog pregleda, laboratorijskih testova (T3, T4, fT3, fT4, TSH, anti-Tg, anti-TPO, kalcitonin), UZV štitnjače + citopunkcija, scintigrafija. Prema potrebi, radi se CT i MR kod velikih tumora radi ocjene proširenosti.



Operacijska sala na zavodu za orl

Liječenje

Liječenje je, ovisno o dijagnozi, medikamentozno, kirurško, liječenje radioaktivnim jodom te kod nezrelih karcinoma radioterapija nakon operacije.

U indikacije za kirurško liječenje ubrajamo hipertireozu (Basedow, toksična polinodozna struma, toksični adenom), nodonozne strume, difuzna toksična struma kod koje terapija tireostaticima nije dovela do eutireoze nakon dvije godine, i naravno, svi oblici tumora štitnjače. Sama operacija traje u prosjeku od sat i pol do tri sata, ovisno o dijagnozi i zahvaćenosti štitnjače, i duže. U tijeku operacije, prilikom odstranjivanja čvora sa štitnjače, radi se brzi PHD nalaz te se ovisno o nalazu, operater odlučuje da li će bit odstranjen jedan režanj ili će biti potrebna totalna tireoidektomija. U obzir također može doći i odstranjivanje paratireoidnih žlijezda. Napretkom i usavršavanjem kirurške tehnike danas se operacije štitnjače rade uz mali operacijski rez, veliki postotak izlječenja, nizak stupanj komplikacija i relativno kratak oporavak.

Priprema za zahvat

Obuhvaća psihološku i fizičku pripremu bolesnika.

Psihološka priprema za zahvat

U psihološkoj pripremi pacijenta za zahvat veliku ulogu ima medicinska sestra koja treba uzeti dobru sestrinsku anamnezu iz koje se mogu lako saznati aktualni i potencijalni problemi. Potrebno je utvrditi psihički status bolesnika te mu objasniti što ga očekuje. Najčešće je prisutan osjećaj zabrinutosti, straha od zahvata, od dijagnoze, strah od boli i od anestezije. Odmah po prijemu na odjel pružiti obavijesti o prijeoperacijskoj pripremi, o oporavku nakon operacije, duljini hospitalizacije, mogućim komplikacijama. Potrebno je poticati pacijenta na postavljanje pitanja, odgovarati na pitanja jasno i razumljivo. Uključiti obitelj, uspostaviti pozitivan odnos sa pacijentom.

Fizička priprema za zahvat

Fizička priprema obuhvaća laboratorijske nalaze, EKG, RTG srca i pluća i na kraju anesteziološki pregled. Uz standarne nalaze potrebne za opću anesteziju, za pacijenta koji će operirati štitnjaču, vrlo je važno da ima nalaze hormona štitnjače, TSH, ne starije od šest mjeseci, te UZ štitnjače sa nalazom punktata čvora, ako isti postoji. Pacijent također treba biti u eutireozi. Dan prije operacije obroci su standardni, priprema probavnog trakta nije potrebna. Večer prije, te na dan operacije pacijent dobiva premedikaciju prema pisanoj odredbi anesteziologa. Ujutro prije operacije potrebno je uputiti pacijenta na kupanje sa posebnim naglaskom na operativno područje. Kupanje se vrši sa tekućim sapunom koji je dostupan na odjelu, nakon čega se pacijent oblači u čistu pidžamu. U salu se odvodi na poziv anesteziologa, uz pratnju sestre i potrebnu dokumentaciju.

Sestrinske dijagnoze prije zahvata:

Strah u/s s ishodom bolesti
Neupućenost u/s s operativnim zahvatom

Postoperativna njega

Nakon operacije, uz uredan rani postoperativan tijek, pacijent se smješta na odjel za ORL. Pacijenta se smješta u krevet, uz kontrolu vitalnih funkcija odmah po dolasku te kasnije svaka dva sata, po potrebi i češće. Potrebno je pratiti izgled i količinu izlučenog sadržaja na drenažu. Redon drenaža se obično uklanja nakon 24-48 sati, ako sekrecija nije povećana. Po odredbi anesteziologa često se rade kontrolni laboratorijski nalazi dva do tri sata po povratku na odjel. Sa unosom tekućine se počinje dva sata nakon operacije ako nisu prisutne postoperativne poteškoće. Prehrana je standardna, od prvog postoperativnog dana, nije potrebna kašasta ishrana. Uz uredan postoperativni tijek, šavi se vade nakon sedmog dana, te se pacijent otpušta na kućnu njegu.



**Četvrti postoperativni dan, totalna tireoidektomija,
Pacijentica m.m.**

Komplikacije:

Od najranijih postoperativnih komplikacija spominjemo krvarenje. Po dolasku na odjel prati se izgled redon drenaže, ako je sekrecija povećana, potrebno je isprazniti dren te izgled i sadržaj ubilježiti na temperaturnu i nadzornu listu. Pratiti izgled povoja te pojavu hematoma oko rane, otežanog disanja. Češće kontroliranje vitalnih funkcija, u slučaju hipertenzije, primjeniti antihipertenzive prema odredbi anesteziologa. O svakom odstupanju od uobičajenog, odmah obavijestiti liječnika!

Nakon totalne tireoidektomije uz odstranjenje paratireoidnih žlijezda može doći do hipokalcijemije, obično 24-48 sati nakon operacije.

Hipokalcijemija se očituje "osjećajem trnaca", parastezije, najčešće na vrćima prstiju ruku, oko usana, rijeđe nogu, a može dovesti i do tetanije. U tom slučaju daje se kalcij intravenski prema odredbi liječnika, do prestanka simptoma, te se dalje uvodi šumeći kalcij u terapiju uz vitamin D koji pomaže boljoj resorpciji.



Danas postoje brojne kreme na tržištu za epitelizaciju ožiljka, jedna od njih je Contractubex

Doza šumećeg kalcija koju pacijent uzima postepeno se smanjuje, ovisno o krvnom nalazu.

U slučaju probavnih smetnji, u vidu dijareje ili bolova u želucu, potrebno je uputiti pacijenta da odmah obavijesti sestru. Pacijentu je važno dati usmene upute o mogućnoj hipokalcijemiji, uputiti ga da se ne udaljava sa odjela i da se u slučaju pojave simptoma odmah javi sestri. Kalcij u krvi provjerava se standardno drugi, treći i šesti dan postoperativno, a u slučaju terapije, svaki dan.

Osim vađenja krvi, hipokalcijemija se može provjeriti na još jedan način.

Chvostekov znak (ili Weissov) je znak koji se odnosi na abnormalnu reakciju n. facialisa nakon podražaja.

Podražaj se izvodi perkusijom na čeljusti u području grane n. facialisa, a očituje se nevoljnom kontrakcijom mišića. I kao riječka komplikacija, ali moguća, spominjemo povredu n. recurrensa, odgovornog za motilitet glasnica, čija povreda rezultira trajnom promuklošću. Ozljeda obaju živaca tijekom operacije iznimno je rijetka i završava traheotomijom. Pacijenti prije operativnog zahvata na Zavodu za ORL obavlja fonijatrijski pregled te isti nakon operacije, na prvoj kontroli.

