

MOJ GLAS

Glasnik medicinskih sestara, tehničara i primalja Kliničke bolnice Sveti Duh

BROJ 6, SRPANJ 2013.

Dugo, toplo,
europsko ljet...
*





Sadržaj

Riječ urednice	3
In memoriam	4
Riječ glavne sestre bolnice	5
Intervju	6
Izvješća	12
Stručni članci	17
Predstavljamo oodjel za neonatologiju	38
Događaji i zanimljivosti	40
I za kraj...	44

MOJ GLAS

Uredništvo:

[Glavna urednica: Marija Kadović mag.med.techn](#)

Rukovoditelj Jedinice za osiguranje i unapređenje kvalitete

[Vesna Konjevoda dipl.ms](#)

Glavna sestra Zavoda za abdominalnu kirurgiju, Klinika za kirurgiju

[Maja Kukec bacc.med.techn](#)

Jedinica intenzivne skrbi, Zavod za Urologiju

[Tomislav Maričić bacc.med.techn](#)

Glavni tehničar u Jedinici koronarne skrbi, Klinika za unutarnje bolesti

[Sanja Ljubičić dipl.ms](#)

Glavna sestra za edukaciju medicinskih sestara

[Tanja Lupieri bacc.med.techn](#)

Glavna sestra Klinike za očne bolesti

[Dušica Lekić bacc.med.techn](#)

Voditelj instrumentara u operacijskom bloku

[Jadranka Ristić bacc.med.techn](#)

Glavna instrumentarka na Klinici za ginekologiju

[Marina Vrhovec dipl.med.techn](#)

Glavna sestra odsjeka za traumatologiju

Glasnik MOJ GLAS izdaje Klinička bolnica Sveti Duh



Ljeto nam se vratilo...



Marija Kadović

Lijep je osjećaj pisati uvodnik a svi članci za novi broj našeg časopisa čekaju već napisani. To dokazuje daljnju želju i motiviranost našeg uredništva za promocijom sestrinstva i za informiranjem vjernog čitateljstva.

Ovih dana pristupili smo Europskoj uniji. Još uvijek nesvesni svega što nas očekuje, odnosno svega što će se očekivati od nas. No, ako krenemo od ostvarenja vlastitih očekivanja i težnji lakše će nam biti prihvatići tuđa.

Zasuti smo razmišljanjima i maštanjima o tome hoće li nam biti drugačije u Europi, bolje ili lošije, koliko će sestara otići, koliko doći iz drugih zemalja, hoće li se zapošljavati veći broj sestara u zdravstveni sustav, kako postići opće zadovoljstvo, kakav će nam biti standard.

No, od maštanja me više brinu činjenice, da se ne prepoznaće i ne podupire vrijednost sestrinskog rada, da su sistematizacije neprilagođene, kvaliteta obrazovanja upitna, da se medicinske sestre ne zalažu dovoljno za svoju profesiju, a najviše, da smo jedna drugoj neprijatelj i najmanja potpora. Prepoznatljive i cijenjene možemo postati samo znanjem, profesionalnošću, poštivanjem sebe i dizanjem standarda svojeg rada.

Jer zadovoljne osobe mijenjaju svijet.

Dugo, toplo, bezbrižno ljeto želi vam vaša urednica.



Gordana Radanović

3. listopad 1972. - 28. svibanj 2013.

Gordana Radanović rođena je 3. listopada 1972 godine. Nestašna i neustrašiva djevojčica u skupini djece isticala se nordijsko plavom kosom i prelijepim svijetlim očima kojima se boja mijenjala prema raspoloženju. Nekad plave, nekad zelene, nekad sive, ali uvijek bistre, brze i radoznale. Od kada je počela hodati, bila je medicinska sestra i doktorica, kuhača je bila njeni injekciji koju je davala svakome koga je uspjela uvjeriti da je bolestan i treba leči kako bi ga ona izlječila, a to nije bilo rijetko. Kada je došlo vrijeme upisa u srednju školu nitko je nije mogao odvratiti od njenog jedinog izbora - medicinske škole, iako su se mnogi trudili zgaditi joj taj poziv znajući koliko je potrebno sebe dati i davati, nerijetko ne dobivši ni "hvala". Uzalud. Uživala je pričati priče s patologije za ručkom zgražajući neke članove obitelji, uživala je u svakom vađenju krvi ponosna što joj to tako dobro ide, nije se obeshrabrla ni kada joj je u petnaestoj godini života čovjek umro na rukama, to je bio njen život i ona je to znala.

Već u 17-toj godini života jedna mala krvžica na vratu mijenja njen veseli život u strepnu i iščekivanje nalaza. Hodkinova bolest zvučala je puno bolje od leukemije, ali zračenja nisu bila nimalo naivna, osobito kada se pod aparatom našla u vrijeme jednog potresa.

Usprkos svemu odradila je staž i zaposlila se na Klinici za Neurologiju, odjelu koji je voljela, bio je to njen drugi dom, a kolege i kolege, obitelj u kojoj se svi vole uz poneke razmirice kao u svakoj obitelji. Na operaciju srca otisla je u zadnjem trenutku, kada joj je život visio o koncu, a i tada se šalila na račun svojih natečenih nogu. Čim bi se osjećala malo bolje, željela je raditi, nije imala mira sjedeći u kući besposleno, žudeći za smjenskim radom i

uzbuđenjima hitne službe. Sestrinski poziv je za za nju značio život!

Iznimno hrabra, uporna i ambiciozna, željna novih znanja upisala je studij sestrinstava na Zdravstvenom veleučilištu gdje uspješno polagala ispite kada je bolest u tome nije sprečavala. Aktivno je sudjelovala na mnogim kongresima i seminarima te je bila autor više kvalitetnih radova. U neko doba krajem 2012. Uslijedili su događaji koji su svima bili neprihvatljivi. Nizala se jedna tegoba za drugom, njeno stanje bilo je sve teže ali ljudi oko nje s puno nade i vjere su očekivali pomak na bolje sve do samog kraja. Ali, ovaj put, Goga nije izdržala. Nažalost, nijen se mladi život prerano ugasio u bolnici u kojoj je radila, koju je voljela, okružena ljudima koji su poduzeli apsolutno sve kako bi ozdravila i bila bolje, ljudima koji su je voljeli i podržavali.

Ostaje nam neizbrisivo sjećanje na našu Gogu!

Draga Goga, hvala Ti što si sa nama proživjela svoj život, nedostaješ nam svakog dana, ali zauvijek ćeš biti u našim mislima.



Riječ pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo - glavne sestre bolnice



Marina Rukavina

Informacija da ulaskom Republike Hrvatske u Europsku uniju zdravstvo kao djelatnost ostaje autonomno, nacionalno specifično i da je svaka zemlja odgovorna za zdravstvenu zaštitu svojih građana, za organizaciju sustava i financiranje, govori nam jasno da do daljnjega neće doći do bitnih promjena za medicinske sestre.

U Republici Hrvatskoj u zdravstvenom sustavu uz 34.000 medicinskih sestara/ tehničara nedostaje još jedan znatan broj od oko 20- tak tisuća medicinskih sestara/ tehničara. U Europi na 100.000 stanovnika dolazi 755 medicinskih sestara/ tehničara, a u Hrvatskoj 499.

Zaostajemo i sa višim kadrom, jer u Hrvatskoj ima samo 10% medicinskih sestara sa završenim dodiplomskim stručnim studijem, a još manje sa završenim diplomskim stručnim studijem ili diplomskim sveučilišnim studijem.

Trenutno nisam sigurna da je itko od zdravstvenih djelatnika kad nas zadovoljan.

Posao medicinskih sestara/ tehničara izuzetno je naporan, kako fizički tako i psihički, a konstantan manjak osoblja dovodi do čestih bolovanja jer se djelatnici iscrpe stalnim nadoknađivanjem manjka osoblja.

Medinske sestre nisu zadovoljne ni sa plaćom. Medicinska sestra sa srednjom školom i 20 godina staža u smjenskom radu 12/24;12/48 sati ima plaću oko 5.600,00 kuna.

Također ni prvostupnice sestrinstva nisu zadovoljne, jer ni njihov rad, znanje i vještine nisu adekvatno plaćeni, naročito ako rade samo u jutarnjoj smjeni. Iako svi ističemo da je važno školovanje i naše medicinske sestre/ tehničari sami snose troškove

školovanja, nakon diplome za njih najčešće nemamo sistematiziranih radnih mјesta.

Sve u svemu naše medicinske sestre su potplaćene i nazaposlene.

I dok nezaposlenost u Republici Hrvatskoj i dalje raste, sve je veći broj onih koji očekuju ulazak u Europsku uniju, kako bi im traženje posla u inozemstvu bilo lakše.

Poznato je da su medicinski stučnjaci, a tu kategoriju ulaze liječnici i medicinske sestre, uz neka druga zanimanja, najtraženiji na svjetskom tržištu rada.

Ipak ulaskom u Europsku uniju stare članice EU imaju pravo sukcesivno ograničavati pristup radnicima iz zemalja koje pristupe EU, što se prvenstveno odnosi na radnike niže i srednje stručne spreme.

Problem nastaje jer obrazovanje medicinskih sestara/ tehničara srednje stručne spreme u Republici Hrvatskoj nije kompatibilno onom u Europskoj uniji, i naše sestre sa srednjom stručnom spremom ne mogu konkurirati na tržištu rada u Europskoj uniji, dok su prvostupnice u povoljnijem položaju. Zbog navedenih razloga smatram da u skoroj budućnosti neće biti masovnih odlazaka medicinskih sestara/ tehničara.

Nadam da će Hrvatska komora medicinskih sestara, Ministarstvo zdravlja i ostale nadležne institucije prepoznati svakodnevne probleme naših sestara, da će početi cijeniti njihov rad te ih adekvatno plaćati.

S obzirom da nam je došlo ljeti i godišnji odmori su pred nama, svima želim da se dobro odmore i da na jesen krenemo sa radom u optimističkom raspoloženju te da će i medicinskim sestrama/ tehničarima Europska unija donijeti bar neke promjene na bolje.



Prilike i neprilike ulaska u Europsku uniju

Dragica Šimunec predsjednica Hrvatske komore medicinskih sestara

**Rzgovarala
Marija Kadović**

Poštovana predsjednica, izrazita mi je čast ugostiti Vas u našem malom časopisu „Moj Glas“. Hvala Vam na dosadašnjoj potpori u izlaženju našeg časopisa koji okuplja entuzijaste, one medicinske sestre, tehničare i primalje koji sa osmijehom prihvataju nove literarne zadatke, a sve u korist svojoj profesiji.

Ovih dana ulazimo u Europsku uniju, i smatram da ste Vi zaista osoba koja nam najviše može reći o svim pilikama i neprilikama koje nas očekuju nakon 1.7.2013. Što za Hrvatsku znači postati članicom EU? Kakvo nas jutro očekuje 1.7.2013.?

Jutro 1. srpnja 2013. bit će sigurno sunčano i toplo. Punopravno članstvo Republike Hrvatske u Europskoj uniji potvrda je pripadnosti europskom krugu, kulturi i svim europskim vrijednostima kako ih definiraju europski dokumenti. To isto tako znači i preuzimanje obaveze provođenja tih standarda i vrijednosti u život. Moramo „resetirati“ način razmišljanja na način da smo formalni dio jedne velike zajednice različitih naroda (EU ima oko 500 mil. stanovnika) koji se međusobno poštuju i uvažavaju sa svim svojim različitostima ali s zajedničkim pravilima. Osobno sam vrlo optimistična, mi ulaskom u EU kao zemlja i nacija možemo samo dobiti.

Očekujete li kakve velike promjene zdravstvenog sustava RH ulaskom u EU?

Propisi EU ne određuju na koji će se način organizirati sustav zdravstvene zaštite u bilo kojoj zemlji članici ali u nekoliko direktiva (zakona) propisuju tko može i smije pružati određene segmente zdravstvene skrbi. Direktiva 2005/36 propisuje uvjete obrazovanja za pet

reguliranih profesija u zdravstvu (liječnici, stomatolozi, medicinske sestre, primalje i ljekarnici) i taj propis je od 1. srpnja iznad propisa koji su se do sada primjenjivali u RH. Komore su sada pod direktnom ingerencijom osim nadležnog ministarstva i Europske komisije. Zdravstveni sustav će morati odgovoriti na sve izazove pružanja zdravstvene zaštite građanima EU koji u Hrvatskoj prestaju biti stranci.

Je li sestrinstvo u Hrvatskoj uskladeno sa zakonima EU? Hrvatsko sestrinstvo je formalno uvedeno u AneKS 5 Direktive 2005/36 (www.hkms.hr). Nakon 1.srpnja slijede provjere sadržaja i provođenja kurikuluma na razini petogodišnjih srednjih škola i studija sestrinstva (prvostupnika). Način na koji će se to provesti ovisi o mišljenju Peer misije koje se još uvijek očekuje.

Već je sada jasno da je u sustavu obrazovanja medicinskih sestara veliki nered, da sadržaji programa nisu dostupni, da kriteriji uvjeta za nastavnike zdravstvene njegе nisu ujednačeni, da je vrlo upitno provođenje kliničke nastave (prema mišljenju stručnjaka EU Komisije za ovaj broj medicinskih škola i studija hrvatska bi morala imati najmanje 100 bolnica), na mnogim studijima nema usmenih ispita (????)

Hoće li školovanje sestara oblikom i duljinom ostati isto?

Oblik i duljina nisu sporni, sporni su sadržaji i provedba. Potpuno je jasno da ne može ostati isto. Sustav visokog obrazovanja prečesto je odraz interesa škola i pojedinaca, bezovočno se iskorištava motiviranost medicinskih sestara da se same školuju, školarine su daleko previsoke od onog što mnoge škole pružaju.



Kurikulum i nastavni planovi?.....

Hrvatska je u odnosu na cjelokupni europski prostor mala zemlja. Komora je uputila zahtjev prema Ministarstvu obrazovanja da se u sustavu visokog obrazovanja donese nacionalni kurikulum te da se konačno ukine binarni sustav. Držimo da nam je kao i ostaku Europe potrebno sveučilišno obrazovanje na prvom i drugom ciklusu Bolonje. Moraju se definirati standardi bolnica za kliničku nastavu, dakle mora se uvesti reda.

Što je sa ujednačavanjem ponuda hrvatskih medicinskih škola i fakulteta, sa potražnjom poslodavca – hoće li se sistematizacije napokon morati posložiti prema stručnoj spremi sestara?

Veliki broj hrvatskih bolnica svoje sistematizacije nisu uskladile s Hrvatskim propisima pa još uvijek nalazimo termine iz bivše države. Radna mjesta medicinskih sestara moraju biti uskladjena s kompetencijama i ovlastima sukladno Europskom kvalifikacijskom okviru (EQF). Razina obrazovanja sa sobom nosi i razinu kompetencija i samostalnosti. Nije isto biti odjelna sestra i glavna sestra klinike ili bolnice. To je jednostavno pitanje kredibiliteta i hijerarhije u sestrinskoj službi svake bolnice. U tom dijelu najveća je odgovornost glavne sestre bolnice odnosno pomoćnika ravnatelja za sestrinstvo.

Hoće li se cijene školovanja i razina obrazovanja ujednačiti?

To smo zahtjevali od nadležnog ministra. Osobno mislim da.

U novinama često čitamo kako će se otvarati nova tržišta za rad medicinskih sestara u Europi. Što to zaista znači? Gdje će to naše sestre otići?

Naravno da hoće i to one najbolje, jer u Hrvatskoj prvostupnice rade na mjestima srednjih sestara, a u nekim bolnicama srednje sestre rade na mjestima glavnih sestara. Prisutno je puno samovolje, kršenja propisa i ignoriranje svih institucija.

Hoće li i Hrvatska postati tržište rada sestara iz EU?

U mnogim članicama EU plaće sestara su puno manje nego u RH. Drugo je pitanje hoće li biti zapošljavanja (slobodnih radnih mesta ima, ali se ne popunjavaju??!)

No u ovom slučaju poslodavac ima pravo odluke koga će primiti na raspisano radno mjesto.



Postoje li ulaskom u EU povećane mogućnosti visokog obrazovanja sestara iz Hrvatske izvan države, odnosno, hoće li se raditi na češćim i kvalitetniji razmjenama studenata?