Sestrinske dijagnoze nakon operacije

Mogućnost komplikacije - krvarenje

Bol u/s operativnim zahvatom

Visok rizik za infekciju u/s operativnim zahvatom

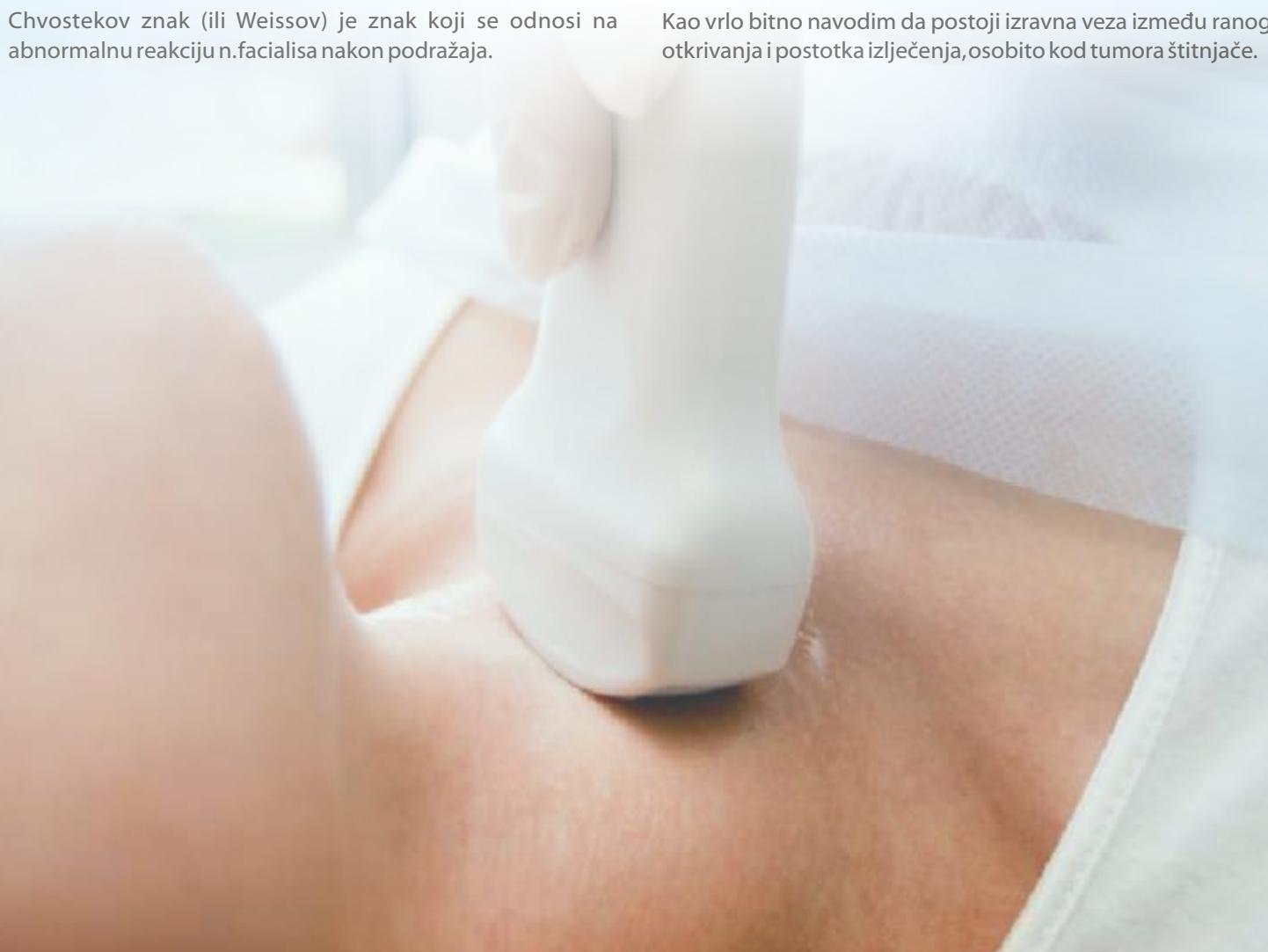
Mučnina u/s anestezijom

Hipokalcijemija u/s operativnim zahvatom što se očituje osjećajem trnaca u vršcima prstiju i oko usana

Život nakon operacije štitnjače

Nakon operacije bolesnicima se uvodi nadomjesna terapija levotiroksinom, a dozu određuje liječnik. Potrebna je redovita kontrola hormona, te kontrola otorinolaringologa i endokrinologa. Ako je potrebno, ovisno o dijagnozi, nakon operacije se još pristupa terapiji jodom te kod težih oblika karcinoma, radioterapiji.

Kao vrlo bitno navodim da postoji izravna veza između ranog otkrivanja i postotka izlječenja, osobito kod tumora štitnjače.



Sestrinske intervencije prilikom izvođenja medicinsko tehničkih zahvata u ranoj trudnoći

Nedeljka Kešćec

Sažetak

Suvremena medicina ima značajni napredak u perinatalnoj medicini zbog sniženja perinatalnog mortaliteta i morbiditeta. Većini fetalnih anomalija još se ne zna uzrok te je prevencija ograničena. Stoga nam preostaje jedino rana antenatalna dijagnostika koja omogućuje njihovo rano otkrivanje ili eventualno liječenje u toku trudnoće i poslije rođenja ili prekid trudnoće ako je anomalija nespojiva sa životom.

Prenatalna skrb značajnim dijelom obuhvaća prenatalno probiranje i dijagnostiku bolesti fetusa uzrokovane poremećajima u broju i strukturi kromosoma. Osnovna uloga prenatalnog probira u perinatalnoj zaštiti je otkriti trudnice s visokim rizikom rađanja kromosomski bolesnog fetusa.

Indikacije za invazivne zahvate su:

- orizik nakon kombiniranog probira viši od 1:250, otrudnica starija od 35 godina,
- okromosomske nepravilnosti kod prethodno rođenog djeteta ili u obitelji,
- prethodno rođena djeca s višestrukim malformacijama, osuspektni ultrazvučni nalazi te psihološki faktori.

Naravno, sama odluka o invazivnoj dijagnostici je isključivo osobna, odnosno donose ju roditelji nakon provedenih neinvazivnih metoda probira i genetskog savjetovanja.

U antenatalnoj skrbi koja treba biti sustavna i obuhvatiti sve trudnice, svaka trudnica treba obaviti prvi pregled u trudnoći do osmog tjedna trudnoće, a trudnica sa ugroženom trudnoćom do šestog tjedna trudnoće.

Pregledi se dalje obavljaju u razmacima od mjesec dana do 28 tj. trudnoće, zatim do 37 tj. trudnoće u razmaku od tri tjedna, a nakon toga jednom tjedno.

Neinvazivne metode

Neinvazivne metode su one koje ne diraju plod, plodne ovoje ni uterus. To su ultrazvučni pregled, (rjeđe rengenski pregled i slikanje magnetskom rezonanacom) i biokemijske pretrage majčine krvi.

Danas se smatra da se ranom uporabom biokemijskih biljega i ultrazvučnih biljega za nasljedne bolesti može prenatalno otkriti do 95% nasljednih bolesti u 12 tj. trudnoće (Podobnik, 2009).

Invazivne metode

Invazivne metode koriste se kad je kombiniranim probirom utvrđen povišen rizik za kromosomopatije ili kada postoji povišen rizik za nastanak nasljednih ili stečenih poremećaja.

Invazivne metode su one kojima izravno, transabdominalno ili transcervikalno dobivaju citološki ili histološki materijali za kariotipizaciju (tkiva korionskih resica, plodne vode ili amniocita iz plodne vode) ili genske pretrage.

To su celulocenteza, amniocenteza, biopsija korionskih resica, transabdominalan punkcija krvnih žila fetusa (kordocenteza) radi dobivanja fetalne krvi te rijetko biopsija fetalne kože, mišića ili jetre.

Profilaksa pri invazivnim metodama prenatalne dijagnostike

Nakon invazivnih prenatalnih zahvata moramo provoditi prevenciju Rh- imunizacije, a ona se provodi od 1968. godine (Đurić, 2009).