Na veliku sreću mogućnosti školovanja na europskim sveučilištima (srednjih škola u EU nema osim u Njemačkoj) se širom otvaraju. Razumije se da je znanje jezika presudno, ali je važno spomenuti da je studij na mnogim europskim sveučilištima jeftiniji nego u Hrvatskoj.

I za kraj, što vidite kao najveću prednost medicinskim sestrama ulaskom u EU?

Neke prednosti sam spomenula u prethodnim odgovorima. No najvećom prednošću držim „uvodenje reda“, u smislu jasnih standarda obrazovanja i prakse. Pristup svim europskim institucijama je potpuno slobodan i otvoren, ali s prednostima i dolaze velike obaveze s kojima se moramo suočiti i što ih prije postanemo svjesni lakše ćemo ih rješavati.

Zahvaljujem se na vremenu za razgovor, želim Vam ugodno ljetu, te puno uspjeha u dalnjem radu.



Profesionalno osiguranje - od čega smo osigurani?

Andrija Stojanović, direktor prodaje Certitudo.d.o.o. za zastupanje u osiguranju

**Rzgovarao
Tomislav Maričić**

Poštovani gosp. Stojanović zahvaljujem Vam što se pristali biti gost u glasilu medicinskih sestara KB „Sveti Duh”, i u broju posvećenom ulasku Hrvatske u Europsku uniju, odlučili informirati medicinske sestre/tehničare o važnosti osiguranja kao i o promjenama koje nam isto nosi od 01.07. 2013. godine kada Hrvatska postaje punopravna članica Europske unije.

Za uvod, možete li nam nešto reći o Generali osiguranju? Generali osiguranje član je Generali Grupe, jedno od najstarijih osiguravajućih kuća u svijetu s tradicijom gotovo od 200 godina i jedno od vodećih globalnih osigуратelja i vodećeg europskog osiguratelja u segmentu životnih osiguranja. Grupacija je 2011. zabilježila preko 69 milijardi eura premije i jedan je od lidera u upravljanju imovinom iznosa više od 400 milijardi EUR. S 82.000 zaposlenika širom svijeta i 65 milijuna klijenata u više od 60 zemalja, Grupa zauzima vodeću poziciju na tržištima Zapadne Europe te sve značajnije mjesto u Istočnoj Europi i Aziji.

Zašto Generali osiguranje?

HKMS do sada je imala ugovor sa Basler osiguranjem. Ove godine izabrala je Generali osiguranje iz razloga što je Generali ponudio puno konkretnije, preciznije uvjete osiguranja koji idu u prilog zaštiti interesa članstva odnosno zaštitite profesionalnog integriteta medicinskih sestara/tehničara Hrvatske. Komora procjenjuje, a i ja osobno mislim da je to nužno, da je interes svakom zdravstvenom djelatniku u Hrvatskoj da bude osiguran, posebno medicinskim sestrama i tehničarima jer su na žalost u hijerarhiji u zdravstvu, negdje dolje pri dnu, i uvijek se nalaze između potreba i zahtjeva pacijenta, potreba i želja hijerarhijski nadređenih liječnika i drugog

nadleđenog osoblja, gdje nadređeni bez problema prenose sve zahtjeve, čak i poslove koje bi oni sami trebali obaviti, na leđa medicinskih sestara i tehničara i samim tim sestre obavljajući takve poslove preuzimaju odgovornost za ono što se događa pacijentu; a pacijenti imaju svoja prava, imaju prava na informiranost, na informirani pristanak, imaju pravo znati tko će im što raditi, kako će im raditi, kakvi se rezultati očekuju, koji su rizici. U konačnici, imaju pravo znati, ako im se dogodi šteta tko će tu štetu platiti. S druge strane, u interesu zdravstvenih ustanova je da im djelatnici budu osigurani od profesionalne odgovornosti, odnosno tzv. stručne greške, jer ako se dogodi takva greška i krene se u potražnju ili pravo na naknadu štete, odnosno odštetnim zahtjevom; paralelno se to može tražiti i od zdravstvenog djelatnika i od zdravstvene ustanove.

Kakva je praksa kod nas?

Kod nas je praksa da se to prvo traži od zdravstvene ustanove jer se lakše naplatiti blokadom računa ili nekakvim dogовором dok je pravo poslodavca da traži regres od svojih zaposlenika ako su u pitanju bile grube greške ili krajnja nepažnja i ako je nanesena šteta ugledu zdravstvene ustanove. Naš Zakon o obveznim odnosima u ovom trenutku kaže, tko drugom nанесе štetu, dužan ju je namiriti ako ne dokaže da je šteta nastala bez njegove krivnje. To su nekih od ključnih razloga zašto je to osiguranje nužno potrebno.

Nameće se pitanje, zašto se i ja moram osigurati i od čega sam osiguran?

Osiguranje od profesionalne odgovornosti koje je u Vaše ime ugovorila HKMS i koje u ovom trenutku našeg razgovora (27.06.2013.) nije obvezno, iako bi se po



aktima komore koje je komora usvojila, to osiguranje moglo tumačiti kao obvezno, jer HKMS u svome etičkom kodeksu preporuča takvu vrstu osiguranja.

Takva vrsta osiguranja u interesu je zdravstvenog djelatnika, zdravstvene ustanove i pacijenta. Vi ste prvenstveno na svom poslu zbog dobrobitu pacijenta. U svakodnevnom radu, nastankom bilo kakve štete, pacijent ima pravo potraživati pravičnu nadoknadu, te ako postoji ikakva osnova izvjesno je da će je dobiti. Iz osobnih dohodata i plaća medicinskih sestara i tehničara teško je da se može namiriti nastala šteta a da se ne dovede u opasnost osobna i obiteljska egzistencija.

Što u slučaju nastanka štete?

Najčešće se uz jednu tzv. štetu ili radnju koja je prouzročila štetu može pokrenuti više postupaka gdje Vi paralelno na više strana morate dokazivati da niste krivi. Može se pokrenuti parnični, tzv. civilni postupak za naknadu štete, može se dogoditi kazneni progon pred nadležnim državnim tijelima ako ima elemenata kaznene odgovornosti, može se dogoditi upravni postupak pred tijelima komore i sudom prvog ili drugog stupnja gdje se utvrđuje dostoјnost ili nedostojnost za obavljanje posla iz djeolokruga sestrinske profesije, a može se pokrenuti i prekršajni postupak. Vi po svakom postupku, neovisno jednom o drugom, morate dokazivati da niste krivi.

Što je osiguranje od profesionalne odgovornosti?

Iznos pokrića po polici osiguranja od profesionalne odgovornosti iznosi 20.000,00 EUR po štetnom događaju.

Osiguranje od profesionalne odgovornosti štiti medicinske sestre na relaciji odnosa sestra - pacijent, sestra - obitelj pacijenta, gdje su pokrivene profesionalne greške i propusti koji mogu imati za posljedicu traženje naknade štete - pogoršanje zdravstvenog stanja, narušavanje zdravlja ili smrt pacijenta. Pravo na naknadu štete imaju svi članovi uže obitelji, odnosno članovi kućanstva sve do unuka, praprunuka ili usvojene

djece. To je također jedan od razloga zašto bi se sestre trebale osigurati.

+A osiguranje pravne zaštite?

S druge strane osiguranje pravne zaštite u kaznenom prekršajnom postupku koji čini taj paket cjelokupne zaštite je zaštita sestre na relaciji odnosa sestra - državno odvjetništvo - županijsko odvjetništvo ili prekršajni sudovi ili sudovi komore. Tu se pokrivaju svi troškovi, svi troškovi sudovanja, dokazivanja, pobijanja, vještačenja, nadvještačenja, žalbenog postupka, zapravo svi troškovi do pravosnažne sudske presude. Iznos pokrića po polici osiguranja pravne zaštite u kaznenom i prekršajnom postupku iznosi 20.000,00 EUR po štetnom događaju. Izmjenama i dopunama Zakona o kaznenom postupku taj zakon je postao prilično rigidan, zastarni rokovi su od 6 do 25 godina, što znači da ni jedno kazneno djelo u prvih šest godina ne zastarjava. Dok su zastarni rokovi u civilnom postupku tri godine, apsolutna zastara je pet godina. Štete u zdravstvu su u pravilu tzv. štete dugog repa ili dugog perioda, jer danas obavite nekakav zahvat ili nekaku njegu, ne mora značiti, da znate ili da imate saznanja da ste počinili neku štetu pacijentu. On se može sjetiti za dvije ili tri godine i reći da njegove posljedice imaju veze sa tim što ste mu radili iako uspije uspostaviti uzročno - poljedičnu vezu između štetne radnje i svojih posljedica, onda Vi morate dokazivati da niste počinili tu štetu.

Postoji tzv. subjektivna odgovornost po načelu krivnje gdje se mora uspostaviti ta uzročno posljedična veza, mora se dokazati da je postojala štetna radnja, mora se dokazati da je ta štetna radnja bila protupravna, da su povrijeđena neka od pravila struke, neki od zakona, podzakonskih akata, i tek tada, kad pacijent to dokaže onda će sud razmotriti tu mogućnost nadoknade štete i utvrđivati visinu štete.

Postoji i tzv. objektivna odgovornost koja proizilazi iz bavljenja određenim poslom ili upotrebom određene opasne stvari koja se može tretirati kao takva, iako ni u jednom od naših zakona nije definirano što je opasna



GENERALI

Osiguranje



stvar u zdravstvu, ali u sudskoj praksi znam da to može biti rentgen, da to čak može biti dijete, starija osoba, onda se ta uzročno - posljedična veza podrazumijeva i ona se ne dokazuje nego se u startu dokazuje da vi to niste prouzročili i da ste postupali u skladu s pravilima struke. Smatra se da ste vi jača strana u postupku jer je to vaša profesija, mi pacijenti smo laici u tome, ne moramo znati te postupke, ne moramo znati latinski jezik, ne moramo znati ništa. Moramo dobiti od vas punu informaciju nama razumljivim jezikom, što će nam se raditi, kad će nam se raditi, tko će nam raditi, koje kvalifikacije ima, kakav se ishod očekuje, koje posljedice možemo imati, u kojem vremenskom periodu i sve ostalo.

Što je u tom slučaju prva obrana medicinske sestre?
Sve medicinske sestre dužne su voditi medicinsku dokumentaciju, i sestrina obveza je evidentirati sve postupke tijekom 24 sata i to je vaš prvi odvjetnik. Sve što ste zapisali to ste radili.

Savjet sestrama?

Svakako ne primati delegirani posao telefonom, ne obavljati takve poslove, a ako se slučajno nalazite u situaciji da to morate svakako je to bitno zapisati i tražiti da vam onaj tko vam je delegirao takav posao, to i potpiše ili pak imati svjedoček, jer u suprotnom ste obavljali posao za koji niste dobili nalog, niste ovlašteni ili ste preuzeli odgovornost za poslove koje je trebao obaviti netko drugi.

Dakle, prvo, medicinska dokumentacija iz koje se vidi što je tko, kada i kako radio.

Jako je bitno obratiti pozornost na proceduralne pogreške, pravo na informirani pristanak, pravo na samoodlučivanje, pravo na informiranost razumljivim jezikom, pravo na zaštitu tjelesnog integriteta. Važno je razgraničiti hitni medicinski slučaj od nekakvog redovitog postupka, bitno je znati je li osobna sposobna rasudjivati i donositi pravilne odluke.

Za djelatnike intenzivnih jedinica još uvijek nije izrađena službena medicinska dokumentacija, što u tom slučaju?

U tom slučaju važeća je Vaša interna dokumentacija, decursus liste i bilježnice predaje službe, u koje su evidentirani postupci i potpisani. Taj pisani trag je jako bitan i valjan. Bitno da je svaki postupak zabilježen, tko ga je i kad obavio, datum, vrijeme i potpis.

Što se smatra komplikacijom?

Medicinske profesije spadaju u tzv. intelektualne profesije koje jedine imaju pojam komplikacije. Uz poštivanje svih pravila struke, svih zakonskih pravila, podzakonskih akata, algoritama postupanja, Vama

se može dogoditi da liječenje, odnosno zahvat nije završio onako kako ste vi željeli i onda se to smatra komplikacijom, međutim, tu komplikaciju treba dokazati, ono što je za vas komplikacija, za mene kao pacijenta nije komplikacija, jer sam ja pretrpio štetu.

Što u urgentnim situacijama?

Ako su to teške hitne situacije onda se ti zahvati obavljaju bez pristanka pacijenta ili uz pristanak nekog od članova obitelji ili skrbnika. Ako je postupak hitan i ne može se doći do nekog tko će dati pristanak, sve se obavlja bez pristanka, jer u tom trenutku pacijent je vitalno ugrožen.
Hoćete reći, da kada se stanje pacijenta stabilizira, imamo pravo od njega retrogradno tražiti pristanak za provedene zahvate?

Naravno, ako je netko bio bez svijesti, u teškom stanju a ne možete doći do članova obitelji, jednostavno morate poduzeti sve da spasite život. Ovdje naglašavam, da su upravo za takve nepredviđene situacije bitni uvjeti osiguranja.

Spadaju li medicinske sestre i tehničari u rizična zanimanja?

Da, medicinske sestre i tehničari su jedna od profesija koje su 24 sata uz pacijenta. Sve što Vi propustite odraditi zapravo može imati kobne posljedice.

Dat ću Vam primjer - tijekom 5 dana hospitalizacije na listi pacientice evidentirano je mjerenje temperature dva puta i jednom tlaka. U konačnici je na žalost, zdrava osoba umrla, s tim da je napravljena jedna kardinalna greška, zabilježena je temperatura, mislim, 79°C. To je vjerojatno lapsus, međutim taj podatak je izvađen na sudu i pokazan kao primjer nerada medicinske sestre; a kad dođete sa dokumentacijom koja je dio medicinske dokumentacije pacijenta, Vi nemate puno toga za reći na to. Ako je na toj listi dva puta mjerena temperatura u tjedan dana i jednom krivo zapisana, onda imamo tj. imate problem. Zato je vođenje medicinske dokumentacije, ono što sam rekao, Vaš prvi odvjetnik.

Što ako nemam osiguranje?

U tom slučaju Vas se tereti kao pojedinca bez pomoći institucije (osiguratelja) sami poduzimate sve radnje radi osobne zaštite i dokazivanja da niste krivi. Sami snosite troškove sudovanja, plaćanja pristožbi, odvjetničkih troškova i vrlo je izvjesno da će te sami morati platiti štetu pacijentu. Troškovi sudskog postupka su jako veliki, dovoljno je pogledati samo odvjetničke tarife da dobijete objektivnu sliku o cijeni jednog takvog postupka. Vi u medicinskoj profesiji odgovarate za posao koji delegirate i za posao koji vam je delegiran, bez obzira



na kvalifikacije drugih profesija koji vam taj posao daju.
Što znači da osiguranje postaje obvezno od 01.07.2013.?

Dolaskom europske komisije u Zagreb koje se dogodilo prije otprilike tri - četiri mjeseca, dolaskom Amandmana 40 na direktivu EU 2005/36/EC koja kaže da svaki zdravstveni djelatnik u Hrvatskoj koji pruža neposrednu zdravstvenu skrb mora imati dokaz o osiguranju koje garantira profesionalno pokriće naknade štete za onoga koji pruža uslugu, a vezano za usluge pružane u području zemlje domaćina.

Iz tog razloga se i poteže pitanje da je to osiguranje obvezno ulaskom Hrvatske u Europsku uniju, međutim ta obveza stoji i u novom konačnom prijedlogu Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Tko će, da tako kažem, provjeravati jesu li zdravstveni djelatnici osigurani?

U sadašnjem prijedlogu zakona stoji da svaki poslodavac mora osigurati svoje djelatnike osiguranjem od profesionalne odgovornosti.

Komore su te koje je država osnovala, i na koje je prenijela javne ovlasti, koje kroz sustav kontroliraju svoje članove u cilju zaštite šireg društvenog interesa. Znači komore će biti te koje će kontrolirati je li neko osiguan, ima li valjanu licencu, je li zadovoljio kriterije da obnovi tu licencu. Komore imaju pravo na redoviti i izvanredni stručni nadzor. U konačnici, sve ovo ide u smjeru zaštite prava pacijenata,

Hoće li se nešto promjeniti ulaskom u EU?