Intramuskularna/intravenska primjena anti-D- IgG unutar 72 sata ili prema nekim autorima i 9 do 14 dana od izlaganja Rh- antigenu, može blokiranjem kontakata Rh antigena s imunokomponentnim stanicama majke spriječiti izoimunizaciju. Imunoprofilaksa se provodi samo protiv Rh-D antigena.

Dužnost medicinske sesre je da prema odredbi liječnika provodi pri svim invazivnim metodama prenatalne dijagnostike profilaksu.

Prikaz izvednih invazivnih zahvata na KB Sveti Duh u razdoblju od 2006.- 2013. godine

Godišnje se u KB Sv. Duh učini do 400 ranih amniocinteza, oko 30 kordocenteza te 50 biopsija korionskih resica u ambulantni za visoko rizičnu trudnoću.

Zahvate izvode iskusni izvođači te educirane i stručne medicinske sestre koje svojim znanjem pripremaju psihički i fizički trudnice za navedene invazivne zahvate.

ZAHVATI	2006.g.	2007.g.	2008.g.	2009.g.	2010.g.	2011.g.	2012.g.	2013.g.
RACZ	387	339	312	302	334	288	307	270
ACZ								
KASNA	8	6	8	10	5	8	0	9
CORDO	21	29	116	7	14	0	1	2
CVS	30	43	33	33	22	29	52	40
VRACZ	0	0	0	0	0	0	0	12
UKUPNO	446	417	469	352	375	325	360	333

Tablica 1: Broj invazivni zahvata u KB Sveti Duh u razdoblju od 2006 do 2013 godine.

Sestrinske intervencije prilikom izvođenja medicinsko tehničkih invazivnih zahvata

Dužnosti medicinske sestre prije medicinsko tehničkih invazivnih zahvata je psihička priprema roditelja te upućivanje u genetsko savjetovalište.

Treba ih upoznati sa rizicima invazivnog zahvata na njima shvatljiv način te upozoriti na vrijeme koje treba proteći do dobivanja nalaza.

Prije zahvata pacijentice treba upoznati sa rizikom za dijete i nju, sa načinom izvođenja zahvata, planiranom postupku ovisno o dobivenom rezultatu i obaveznom suglasnosti trudnice za zahvat sa njenim potpisom sukladno čl.23.Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08) te čl. 8. Zakona o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04, Prilog 2 i 3).

Pacijentici se prije zahvata mora navesti da dostavi pravovaljanu dokumentaciju tj. nalazi biokemijskih metoda, nalaz KG i Rh faktora te zadnju povijest bolesti ultrazvučnog pregleda od nadležnog liječnika koji je pacijentu uputio na odgovarajući zahvat.

Pacijentica pola sata prije zahvata smije jest i piti, ali u umjerenim količinama, a prije samog zahvata mora isprazniti mokraćni mjehur, ali ne i kod transervikalnog Cvs-a.

Kod smještavanja pacijentice na stol dužnost je sestre da pacijentici kaže da se skine do pojasa te da legne na leđa (ovis o zahvatu).Sesta zaštiti kompresom genitalije pacijentice te savjetuje da ruke prekriži na prsima .

Ovisno o invazivnom zahvatu sestra prethodno pripremi sterilne setove, antiseptičku otopinu za kožu (Skin Des), odgovarajuće šprice od 2ml te 20ml, igle za zahvat odgovarajuće veličine, uvz gel, sterilne pvc vrećice, sterilne rukavice odgovarajuće veličine za sebe i liječnika koji izvodi dijagnostički postupak.

Izvođenje zahvata radi se pomoću ultrazvuka, utvrđuje se je li plod živ i broj plodova.

Liječnik biometrijom precizira gestacijsku dob, a zatim detaljno obavi morfološki pregled. Prema lokaciji posteljice, smještaju ploda i veličini džepa plodne vode izabere mjesto za punkcije (ACZ-e,CVS-a,PUBS-a).

Liječnik antiseptičkom otopinom čisti trbuh pacijentice, prekriva je sterilnom kompresom, sestra na ultrazvučnu sondu stavlja gel i dodaje sterilnu pvc vrećicu u koju zatim stavlja uvz sondu.

Lokalni anestetik se ne daje, osim ako liječnik ne ordinira u suradnji sa anesteziologom (kod PUBS-a).

Nakon što liječnik odredi mjesto uboda uvodi se igla tehnikom slobodnih ruku ili pod kontrolom vodilice uz kontinuiranu ultrazvučnu kontrolu.

Sesta izvlači mandren sa igle (za ACZ-u ili CVS), te špricom od 2ml aspirira 1 do 1.5ml plodne vode zbog mogućeg zagodenja majčinim stanicama. U sljedeću špricu se aspirira 15 do 20ml plodne vode što dakako ovisi o gestacijskoj dobi te šalje na citogenetsku analizu.

Kod kordocinteze ovisno o gestacijskoj dobi aspirira se 2-3ml fetalne krvi u hepariniziranu štrcaljku, a kod CVS-a optimalno 10 do 20mg korionskog tkiva u štrcaljku koja sadržava medij za kariotipizaciju bez prethodne aspiracije sa podtlakom pomoću posebne naprave.



Slika 7. Pribor za CVS; set igala s madrenom za CVS te s napravom za postizanje podtlaka u aspiracijskoj štrcaljki;
Izvor: Hafner (2009).

Kod amniocinteze zahvat može biti neuspješan zbog neprobijanja plodnih ovojnica.Tada se radi lagana rotacija igle oko svoje osi, a potom i njezino nježno uvođenje. Stvaranje negativnog tlaka u šprici uvlači plodne ovoje u iglu i može doći do prsnuća vodenjaka.

Najveći problem predstavlja prednja posteljica i izrazito pretilje žene radi otežanog praćenja igle. Kod takvih slučajeva bitno je adekvatno namještanje trudnice za zahvat (leđa, bok, polu bok) te strpljivo biranje odgovarajućeg kuta uboda.

Ponekad je potrebno odgoditi zahvat za deset dana. Ako se ni tada ne može izbjegić posteljica onda se iglom prolazi kroz periferne (tanje) dijelove posteljice.

Nakon zahvata kontrolira se srčana akcija. Nakon zahvata pacijentice se obično ne hospitaliziraju osim u slučajevima komplikacija tijekom zahvata.

Sestra preporuča mirovanje 24 sata, bez dizanja tereta, bez spolnog odnosa te im daje upute o komplikacijama. Poduči trudnicu i partnera da se hitno javi u bolnicu ako primijete bilo koji od sljedećih urgetnih znakova infekcije, vaginalno krvarenje, generalizirane edeme, curenje plodne vode, povišenje tjelesne temperature,glavobolju.

Trudnice s opterećenom opstetričkom anamnezom te trudnice sa simptomima prijetećeg pobačaja te kod kojih je plodna voda bila krvava se hospitalizira i daje preventivna doza antibiotika intravenozno.

Važna sestrinska intervencija je ostvariti dobar odnos s trudnicom zasnovan na povjerenju, bez predrasuda, koristeći verbalnu i neverbalnu komunikaciju te omogućiti trudnici da verbalizira svoje strahove tj. da ih identificira. Pružiti dakako emocionalnu potporu.

Dužnost je medicinske sestre da dokumentira izvedeni invazivni zahvat

Sestrinske dijagnoze povezane s invazivnim metodama

Primjena procesa zdravstvene njegе označava najbolji pristup u otkrivanju i rješavanju trudničinih problema iz područja zdravstvene njegе. Cilj procesa zdravstvene njegе je prepoznati i imenovati pacijentičin problem i provesti postupke usmjerene rješavanju problema te provjeru njihove uspješnosti.

Sve provedeno kroz zdravstvenu njegu trudnica treba evidentirati u sestrinsku dokumentaciju koja doprinosi profesionalizaciji struke.

Praksa pokazuje najčešće sljedeće probleme:

1. Problem

Neupućenost u/s predstojećom pretragom
(ACZ, CVS-u, PUBS-u)

Cilj:

Pacijentica će znati sve o medicinsko - tehničkom zahvatu
(ACZ-e; CVS-u; PUBS-u)

Intervencije:

Sestra će objasniti i osigurati pisani materijal u svezi postojeće pretrage, te upoznati pacijenticu sa nuspojavama zahvata i pružiti pacijentici psihičku podršku.

Evaluacija:

Pacijentica zna sve o medicinsko tehničkom zahvatu
(ACZ; CVS-u, PUBS-u)

2. Problem

Strah u/s ishoda invazivnog zahvata (ACZ, CVS-u, PUBS-u)

Cilj:

Pacijentica će verbalizirati strah i tjeskobu

Intervencije:

Osigurati dovoljno vremena za razgovor, poticati pacijenticu na verbalizaciju straha. Sestra će strpljivo i polagano odgovarati na postavljena pitanja te osigurati prisustvo partnera prilikom razgovora. Pokušati pridobiti povjerenje pacijentice da bi mogla lakše verbalizirati svoj strah i tjeskobu.

Evaluacija:

Pacijentica verbalizira svoj strah i tjeskobu.

Ostale sestrinske dijagnoze koje se mogu javiti prilikom izvođena invazivnih prenatalnih metoda:

- Bol u/s izvođenja invazivnog zahvata
(ACZ-e, CVS-a, PUBS-a)
- Visoki rizik za infekciju
- Visok rizik za nastanak komplikacija pri izvođenju invazivnih zahvata
- Visok rizik za fetalnu ugroženost
- Visok rizik za prijevremen i porod
- Neadekvatna prilagodba na invazivni zahvat
- Tjeskoba
- Anksioznost u/s iščekivanja rezultata invazivnog zahvata

Metode prenatalne dijagnostike mogu biti neinvazivne i invazivne s time da je sumnju na kromosomopatije postavljene neinvazivnim metodama potrebno potvrditi pomoću invazivne dijagnostike. Kako bi se izbjegao rizik rađanja djeteta sa neizlječivim anomalijama, trudnice kod kojih se sumnja da rizik postoji mogu izvršiti dijagnostičke testove kojim se utvrđuju ili isključuju kromosomski poremećaji i urođene anomalije ploda te ih se na vrijeme upozorava na eventualne rizike.

Od metode neinvazivne dijagnostike moderna opstetricija koristi ultrazvuk i biokemijske testove. Od metoda invazivne dijagnostike najčešće se izvode biopsija korijskih resica i rana amniocinteza. Biopsija korijskih resica je uzimanje stanica koriona frondozuma igлом između 11. i 14 tj trudnoće. Metoda je iznimno zahvalna zbog mogućnosti ranog izvođenja, ali i u visokim prenatalnim centrima spontani pobačaj kao najteža komplikacija javlja se u 1 - 2% slučajeva. Rana amniocinteza je najstarija i najčešća korištena invazivna metoda prenatalne dijagnostike.

Predstavlja uzimanje uzroka plodne vode za citogenetsku analizu najčešće između 15. i 17. tj trudnoće.

Metoda je vrlo osjetljiva i specifična no ne može se izbjegći mogućnost spontanog pobačaja koji se javlja u 3-5% slučajeva.

Kordocenteza zahtjeva iskustvo u izvođenju ultrazvuka te označava uzimanje fetalne krvi iz krvne žile pupkovine, a najčešće se koristi za kariotipizaciju.

Kao i kod drugih metoda invazivne prenatalne dijagnostike postoji mogućnost spontanog pobačaja u 1-2,5% slučajeva.

Prije izvođenja invazivnog prenatalnog zahvata par treba upozoriti na rizike zahvata za fetus i trudnicu, način izvođenja zahvata, vrijeme koje treba proći do dobivanja nalaza te planirati daljnji postupak.

Navedene zahvate trebaju izvoditi timovi sačinjeni od iskusnih opstetričara i educiranih medicinskih sestara koji svojim znanjem mogu puno doprinijeti da se rizici za majku i dijete svedu na najmanju moguću mjeru.

Sindikalno sportski susreti zaposlenika u zdravstvu

U terminima od 03.-07.06.2015. održani su sindikalno sportski susreti zaposlenika u zdravstvu u organizaciji dvaju sindikata: sindikata zaposlenika u zdravstvu i hrvatskog strukovnog sindikata medicinskih sestara i tehničara.

Turističko naselje „Amarin“ u Rovinju ugostilo je oko 700 zaposlenika u zdravstvu iz cijele Hrvatske.

Na sportskim susretima sudjelovali su i zaposlenici Kliničke bolnice „Sveti Duh“, osvojivši treće mjesto u nogometu pobijedivši djelatnike KB „Dubrava“.

OB „Pula“ u ukupnom poretku, obranila je prošlogodišnju titulu zadržavši prvo mjesto s osvojenih 233 boda, drugo mjesto pripalo je OB „dr. Josip Benčević“ iz Slavonskog Broda sa 122 boda. Na trećem mjestu s osvojenih 103 boda nalazi se Psihijatrijska bolnica „Vrapče“.

U opuštenom i lijepom ambijentu uz adrenalin i želju za natjecanjem, druženje i stvaranje novih poznanstava najdivniji je dio ove sportske priče. S obzirom na mali broj sudionika ispred naše bolnice, nadamo se pojačanju iduće godine te postizanju dobrih rezultata i u drugim sportovima. Stoga, do sljedeće godine trenirajte i krenimo zajedno po trofeje, po najavi organizatora u grad Umag.



Važnost enteralne nutritivne potpore u skrbi kirurških bolesnika

Anamarija Habuš, Vesna Konjevoda, Zoran Ljubić

Uvod

Klinička prehrana važan je segment liječenja bolesnika, češće kao potporna terapija, ali povremeno i kao osnovni način liječenja. Klinička prehrana obuhvaća sve oblike prehrane bolesnika tj. uobičajenu prehranu na usta, prehrambene modifikacije i pripravke te enteralnu i parenteralnu prehranu, a u užem smislu obuhvaća samo enteralnu i parenteralnu prehranu.(1)

Perioperacijski stresni odgovor, bol, neadekvatna volumna nadoknada, nepokretnost i pothlađenost, pothranjenost ili malnutricija, rizični su čimbenici koji uzrokuju poslijeoperacijske poteškoće i komplikacije. Do stanja pothranjenosti mogu dovesti brojne bolesti različitih organskih sustava, međutim procjenom prehrambenog statusa, pravovremenom i adekvatnom enteralnom nadomjesnom potporom mogu se prevenirati brojne posljedice te unaprijediti kvaliteta zdravstvene skrbi. Međutim, procjena prehrambenog statusa uglavnom se ne provodi kao dio rutinske kliničke prakse.

Posljednjih godina razvila se u Europi i SAD-u „fast track“ kirurgija kao odgovor na potrebu za ubrzanjem oporavka pacijenta i poboljšanjem ishoda bolesti. Koncept je multimedialne, odnosno ubrzane rehabilitacije nakon kirurških zahvata.