Itakako, osiguranje od profesionalne odgovornosti u nekim zemljama je zakonski regulirano i obvezno. Osigurane svote kroz određeno razdoblje sigurno neće biti dovoljne i one će se značajno mijenjati, osiguranje će sigurno poskupljivat, tim više što postaje obvezno, a i rizici nisu mali.

Čovjeku slobodu daje njegova samostalnost i neovisnost te je bitno da svaki medicinski djelatnik ima svoju policu osiguranja, sa svojim agregatnim limitom, sa svojim osiguranim iznosom i da ne ovisi o volji poslodavca jer poslodavac će uvijek štititi svoje interese.

Jesu li hrvatski zakoni o osiguranju uskladeni sa zakonima EU?

Ovo su zadnji dani kada se to uskladuje, tu prije svega mislim na zakon o zdravstvenoj zaštiti, koji je prvi put to unio kao obvezu.

Je li kasno za uplatiti policu osiguranja?

Ne, nije kasno. Ovaj mjesec policu osiguranja je uplatilo 300-400 medicinskih sestara. Bitno je da se uplati i uđe u osigurateljnu godinu. Jako je bitan kontinuitet osiguranja jer su zastarni rokovi prilično dugi, a police

pokrivaju štete koje su nastale za vrijeme važenja police osiguranja.

Gdje medicinska sestra može dobiti dodatne podatke o osiguranju?

Tvrta Certitudo d.o. je službeni partner HKMS. Imamo punomoć od komore da pribavljamo, analiziramo i preporučujemo ponude osiguranja. Mi smo u ovom slučaju vaši zastupnici i nama se uvijek možete obratiti. Za kraj...

Etički kodeks za europsko sestrinstvo, članak 3. Stavak 13 kaže da sve medicinske sestre moraju potpisati policu profesionalnog osiguranja proporcionalno uslugama koje pružaju u državi u kojoj rade. Pri tome se mora voditi računa o utjecaju štete koja može biti nanijetu nijihovim pacijentima ili klijentima i o riziku vjerojatnosti da će se to dogoditi.

Godišnja premija za police osiguranja od profesionalne odgovornosti i pravne zaštite iznosi 126,00 Kn.

U svrhu zaštite osobnog integriteta medicinskih sestara i tehničara, HKMS je temeljem odluke Vijeća i Skupštine HKMS ugovorila policu osiguranja od posljedica nesretnog slučaja s proširenim osigurateljnim pokrićima i povećanim osiguranim iznosima. Troškove ove police u potpunosti pokriva HKMS za sve medicinske sestre i tehničare koji su upisani u Registar komore.

Uz policu osiguranja d profesionalne odgovornosti i pravne zaštite te uz policu osiguranja od svakodnevnih rizika, smatramo da posjedujete zaštitu profesionalnog i osobnog integriteta što bi svakako trebalo olakšati Vaš svakodnevni rad.



Brijuni - 2013

Tomislav Maričić

Od 17. do 20. lipnja 2013.godine na Brijunima je održan 18. stručni skup medicinskih sestara i tehničara intenzivne skrbi s međunarodnim sudjelovanjem.

Teme stručnog skupa bile su: Sustavno praćenje i nadzor bolesnika u JIL-u, kontrola kvalitete i zdravstvena njega, utjecaj intenzivnog liječenja na bolesnika i obitelj, kritično bolesni i ozlijedeno dijete u JIL-u i slobodne teme.

Djelatnici KB „Sveti Duh”, Klinike za unutarnje bolesti i ove su godine na stručnom skupu sudjelovali s tri rada. Maja Čačko (predavač), Ivana Fortunić i Nikolina Marič, Odjel za hitnu i intenzivnu medicinu, prezentirali su temu „Hemolitičko-uremični sindrom (HUS) – prikaz slučaja”. HUS je akutni po život ugrožavajući sindrom sa abnormalnostima više organskih sustava. Osnovne značajke HUS-a su trombocitopenija i hemolitička anemija. Postoje dva oblika: tipični i atipični.



Slika 1. Maja Čačko: „Hemolitičko-uremični sindrom (HUS) – prikaz slučaja“

Ante Kuprešak (predavač), Maja Rukavina i Tomislav Maričić, Zavod za kardiovaskularne bolesti, autori su rada „Zbrinjavanje bolesnika sa ST elevacijskim infarktom miokarda (STEMI)“, u kojem je prikazana uloga članova tima u zbrinjavanju bolesnika sa STEMI-em te postupak izvođenja perkutane koronarne intervencije (PCI).



Slika 2. Ante Kuprešak „Zbrinjavanje bolesnika sa ST elevacijskim infarktom miokarda“

Tomislav Maričić, s temom „Sustavno praćenje i nadzor bolesnika u JIL-u – privremena elektrostimulacija“. Cilj rada bio je upoznati, podsjetiti ili ponoviti metode privremenе elektrostimulacije, postupak uvođenja privremenog elektrostimulatora (naglasak je stavljen na uvođenje privremenog elektrostimulatora uz pomoć elektrokardiografa) te sustavno praćenje i nadzor bolesnika s implantiranim privremenim elektrostimulatorom.



Slika 3. Tomislav Maričić „Sustavno praćenje i nadzor bolesnika u JIL-u – privremena elektrostimulacija“

Nagradu za najbolju usmenu prezentaciju dobole su kolegice Sinković Renata i Leljak Barbara, klinika za kardiovaskularnu kirurgiju i kardiologiju „Magdalena“, Krapske Toplice s temom: „Protokol generalnog čišćenja, pranja i dezinfekcije klinike „Magdalena“. Osim struke i znanosti bila je ovo i prigoda, kako za stara, tako i za nova prijateljska druženja i razmjenu informacija u neformalnim susretima.



12. EUROPSKI KONGRES ENTEROSTOMALNIH SESTARA

Vesna Konjevoda

Od 23. do 26. lipnja 2013. godine medicinske sestre Klinike za kirurgiju i Zavoda za urologiju KB „Sveti Duh“, tradicionalno su prisustvovalo 12. europskom kongresu enterostomalnih sestara koji se održavao u prekrasnom Parizu. U organizaciji ECET –a i AFET –a proveli smo četiri edukativna dana te se obogatili na profesionalnoj i kulturnoj razini. Kongresu su prisustvovalo medicinske sestre: Ljiljana Mihulja, Marica Jelić, Željka Klobučar, Radmila Vrbat i Vesna Konjevoda.

Kongres su svojim doprinosom upotpunile Lj. Mihulja i V. Konjevoda poster prezentacijom na temu : „Primjena modelirajuće podloge nakon evaluacije peristomalne kože S.A.C.S. klasifikacijom“ – „Applying the moldable technology after the evaluation of peristomal skin by S.A.C.S. clasification“. Tijekom rada kongresa upoznali smo se s brojnim tehničkim novitetima iz područja njegu i održavanja peristomalne kože te zbrinjavanja fistula.. Naglasak tijekom kongresa stavljen je na konstantnu potrebu za kontinuiranom edukacijom pacijenata o poteškoćma i komplikacijama te važnosti pravovremene intervencije i neignoriranja postojećih ili prijetećih problema od strane samih bolesnika. Interesantna su i vrlo edukativna bila predavanja potkrijepljena brojim statističkim, istraživačkim i slikovnim primjerima iz svakodnevne prakse te različitim načinima rješavanja određenih problema. Također je stavljen naglasak na potrebnu prevenciju i poduzimanje pravovremenih korektivnih radnji s ciljem podizanja razine kvalitete rada i poboljšanja kvalitete života pacijenata sa stomom , urostomom ili fistulama. Cijeli niz predavanja bio je usmjeren ka poboljšanju komunikacije među medicinskim sestrama stomaterapeutima, liječnicima i bolesnicima te podizanja razine samopouzdanja istih. Nekoliko predavanja također se odnosilo na zbrinjavanje kroničnih rana koristeći razne tehnike previjanja te spoznaje o novim oblogama i različitim mehanizmima njihovih djelovanja.



U slobodno vrijeme obišli smo nekoliko pariških znamenitosti, proveli prekrasnu završnu večer u pariškom Lidu sa nezaboravnim popratnim programom i zabavom.

Do sljedećeg javljanja s 13. Europskog kongresa enterostomalnih sestara 2015.godine, lijepo Vas pozdravljam!



Izvješće sa 3. Međunarodnog kongresa HDMSARIST-a

Ana Andrijato

Od 25. do 28. travnja 2013. godine u hotelu Solaris, Šibenik, održan je 6. Međunarodni kongres Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije.