Temeljne postavke procesa multimodalne rehabilitacije su:

- edukacija bolesnika i njegova priprema za aktivno uključivanje u svladavanje operacijske traume
- primjena suvremenih anestezioloških i kirurških tehniku čiji je cilj smanjiti stresni odgovor organizma na operaciju i postizanje optimalne analgezije te održavanje homeostaze organizma
- intenzivna poslijeoperacijska rehabilitacija koja uključuje ranu enteralnu prehranu i brzu mobilizaciju pacijenta s ciljem što ranijeg povratka njegove funkcionalne autonomije.

Rasprava

Sastavni dio u tradicionalnoj prijeoperacijskoj pripremi za velike abdominalne zahvate bile su stroge preporuke o mehaničkom čišćenju crijeva i gladovanju, no njihova primjena često dovodi do poremećaja ravnoteže volumena i elektrolitskog statusa što se očituje slabošću pacijenta, umorom, žedi, nesanicom i inzuliskom rezistencijom.

Suvremene spoznaje govore u prilog normalnom unosu hrane dan prije operacije te do 6 sati prije samog zahvata, a isto tako preporučuje se pacijentima dati 2 sata prije operacije do 400 ml ugljikohidratne bistre otopine (npr. bistro voćni sok) radi izbjegavanja metaboličkih učinaka gladovanja. Bržem poslijeoperacijskom oporavku probavnog trakta pridonosi rana hidracija, kao i rana enteralna prehrana. U okviru „fast track“ protokola enteralni unos tekućine i hrane (do 1000 ml vode, bistrog voćnog soka, jogurta) počinje već nakon 4-6 sati nakon operacije, ukoliko to samim operacijskim zahvatom ili posebnsotima nije drugačije indicirano. Ključno je nadzirati funkciju probavnog trakta (auskultacija peristaltike, pojava stolice), pratiti elektrolitski status i vrijednosti glukoze.

Glavne indikacije za primjenu nutritivne potpore u kirurgiji jesu prevencija i liječenje malnutricije.

Procjena rizika od pothranjenosti

Najčešće korišten i prihvaćen alat za inicijalni probir u Republici Hrvatskoj a preporučen i prihvaćen od Hrvatskog liječničkog zbora, sukladno Hrvatskim smjernicama za peroperativnu enteralnu prehranu kirurških bolesnika je NRS 2002 (Nutrition Risk Scale 2002), (2).

Metoda je sastavljena od dvije cjeline. Prva obuhvaća 4 pitanja koja se odnose na ITM, gubitak tjelesne mase u proteklih 3 mј, smanjen unos hrane u posljednja 2 tjedna, kliničko stanje te težinu. Potvrđan odgovor na neko od navedena 4 pitanja zahtijeva drugu fazu procjene koja detaljnije razmatra postotak izgubljene mase i težinu bolesti u 3 kategorije-blaga, umjerena i teška u rasponu od po 3 boda. Za sve pacijente starije od 70 godina doda se jedan bod.

Ako je ukupni zbroj veći od 3 boda pacijent je u nutritivnom riziku. Za pacijente sa manje od 3 boda probir se ponavlja jedanput tjedno.

Preoperativno metaboličko pripremanje davanjem otopine ugljikohidrata višestruko je korisno jer time smanjuje postoperativna inuzlinska rezistencija, mučnina i povraćanje, održava masa skeletnih mišića i ubrzava početak rane enteralne prehrane. Prijeoperacijska enteralna potpora trebala bi se provoditi 7 – 14 dana prije operacijskog zahvata pa čak i ako bi to zahtijevalo prolongiranje termina same operacije a ciljem prevencije brojnih mogućih komplikacija i posljedica.

Rana enteralna prehrana stimulira motilitet probavne cijevi, prevenira atrofiju crijevne sluznice, sprečava prodror bakterija i toksina u krvotok, poboljšava crijevnu prokrvljenost.

Količina početnog oralnog unosa mora biti prilagođena funkciji gastrointestinalnog sustava i samom pacijentu. Može se započeti sa 10-20 ml/h tijekom prvih 12-24 sata.

**Nužan je nazdor kliničkih znakova
(stanje svijesti, temperature, pulsa, apetita), kako bi se
rano prepoznaše i prevenirale komplikacije
enteralne prehrane:**

- Od strane probavnog sustava- kolike, mučnina, povraćanje, gastroezofagelni refluks, proljevi, krvarenja, ileus
- Mehaničke komplikacije- aspiracija, vezano uz sondu, faringitis, erozija jednjaka, opstrukcija sonde
- Metaboličke komplikacije- dehidracija, hiper i hiponatremija, hiper i hipokalemija, hiperglikemija

Rana enteralna prehrana na sondu (unutar 24 sata) indicirana je kod operacija karcinoma probavnog sustava u gornjem dijelu probavne cijevi, opsežnih operacija glave i vrata, teških trauma i nemogućnosti gutanja te kod neadekvatnog peroralnog unosa duljeg od 10 dana.

Također je važno i korisno napomenuti da su u Hrvatskoj svi preparati za enteralnu nadomjesnu potporu na osnovnoj listi lijekova HZZO-a dok u velikom broju svjetskih zemalja to nije praksa. Potrebno je zaista na korist naših bolesnika iskoristiti tu veliku i važnu prednost i mogućnost.

Zaključak

Uvođenje rane enteralne prehrane dovodi do poboljšanja nutritivnog statusa koji znatno smanjuje perioperativne komplikacije i ubrzava oporavak bolesnika te na taj način poboljšava ishod kirurškog liječenja i poboljšava kvalitetu života bolesnika.

Nutritivna potpora kirurških bolesnika koja je krenula kao tzv. ERAS – (Enhanced Recovery After surgery), i „Fast track surgery“, te daljnjim istraživanjima diljem svijeta, zaključilo se kako je nužno i potrebno da enteralna nutritivna potpora bude standardna procedura u svim svjetskim pa tako i hrvatskim bolnicama.

REFERENCE:

1. Krznarić Ž, Vranešić-Bender D. Enteralna prehrana – osobitosti i prednosti; Vaše zdravlje; 27:12/02.2012.
2. Zelić M, Vranešić Bender D, Kelečić Ljubas D, Župan Ž, et all. Hrvatske smjernice za perioperativnu enteralnu prehranu kirurških bolesnika, Lječnički vjesnik, 2014; 136: 1-7.
3. Štimac D, Krznarić Ž, Vranešić Bender D, Obrovac Glišić M. Dijetoterapija i klinička prehrana, Medicinska naklada, 2014.
4. http://www.cybermed.hr/centri_a_z/enteralna_prehranu/prehrana_za_posebna_medicinska_stanja
5. <http://lijecnicki-vjesnik.hlz.hr/>
6. http://www.hope.hr/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=5
7. <http://espen.info/documents/ensurgery.pdf>
8. <http://www.medscape.org/viewarticle/568983>

Izvješće sa skupa u organizaciji tvrtke Abbott Laboratories

Vesna Konjevoda

29.svibnja pod pokroviteljstvom tvrtke Abbott održan je skup medicinskih djelatnika s ciljem podizanja razine svijesti o važnosti enteralne nutritivne potpore bolesnika naročito onih kojima predstoji operativni zahvat. Na skupu su bile obrađene najzanimljivije i aktualne teme iz područja nutritivne potpore s osvrtom na nedavno održani Aspen Nutrition Week 2015 na kojem je jedna od posebnih tema bila upravo nutritivna potpora kirurških bolesnika. Skupu su prisustvovali Sandra Ložnjak i Vesna Konjevoda. Spoznaja da je svaka četvrta hospitalizirana osoba u Europi pothranjena ili izložena riziku od pothranjenosti tjera nas na razmišljanje. U domovima za stare i nemoćne taj postotak je još niži te se odnosi na svaku drugu osobu.