Kongres je svečano otvorio predsjednik Društva Adriano Friganović, dipl. med. techn., a sudionike su pozdravili Ante Županović – gradonačelnik Šibenika, Gordana Dragošev predsjednica UINARS-a te predstavnica IFNA-e Zorica Kardoš.

Tijekom trajanja Kongresa predstavljen je 70-ak prezentacija, te šest radionica.

Teme stručnog skupa bile su:

- Nova dostignuća u anesteziji i intenzivnoj skrbi
- Trijaža u hitnom prijemu
- Etičke dileme u transfuzijskom liječenju
- Menadžment boli
- Infekcije u jedinicama intenzivnog liječenja
- Sestrinstvo utemeljeno na dokazima
- Komunikacijske vještine medicinskih sestara
- Indikatori kvalitete
- Slobodne teme

Djelatnici KB „Sveti Duh“, Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje ove su godine na kongresu aktivno sudjelovali sa dva rada:

Petra Vrbnjak, Nikolina Štrok (Jedinica za intenzivno liječenje kirurških bolesnika) s temom "Komunikacija s intubiranim bolesnikom". U samom radu prikazano je koliko je kvalitetna komunikacija važan preduvjet u provođenju sigurne i učinkovite zdravstvene njegе, a također je naglašena važnost komunikacije.



Slika 1 Petra Vrbnjak, izlaganje tijekom Kongresa

Ana Andrijato, Miroslav Đureš s temom "Djelokrug rada medicinske sestre/tehničara pri kontinuiranoj analgeziji kroz epiduralni kateter", u kojem je prikazana uloga članova tima u liječenju boli, te potreba za trajnom edukacijom osoblja budući da poslijeveropskrska bol predstavlja veliki medicinski, gospodarski i socijalni problem. Wosner Waldemar bio je pasivni sudionik Kongresa.



Slika 2 Miroslav Đureš na predstavljanju teme

Osim izlaganja radova, kolege Miroslav Đureš bacc. med.tech. i Mara Tomac bacc. med. tech sudjelovali su u radnom predsjedništvu, te u Izbornoj skupštini koja je održana tijekom trajanja kongresa na kojoj je ponovno izabran Adriano Friganović dipl. med. tech. za Predsjednika društva.

U društvenom dijelu ovog susreta uživali smo u ljepotama Šibenika, a Kongres zatvoren je svečanom večerom.



„Strategije razvoja visokog obrazovanja medicinskih sestara u Hrvatskoj

Sanja Ljubičić

U organizaciji Zdravstvenog veleučilišta, 16. i 17. svibnja 2013. godine, u hotelu Westin u Zagrebu održana je 13. međunarodna konferencija medicinskih sestara i tehničara kojoj je nazočilo oko 400 sudionika iz Hrvatske, Bosne i Hercegovine, Slovenije, Srbije i Makedonije. Konferencija je temeljena na naznakama o izmjenama i dopunama Direktive 2005/36 Europskog parlamenta koja se odnosi na obrazovanje medicinskih sestara i tehničara u svim zemljama Europske zajednice.

U rad konferencije svojim su se predavanjima i konstruktivnim raspravama, aktivno uključili dekani i voditelji gotovo svih visokoškolskih ustanova koje organiziraju studije sestrinstva, kako iz Hrvatske tako i iz zemalja u Regiji. Održana izlaganja vezana su uz problematiku, perspektive i planove razvoja obrazovanja medicinskih sestara u zemljama Regije te uz mogućnosti i potrebe jačeg regionalnog povezivanja u cilju harmonizacije nastavnih programa, veće mobilnosti nastavnika i studenata, a sukladno preporukama, načelima i standardima predmetne Direktive.

Nakon održanih izlaganja i rasprave doneseni su zaključci i preporuke vezani uz regionalnu suradnju te uz strategije obrazovanja medicinskih sestara u Hrvatskoj. Zaključci vezani uz proširenje regionalne suradnje i harmonizaciju nastavnih programa odnose se na nužnost usklađivanja obrazovanja medicinskih sestara u Regiji s kriterijima predmetne Direktive, a ujedno i mogućnost osiguranja financiranja svih aktivnosti vezanih uz bolju harmonizaciju obrazovanja medicinskih sestara u tom području iz fondova Europske zajednice, a u okviru zajedničkog projekta. Istodobno se predlaže regionalna suradnja na unapređenju međusobnog usklađivanja standarda i kvalitete sestrinskog obrazovanja i jačanje međusobne regionalne mobilnosti nastavnika i studenata između pojedinih ustanova kao i što detaljnije upoznavanje predstavnika izvršnih i zakonodavnih tijela u zemljama Regije s nužnošću usklađivanja obrazovanja medicinskih sestara s odredbama Direktive 2005/36.



Temeljem zaključaka vezanim uz strategije i razvoj obrazovanja medicinskih sestara u Hrvatskoj predlaže se organizirati obrazovanje medicinskih sestara isključivo na razini visokog obrazovanja, razvijati obje vrste visokog obrazovanja medicinskih sestara - i stručne i sveučilišne studije te osigurati mogućnost prijelaza sa svih razina stručnih na sve razine sveučilišnih studija. Predlaže se poticati Ministarstvo zdravlja RH za izradu kratkoročnih i dugoročnih potreba za medicinskim sestrama različitih kvalifikacijskih razina, različitih vrsta obrazovanja, kako sveučilišnih tako i stručnih, poticati razvoj širokog raspona cjeloživotnog formalnog obrazovanja medicinskih sestara te izmijeniti Zakon o sestrinstvu u člancima kojima se stručni specijalistički diplomski studij ne priznaje kao visoka razina obrazovanja medicinskih sestara, jer je u neskladu sa Zakonom o znanosti i visokom obrazovanju. Svakako je nužno poticati Ministarstvo zdravlja da potakne zdravstvene ustanove na izmjene i dopune sistematizacija radnih mesta uključivanjem stupnja diplomiranih specijalističkih medicinskih sestara u sistematizacije radnih mesta s koeficijentima složenosti koji odgovaraju razini njihove stečene kvalifikacije.

Dogovoren je da će se doneseni zaključci i preporuke proslijediti nadležnim institucijama odgovornima za kadrovsку politiku i za obrazovanje medicinskih sestara i tehničara, kako u Hrvatskoj tako i u zemljama Regije.



Preradovićeva 30/1
10000, Zagreb

kontakt;
mob; 098/538-268
091/7244-739
email; atonusluge2@gmail.com

KREDITNO POSREDOVANJE - ATON USLUGE d.o.o.

Aton usluge d.o.o. osnovane su s ciljem pružanja cjelovite usluge kreditnog posredovanja u poslovanju fizičkih osoba u Hrvatskoj, te vam nudimo poslovnu suradnju, kako bi svaki vaš djelatnik i njegova obitelj dobili kvalitetnu uslugu na jednom mjestu.

Aton usluge d.o.o. čini tim financijskih savjetnika koji imaju višegodišnje iskustvo u kreditnom posredovanju na domaćem tržištu, i posjeduje ovlaštenje za obavljanje djelatnosti kreditnog posredovanja izdanu od strane Ministarstva Financija Republike Hrvatske. Sastoji se od stalno rastućeg tima educiranih i licenciranih pojedinaca koji vladaju znanjima s područja financija.

Dnevnim praćenjem trendova na financijskom tržištu, u mogućnosti smo ponuditi najbolje rješenje i pritom klijentima uštedjeti dragocjeno vrijeme.

Budući da usluga uključuje kompletan proces od prvog kontakta s klijentom do same realizacije kredita, tako klijenti koristeći našu uslugu nemaju potrebu uzimati godišnji odmor ili slobodne dane, kako bi obilazeći Banke našli najbolje kreditno rješenje - o tome u cijelosti brinemo mi !

Iskustva razvijenih Europskih zemalja, svjedoče nam o potrebi kvalitetnog financijskog planiranja, kao i kreditnog posredovanja (statistike pokazuju da je i do 60% realizacije kredita fizičkih osoba u većini zemalja EU realizirano preko licenciranih posredničkih agencija).

1. S Aton Uslugom d.o.o. dobivate najvišu kvalitetu usluge profesionalnog financiranja i kreditnog posredovanja. Sa nama štedite svoje dragocjeno vrijeme - dakle štedite svoj novac. Potrebna Vam je analiza Vaše finansijske situacije? Nemate vremena proučavati nepregledne finansijske ponude kojima Vas svakodnevno bombardiraju? Želite da Vam napokon netko pokloni pažnju kakvu zaslužujete?
- Tu smo mi samo za Vas!

2. Poklonite nam svoje povjerenje i dobiti ćete uslugu najviše razine. S Vama ćemo podijeliti naše golemo iskustvo rada sa najvećim financijskim institucijama, bankama, osiguravateljskim kućama. Pružamo Vam diskreciju i sigurnost usluge. Garantiramo Vam pronalaženje "tailor made" rješenja - rješenja skrojenog po Vašoj mjeri.

3. "Vaš uspjeh je i naš uspjeh"- zvuči malo staromodno, ali je istina. Bilo da smo Vam na usluzi putem naših specijaliziranih i visoko obučenih posrednika, bilo da smanjujemo Vaše troškove obilazeći za Vas Banke. Mi rastemo i gradimo reputaciju svoga imena zajedno sa Vama . Nećete se mučiti popunjavajući tisuće nerazumljivih upita i čitajući ona mala slova sa druge strane Ugovora o financiranju.

PROMETNITE SVOJ FINANSIJSKI PROBLEM U KVALITETNO RIJEŠENJE - ATON USLUGE d.o.o.

4. Koliko Vas košta naša usluga ? **NAŠA USLUGA JE POTPUNO BESPLATNA !**

Svoje usluge naplaćujemo od finansijskih institucija u kojima smo pronašli rješenja za Vas!

Vodeće banke strateški su partneri Aton usluga d.o.o., pa smo u mogućnosti našim klijentima ponuditi najkvalitetniju i najširu paletu kreditne ponude.

ŠTO VI MOŽETE NAPRAVITI?

- Zatražite uslugu posredovanja i/ili finansijskog savjetovanja. (Bez obaveza)
- Uključite Aton usluge u svoj dnevni raspored.
- Posjetite nas ili predložite termin sastanka kod Vas !

ДОДАТНЕ ИНФОРМАЦИЈЕ САЗНАЈТЕ ПУТЕМ ТЕЛЕФОНА, MAILOM ИЛИ ЗАТРАŽИТЕ НЕОБАВЕЗНУ ПОНУДУ !



Očekivanja medicinskih sestara i tehničara od hrvatskog članstva u Europskoj uniji

Željka Klobučar

Vesna Konjevoda

UVOD

Nakon višegodišnjih mukotrpnih pregovora Hrvatska je postala članicom Europske unije. Istraživanja provedena posljednjih mjeseci u Republici Hrvatskoj govore da više od polovice građana očekuje kako će se neki pomaci vidjeti tek 2019. godine, dok 15 % građana ne očekuje nikakve promjene. BBC-eva analiza, mahom temeljena na podacima Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD) sa sjedištem u Parizu, koja doduše obrađuje informacije iz tek 34 zemalja svijeta, »izbacila« je dvadeset, već godinama najtraženijih profesija, pa su, što nije iznenadujuće, na samom vrhu ljestvice medicinske sestre. U Austriji su tražene sestre specijalizirane za rad na području kirurgije, psihijatrije i pedijatrije, u Belgiji je osobiti deficit sestara na području gerijatrijske i palijativne skrbi, te hitne pomoći, a u Njemačkoj, kako se navodi u analizi, na jednu sestru trenutno postoje tri prazne pozicije kad je riječ o gerijatrijskoj medicini. Na tu temu proveli smo anonimnu anketu na našoj Klinici za kirurgiju i Zavodu za urologiju.

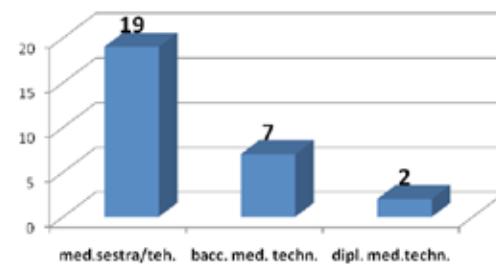
KLJUČNE RIJEČI

Medicinska sestra, profesija, radni uvjeti, očekivanja

RASPRAVA

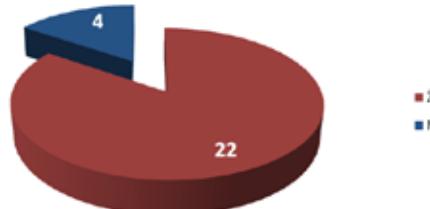
Tema ankete bila je očekivanja medicinskih sestara i tehničara od skorašnjeg ulaska Hrvatske u Europsku uniju i utjecaja tog događaja na njihovu djelatnost. Anketirano je ukupno 29 medicinskih sestara i tehničara na odjelima urologije i kirurgije Kliničke bolnice Sveti Duh. Nisu svi djelatnici odgovorili na sva pitanja.

stručna spremna



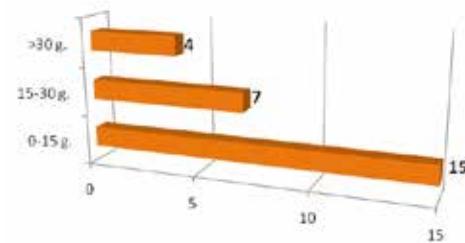
Raspodjela ispitanika prema stručnoj spremi.

spol



Raspodjela ispitanika prema spolu.

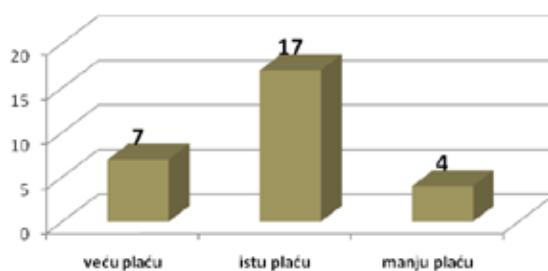
radni staž



Raspodjela ispitanika prema radnom iskustvu.

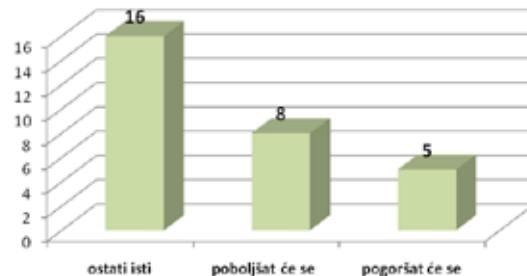


1. U EU očekujem



Na pitanje vezano uz plaću, 7 medicinskih sestara očekuje veću plaću, većina misli da će plaća ostati ista dok 4 medicinske sestre smatraju da će se visina plaće smanjiti.

2. Ulaskom u EU naši uvjeti rada će:



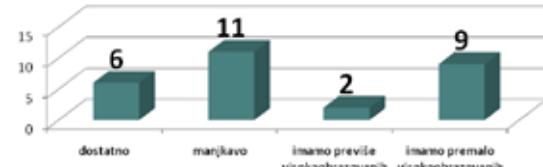
16 medicinskih sestara smatra da će uvjeti rada ulaskom u EU ostati isti kao do sada, 8 sestara misli da će se poboljšati dok njih 5 vjeruje da će se uvjeti rada pogoršati.

3. Ulaskom u EU u hrvatskim bolnicama zaposlit će se:



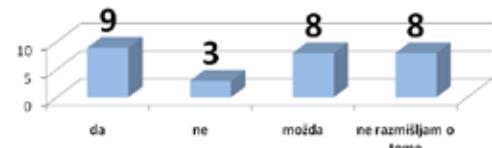
Na pitanje vezano uz zapošljavanje medicinskih sestara čak 16 njih smatra da se ništa neće promijeniti u odnosu na današnje uvijete, 11 medicinskih sestara smatra da će se ipak zaposliti više osoblja.

4. Obrazovanje med. sestara u RH je:



Zanimljivi su odgovori vezani uz obrazovanje medicinskih sestara. 11 njih smatra da je dosadašnje obrazovanje nedostatno te da treba povećati broj visokoobrazovanih medicinskih sestara a samim tim i povećati razinu kvalitete pružanja zdravstvenih usluga našim korisnicima.