Kroz kvalitetna predavanja poznatih hrvatskih liječnika, naučili smo kako pomoći bolesnicima poboljšati njihov nutritivni status i održati potpornu tjelesnu masu. Stavljen je naglasak na važnost nutritivnog probira te timskog rada svih profila zdravstvenih djelatnika.



Izvješće s 11. Kongresa Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju s međunarodnim sudjelovanjem, Opatija 13-16.5.2015.

Vesna Konjevoda

Hrvatsko društvo za digestivnu kirurgiju, tradicionalno je organiziralo 11. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju s međunarodnim sudjelovanjem, koji se održao u Opatiji od 13.-16.svibnja 2015. Društvo operacijskih sestara organiziralo je također unutar kongresa stručni skup za medicinske sestre. Kongresu su prisustvovali liječnici i medicinske sestre iz St. Mark's Hospitala, Mostara, Tuzle, Srbije i svih dijelova Republike Hrvatske.

Kroz set predavanja, liječnici iz St. Marks-a prezentirali su trenutna saznanja i dostignuća vezana uz ranu poslijeoperacijsku enteralnu prehranu (Fast track surgery), te dijagnostici i liječenju Crohnove bolesti. Nama je osobno bilo vrlo zanimljivo predavanje kolege o preoperativnoj pripremi i postoperativnoj njezi kao i kompetencijama medicinskih sestara sukladno stupnju obrazovanja u Engleskoj. Uvidjeli smo da posjeduju puno višu razinu samostalnosti u doноšenja odluka u odnosu na trenutnu poziciju i ovlasti medicinskih sestara u Hrvatskoj. Obrazovni sustav i mogućnosti cjeloživotnog obrazovanja, usavršavanja i vrednovanja usvojenog znanja praćene su razinama kompetencija kao i u platnom i položajnom smislu.



Na jednodnevnim stručnim skupu Hrvatskog društva operacijskih sestara aktivno su sudjelovale medicinske sestre Kliničke bolnice „Sveti Duh“. Vesna Konjevoda prezentirala je „Značaj enteralne prehrane u liječenju i oporavku kirurških bolesnika“, na liječničkom dijelu kongresa. Naglasila je važnost pridržavanja Hrvatskih smjernica za perioperativnu enteralnu prehranu kirurških bolesnika te prednosti koje takav promišljeni i smjernicama propisan pristup donosi bolesnicima, liječnicima, medicinskim sestrama te zdravstvenoj ustanovi referirajući se na najnovija svjetska znanstvena istraživanja.

Na stručnom skupu medicinskih sestara sudjelovale su Ljiljana Mihulja, Marija Tomac, Sandra Ložnjak s Klinike za kirurgiju te medicinske sestre Radmila Mikulić, Bojana Miličević i Helena Stiperski s Klinike za urologiju. U nastavku kongresa Vesna Konjevoda prezentirala je radove: „Markiranjem i adekvatnim pozicioniranjem do boljeg ishoda zdravstvene skrbi bolesnika sa stomom“, te rad na temu „Stavovi medicinskih sestara o sigurnosti pacijenata na Klinici za kirurgiju. Radovi su bili istraživačke naravi i istraživanja su bila provedena na Klinici za kirurgiju. Sukladno dobivenim rezultatima markiranje i adekvatno pozicioniranje uvedeni su kao obavezan prijeoperacijski postupak kod bolesnika kod kojih se planira izvedba stome probavnog trakta. Također je stavljen naglasak na nužnost educiranja enterostomalnih terapeuta kao posebnog profila medicinskih sestara. Na edukaciji za enterostomalnog terapeuta u Ljubljani trenutno su 3 medicinske sestre iz RH, koje će ujedno biti i prvi enterostomalni terapeuti u RH. O važnosti i ulozi enterostomalnih terapeuta govorila je i kolegica Vesna Čaćić iz Rijeke.



Medicinske sestre iz KBC Rijeka također su imale izvrsna istraživačka predavanja o važnosti enteralne nadomjesne prehrane kod kirurških bolesnika.

Na setu predavanja o perioperativnoj skrbi predstavljeni su radovi o početcima instrumentiranja te ideja o uvođenju tehnika instrumentiranja kao jednog od smjerova stručnog studija sestrinstva u Rijeci.

Izvrsno je bilo predavanja prof. Depolo o važnosti holističkog pristupa u zdravstvenoj skrbi. Dekan Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci također je predstavio smjer razvoja i planove za budućnost, dok su studenti treće godine sestrinstva predstavili rad na temu "Najčešći zahvati i komplikacije digestivne kirurgije u KBC-u Rijeka".

Kolegica Budiselić–Vidaić, glavna sestra kirurške operacijske sale i Predsjednica društva operacijskih sestara na kraju se svima zahvalila na sudjelovanju i izvrsnim radovima te zatvorila skup s idejom o osnivanju Društva digestivnih sestara.

Ovom prilikom zahvaljujem kolegicama iz KBC-a Rijeka na predivnom druženju, ugodnoj ali vrlo profesionalnoj i radnoj atmosferi te uloženom trudu kako bi se u predivnoj Opatiji svi zajedno osjećali kao kod svoje kuće.



Izvješće sa Stručnog skupa medicinskih sestara i liječnika abdominalne kirurgije

Budimpešta 11.-13-06.2015.

Na inicijativu suradnika iz firme „Coloplast“, popraćeno željom i ciljem osvjećivanja i educiranja usko vezanih medicinskih stručnjaka koji rade s osobama kod kojih je izvedena intestinalna stoma, održan je stručni skup u Budimpešti te obilazak Coloplastove tvornice u Tatabany.

Nakon pozdravnog uvoda i prezentacije o samoj tvornici, s kratkim osvrtom na prvo ostomijsko pomagalo čiji je kreator 1954. godine bila upravo medicinska sestra, uslijedio je obilazak tvornice. Uz stručno vodstvo i iscrpna objašnjenja svih procesa rada, impresionirani smo bili sustavima kontrole i prevencije eventualnih neželjenih događaja te kompleksnošću same proizvodnje naizgled jednostavne stoma podloge i vrećice. Također je stavljen naglasak na silan trud, znanje i želju velikog broja ljudi koji svakodnevno inovativno i intenzivno rade na podizanju razine sigurnosti stoma pomagala kako bi se posljedično podigla kvaliteta života osoba sa stomom.



Stručni program koji je uslijedio, svojim predavanjima na temu „Predoperativno obilježavanje mesta stome – izazovi u svakodnevnoj praksi“, vodili su prof.dr.sc. Stipančić iz KB „Dubrava“ i Vesna Konjevoda dipl.med.techn., iz KB „Sveti Duh“. Stavljen je naglasak na važnost prijeoperacijskog markiranja i adekvatnog pozicioniranja intestinalne stome te utjecaja istih na kvalitetu života bolesnika sa stomom, njihovo samopouzdanje te vrlo često stigmatiziranje. Također je prema najnovijim svjetskim istraživanjima, broj dana hospitalizacije, broj ranih i kasnih poslijeoperacijskih komplikacija, troškovi ukupnog liječenja i rehabilitacije, znatno manji kod markiranih u odnosu na nemarkirane bolesnike. Predstavljen je problem nedostatka enterostomalnih terapeuta u Republici Hrvatskoj kao posebno educiranog i specijaliziranog kadra, kojeg kao takovog već više od 30 godina imaju gotovo sve razvijene zemlje svijeta. Nakon predstavljanja same tehniki i protokola markiranja slijedila je rasprava gdje se vidjela veliku zainteresiranost prisutnih o temi. Jedino logično pitanje koje se nameće je: Ako sve to tako dobro znamo, zašto to onda i ne primjenjujemo u svakodnevnoj praksi??? Odgovor ćemo možda dobiti na nekom drugom skupu, a do tada radimo svi zajedno najbolje što znamo i možemo oko naših bolesnika s intestinalnom stomom.

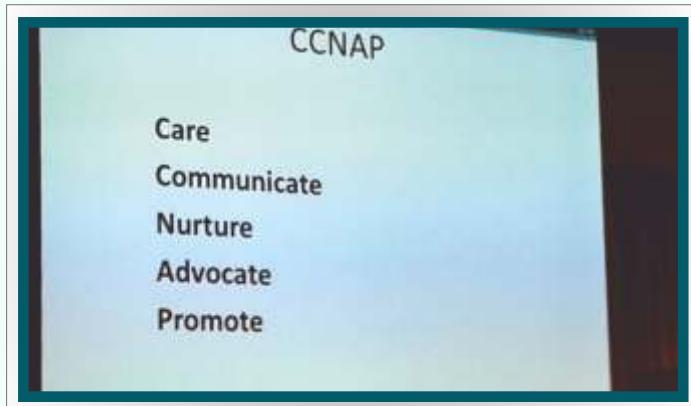
Skupu su prisustvovali Marica Jelić, Zoran Ljubić i Marko Sever sa Zavoda za abdominalnu kirurgiju naše bolnice.



EuroHeartCare 2015, Dubrovnik

Tomislav Maričić

Od 14. do 15. lipnja 2015. godine u Dubrovniku, Hotel Valamar Lacroma, održan je EuroHeartCare, čiji je suorganizator bila Hrvatska udruga kardioloških medicinskih sestara s Vijećem za medicinske sestre i srodne profesije Europskog kardiološkog društva (Councils on Cardiovascular Nursing and Allied Professions – CCNAP).



Tema kongresa bila je **Guidelines: Care to implement**. Službeni jezici bili su engleski i hrvatski uz simultano prevodenje.



Stručni program odvijao se kroz 2 dana; 16 sesija u dvije paralelne dvorane; okrugli stol s temom izobrazba kardioloških medicinskih sestara: strategija i ciljevi; te poster sesije – 3 moderirane sesije, oralne prezentacije. Ukupno oko 240 sažetaka sa 600 sudionika iz oko 40 zemalja.

Djelatnici Zavoda za bolesti srca i krvnih žila, KB „Sveti Duh“, koji su sudjelovali na EuroHeartCare: Dorotea Bedeničić, bacc.med.techn., glavna sestra Zavoda; Tomislav Maričić, bacc.med.techn., voditelj tima u koronarnoj i postkoronarnoj skrbi te medicinske sestre Slavica Čaktaš i Jelena Tereza Čepo.

Osim struke i znanosti bila je ovo i prigoda, kako za stara, tako i za nova prijateljska druženja i razmjenu informacija u neformalnim susretima.



Međunarodni kongres medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije (HDMSARIST)

Anita Hrvol

Od 23.-23.travnja 2015. godine u hotelu Solaris u Šibeniku održan je Međunarodni 8. Kongres Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivnog liječenja i transfuzije.

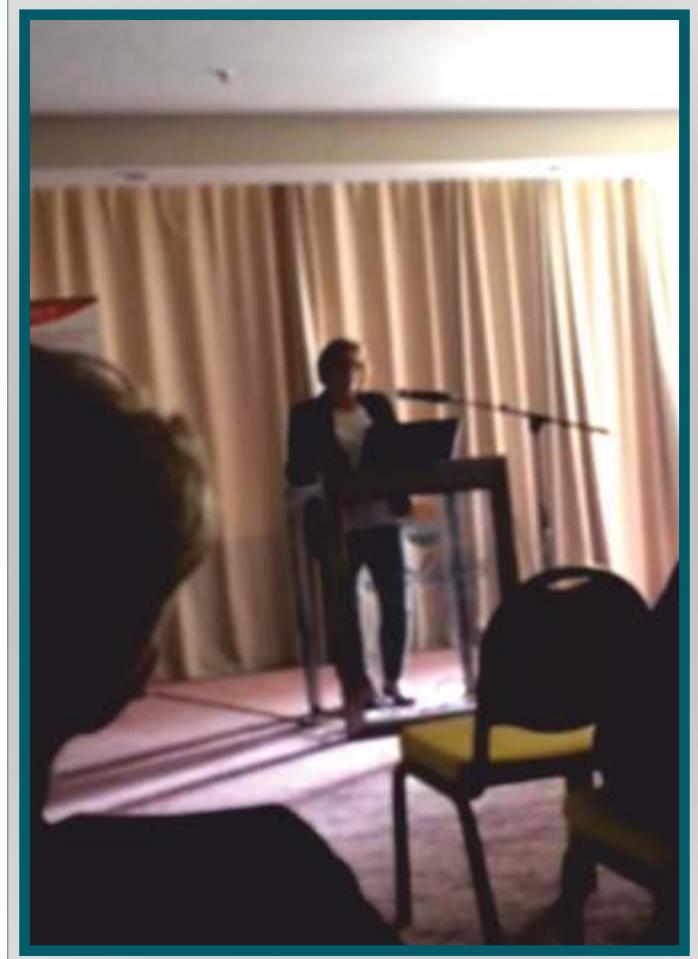
Nakon što je predsjednik Društva Adriano Friganović otvorio kongres sudionike je pozdravio i sanacijski ravnatelj O.B. Šibenik.

Tokom tri radna dana, u kongresnom centru hotela Ivan kolege iz Hrvatske i inozemstva prezentirali su 80-ak stručnih radova, a sudionici su mogli pohoditi i osam organiziranih stručnih radionica s temama iz područja anesteziologije i intenzivne medicine.



Teme 8. Međunarodnog kongresa HDMSARIST-a bile su:

Sepsa;
Organizacija objedinjenog hitnog prijema;
Obrazovanje medicinskih sestara;
Hemodinamski monitoring u anesteziji;
Klinička transfuzija;
Pedijatrijska i neonatalna intenzivna skrb te slobodne teme.



Djelatnici KB sveti duh sudjelovali su s dva rada: "Upotreba neinvanzivne mehaničke ventilacije na Internoj klinici u vremenskom periodu 30 dana" i „Toksična epidermalna nekroliza-prikaz slučaja“

Na kongresu su sudjelovale medicinske sestre i tehničari iz Hrvatske, Slovenije, Bosne i Hercegovine, Makedonije i Slovenije.

Donacija medicinske opreme međunarodnog kluba žena Zagreb odjelu neonatologije klinike za ginekologiju i porodništvo

Ana Zovko

U Kliničkoj bolnici „Sveti Duh“ u srijedu 6. svibnja 2015. godine održana je svečana primopredaja donacije medicinske opreme Međunarodnog kluba žena Zagreb odjelu neonatologije Klinike za ginekologiju i porodništvo. Oprema je vrijedna 271.086 kuna, a Međunarodni klub žena novac je prikupio na svom 21. božićnom sajmu, na kojem su sudjelovale 43 zemlje.

„Niste nas iznenadili, mi smo to od vas i očekivali, ali ste nas dirnuli. Od srca zahvala svima sa željom da se uskoro nađemo u prigodi nove donacije“, istaknuo je zagrebački gradonačelnik Milan Bandić prilikom primopredaje.



Međunarodni klub žena Zagreb je nevladina, neprofitna udruga koja okuplja žene raznih nacionalnosti koje žive u Hrvatskoj. Jedan od najvažnijih ciljeva Kluba je prikupljanje sredstava za pomoć hrvatskim institucijama ili grupama koje rade za dobrobit žena i djece.

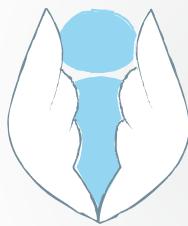


Pedijatar dr. Milan Stanojević objasnio je da se radi o 12 aparata za intenzivno liječenje novorođenčadi za održavanje topline, disanja, vitalnih funkcija i davanja lijekova. „Ovo je velik doprinos za liječenje najugroženije skupine naših bolesnika - novorođenčadi“, napomenuo je.

Predsjednica Međunarodnog kluba žena Zagreb Heather McCrimmon rekla je kako je donacije ove opreme dodirnula srca svih članica Kluba jer se radi o životima prerano rođenih beba, a ravnatelj KB „Sveti Duh“ prof.dr.sc. Mladen Bušić je zahvalio na vrijednoj donaciji, kao i Gradu Zagrebu i gradonačelniku na kontinuiranoj potpori.



Palčić gore



**KLUB RODITELJA
NEDONOŠČADI
PALČIĆI**

**Palčić
gore**

NAZOVITE 060 9098

Cijena po pozivu 6,25 kn s uključenim PDV-om

Žiro račun akcije "Palčić gore!":

Societe Generale - Splitska banka d.d.:

2330003-1552050516

Dragi prijatelji Palčića,

Jeste li ikada darovali nekome bubamaru za sreću?

VELIKO SRCE DROGERIJE KOZMO OMOGUĆITI ĆE VAM DA TO UČINITE I BUBAMARAMA ZA SREĆU KOJE ĆE KLASITI VAŠE DOMOVE I DOMOVE VAŠIH NAJDRAŽIH.

DARUJETE OSMJEH I BOLJE SUTRA NAŠIM NAJMANJIM HEROJIMA PALČIĆIMA.

Najveća hrvatska drogerija KOZMO povodom obilježavanja desete godišnjice ponovo je u službi onih kojima je potrebna pomoć i već po drugi puta pomaže našim najmanjim herojima Palčićima.

Nakon donacije perfuzora Klinici za dječje bolesti u Klaićevu u sklopu akcije "Palčić gore", Kozmo ovoga puta Humanitarnom kampanjom „Daruj i ti bubamaru za sreću“ koja traje idućih mjesec dana, pomaže radu udruge "Palčići", prvoj u Hrvatskoj osnovanoj s ciljem podizanja svijesti i dugoročnog unapređenja, skrbi za prijevremeno rođenu djecu i podršku njihovim roditeljima i na najljepši način daje svoj doprinos podizanju svijesti o problemima s kojima se susreću Palčići i njihovi roditelji.

„Drago nam je da deset godina drogerije KOZMO možemo proslaviti pomažući štićenicima i roditeljima iz udruge Palčići. Pozivam sve da se pridruže ovoj akciji te da već ovog ljeta udruga ima bolje uvjete za rad a mališani sretniji život.“ – izjavio je predsjednik uprave drogerije KOZMO, Krešimir Profaca.

Kampanja Daruj bubamaru za sreću počela je 8. lipnja, a traje do 7. srpnja ove godine. Kupnjom bubamare u prodavaonicama KOZMO drogerija u vrijednosti od 5 kuna pomažemo malim palčićima u borbi za život, a njihovim roditeljima znatno ćemo ga olakšati.

“Iznimna nam je čast i zadovoljstvo što je najveća hrvatska drogerija Kozmo prepoznaла naš trud i nastojanje da ovaj svijet učinimo boljim mjestom za naše najmanje heroje Palčiće i već po drugi put odlučila pomoći.

Nakon donacije perfuzora Klinici za dječje bolesti u Klaićevu u sklopu akcije "Palčić gore", Kozmo ponovo pomaže radu udruge "Palčići" i na najljepši način daje svoj doprinos podizanju svijesti o problemima s kojima se susreću Palčići i njihovi roditelji.

Svaka bubamara u rukama njihovih kupaca biti će ne samo financijska podrška radu Udruge već i vjetar u leđa i korak naprijed za bolju budućnost svih naših Palčića. Hvala Vam od srca što ovakvim gestama pokazujete da ste ljudi velika srca koji uz svoj uspjeh ne zaboravljate one kojima je potrebna Vaša pomoć.

PALČIĆ GORE ZA KOZMO – izjavila je Željka Vučko iz udruge Palčići.

Štićenici udruge Palčići oduševljeni su lijepom gestom najveće hrvatske drogerije, a sretna lica na kojima blistaju veliki osmijesi, najljepši su poklon za sve Vas koji odlučite DAROVATI BUBAMARU ZA SREĆU

Hvala Vam od srca u ime najmanjih i najhrabrijih heroja PALČIĆA

Fotografije bubamara koje krase Vaš dom ili domove Vaših najmilijih možete nam slati na mail:

klub.roditelja.palcici@gmail.com sa svojim komentarima kako bi ih mogli objaviti na našim stranicama ili ih sami direktno objavljivati na našim FB stranicama.

Odjeća za dušu

Dušica Lekić

∅ za kraj, jedna ljubavna...

Penelope

Nisi ti taj jer ne znaš ništa o lijepoj riječi u tužnoj priči...

Nisi ti taj jer ne znaš za patuljka sreće u životnoj bajci...

Nisi ti taj, jer ne znaš za pjesmu nade kada vjetrovi pušu,

ne znaš za svijetli oblak u vrtlogu tame...

Nisi ti taj jer ne vidiš dubinu duše ni ranjivi, prkosni pogled poklonjen svijetu,

i ne čuješ korake uzmicanja koji vode ka nadi...

Nisi ti taj, ti ne prepoznaćeš dugine boje a život čine nijanse...

Nisi ti taj, jer ne dodirnu te nevina želja skrivena u čudnom bijegu...

Ne, nisi ti taj, ti si tek slutnja jedne Penelope, slutnja koja zalazi u sutor.

Dušica



CROATIAN NURSING ASSOCIATION CONGRESS

Sestrinstvo bez granica!

KONGRES HRVATSKE UDRUGE MEDICINSKIH SESTARA
s međunarodnim sudjelovanjem

OPATIJA, 9-11.10.2015.

REGIONALNA KONFERENCIJA ICN-a

Posebna gošća:

JUDITH SHAMIAN, RN, PhD, LLD, DSci, FAAN - president of ICN

Simpoziji stručnih društava:

- Društvo za hospicijsku i palijativnu zdravstvenu njegu
- Društvo za kvalitetu
- Društvo nefrologije, dijalize i transplantacije bubrega
- Društvo oftalmoloških medicinskih sestara/tehničara
- Društvo patronažnih sestara
- Društvo za povijest sestrinstva i Društvo nastavnika zdravstvene njage
- Pedijatrijsko društvo
- Psihiijatrijsko društvo
- Društvo medicinskih sestara školske i sveučilišne medicine
- Kirurško društvo
- Infektoološko društvo
- Društvo medicinskih sestara/tehničara za dijabetes, endokrinologiju i poremećaje metabolizma

Pokroviteljstvo:

- Predsjednica Republike Hrvatske Kolinda Grabar Kitarović
- Ministarstvo zdravljia
- Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta
- Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet
- Zdravstveno veleručilište u Zagrebu

Suorganizatori:

- HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA (HKMS)
- HRVATSKI SINDIKAT MEDICINSKIH SESTARA-MEDICINSKIH TEHNIČARA (HSMSMT)
- HRVATSKI NACIONALNI SAVEZ SESTRINSTVA (HNSS)
- HRVATSKA UDRUGA KARDIOLOŠKIH MEDICINSKIH SESTARA (HUKMS)