5. Ulaskom u EU lakše će se moći zaposliti u drugim zemljama EU



Na pitanje vezano uz budućnost zapošljavanja medicinskih sestara u zemljama članicama Europske unije, 9 njih smatra da će se lakše zaposliti dok 8 sestara ne razmišlja o novom zapošljavanju. 8 medicinskih sestara nema jasno mišljenje uz ovaj upit.

ZAKLJUČAK

Iz dobivenih rezultata može se zaključiti kako većina ispitanih medicinskih sestara i tehničara ne očekuje nikakve promjene u odnosu na trenutno stanje u našim zdravstvenim ustanovama obzirom na visinu plaća, uvjeta rada i broja osoblja. Zanimljivo je primijetiti kako većina ispitnika smatra da nedostaje visokoobrazovanih sestara što može biti poticaj za daljnje trajno stručno osposobljavanje što je potrebno kako bi hrvatske sestre mogle ući na Europsko tržište rada. Također je važno znati kako prilikom zapošljavanja u drugoj članici EU-a, doktori medicine, medicinske sestre, primalje, i neke druge profesije ne trebaju dostavljati certificirane prijevode svojih diploma. Da bi se u nekoj državi Europske unije moglo zaposliti, potrebno je imati službeno priznate profesionalne kvalifikacije (obrazovanje i profesionalno iskustvo). Je li određena profesija u nekoj zemlji zakonski uređena, moguće je provjeriti u bazi profesionalnih kvalifikacija na stranicama Opće uprave za unutarnje tržište i usluge Europske komisije.

Isto tako da bi mogle ravnopravno parirati svojim europskim kolegicama, medicinske sestre u Hrvatskoj



ubuduće bi se trebale obrazovati isključivo na razini visokog obrazovanja, i to na stručnim i sveučilišnim studijima za medicinske sestre. Ulaskom u Europsku uniju logično je očekivati da će medicinske sestre potražiti bolje plaćen i kvalitetniji posao u nekoj od država Europske unije, a može ih se zadržati jedino tako da se poboljšaju uvjeti rada i status medicinskih sestara u domaćem zdravstvu.

LITERATURA:

1. <http://www.zakon.hr/z/585/Zakon-o-provedbi-uredbi-Europske-unije-o-koordinaciji-sustava-socijalne-sigurnosti>
2. <http://www.novilist.hr/Vijesti/Gospodarstvo/Medicinske-sestre-u-svijetu-cijenjene-i-trazene-u-Hrvatskoj-potplacene-ili-nezaposlene>
3. <http://m.slobodnadalmacija.hr/Novosti/Najnovije/tabid/296/articleType/ArticleView/articleId/207552/Default.aspx>

OVLAŠTENA AGENCIJA ZA KREDITNO POSREDOVANJE



Preradovićeva 30/1, 10000 Zagreb

Kontakt: 098/538-268

091/7244-739

email: atonusluge2@gmail.com

I mudrom čovjeku potreban je savjet!

MUČE VAS FINANCIJSKE BRIGE ? IMAMO RJEŠENJE ZA VAS !

„Mi smo tu samo za VAS“

VODEĆA AGENCIJA U HRVATSKOJ SA DUGOGODIŠnjIM ISKUSTVOM nudi Vam :

- **BESPLATNA ANALIZA VAŠE FINANCIJSKE SITUACIJE !**
- **BESPLATAN IZRAČUN KREDITNE SPOSOBNOSTI !**
- **BESPLATAN PRONALAZAK NAJPRIHVATLJIVIJEG RJEŠENJA ZA VAS !**
- **UGOVARANJE KREDITA KOD VODEĆIH BANAKA !**
- **VIŠE OD 50 MODELA KREDITNIH LINIJA BANKOVNIH KREDITA !**
- **REPROGRAMI POSTOJEĆIH ZADUŽENJA !**
- **ZATVARANJE CRNIH LISTA I OVRHA !**
- **NAJBRŽA REALIZACIJA KREDITA !**

www.kredit-aton2.com

DOĐITE I PROVJERITE ZAŠTO SMO VEĆ DUGI NIZ GODINA NAJBOLJI ! MI VAS OČEKUJEMO!!!



Međunarodna akreditacija – zahtjev Europske unije

Marija Kadović **UVOD**

Prema Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020. (NN 116/12), akreditacija bolnice pripada prioritetu upravljanja kvalitetom u zdravstvenom sustavu. Uvođenje sustava kvalitete u Kliničku bolnicu, prema međunarodnim akreditacijskim standardima je mjera koja je standard u Europskoj Uniji i omogućava Bolnici kompletno vrednovanje i usporedbu (benchmarking) sa drugim istovjetnim bolnicama u regiji.

Ključne riječi: akreditacija, pokazatelji, poslovanje, sustav kvalitete, usporedba, vrednovanje

RAZRADA

Akreditacija je samoocjenvivanje i vanjska stručna procjena procesa koju koriste zdravstvene organizacije da točno procijene svoju razinu performansi u odnosu

na utvrđene norme i provode načine za kontinuirano poboljšanje.

Klinička bolnica „Sveti Duh“ ima misiju rada u sustavu kvalitete. Nakon ISO certifikacije, provedenog PATH projekta, redovite procjene pokazatelja bolesnikove sigurnosti (PBS) te kliničke učinkovitosti i dostupnosti, te organizacije horizontalne strukture kvalitete, spremna je za uvođenje vertikalnog sustava koji je prepoznat kao prioritet u Strategiji.

Međunarodna akreditacija bila bi nadgradnja nacionalne i koristila bi prezentaciji bolnice u regiji.

U sklopu strateških dokumenata (NN 09/07 zakonu o kvaliteti u zdravstvenim ustanovama, NN 31/11 Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove, NN 79/11 Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu





njihove primjene, Priručniku kvalitete) KB „Sveti Duh“ je pripremila dokumentaciju za prijavu akreditacije. Prate se potrebni indikatori kvalitete koji su u skladu sa strateškim dokumentima, a međunarodnom akreditacijom bi se dobila potvrda istovjetnosti kvalitete rada kao i drugim Europskim zdravstvenim ustanovama koje su akreditirane pod vodstvom ISQua (Međunarodnog društva za kvalitetu u zdravstvu). Time bi strateški Klinička bolnica „Sveti Duh“ kao gradska bolnica ponudila usluge akutnog zbrinjavanja, ali i specijalističkog liječenja domaćim i stranim državljanima koji prepoznavaju rad po standardima. Ciljne skupine odnosno osobe koje bi morale raditi na akreditiranju Bolnice su medicinsko i nemedicinsko osoblje Bolnice. Oni su subjekti koji već funkcioniraju u Timovima za kvalitetu i koji bi na svojim Klinikama /Zavodima, provodili mjere poboljšanja u smjeru dobivanja akreditacije. Uprava kroz proces dobivanja akreditacije reorganizira dosadašnje načine rada, mijenjajući tako krovne dokumente bolnice, politiku kadroviranja te usmjeravanje financija.

Pomoćnik ravnatelja za kvalitetu je direktni voditelj – organizator međunarodne akreditacije pod vodstvom supervizora iz akreditacijske agencije. Zaposlenici Jedinice za kvalitetu i timovi za kvalitetu na Klinikama/ Zavodima educiraju liječnike, medicinske sestre i ostalo osoblje o postupku samoprocjene, praćenju i zapisivanju indikatora te potrebi mijenjanja svijesti o kvaliteti. Akreditacija će pozitivno utjecati na sve strukture Bolnice radi poboljšanja kontrole sigurnosti bolničkog (radnog) okruženja.

Krajnji korisnici međunarodne akreditacije su pacijenti Kliničke bolnice „Sveti Duh“. To su većinom pacijenti iz grada Zagreba i zagrebačke županije (na akutnom zbrinjavanju) te pacijenti iz cijele republike Hrvatske na specijalističkom konzervativnom i kirurškom liječenju te rehabilitaciji.

Ciljevi implementacije akreditacije su definitivno postizanje konkurentnosti na zdravstvenom tržištu gdje pacijenti imaju veću lepezu izbora, kvaliteta je tu najvažnija za organizacije koje nastoje osigurati održivost u nacionalnom i regionalnom vodstvu u kvaliteti njegi i sigurnosti pacijenata.

Cilj je i dostupnost tretmana koji pacijentima nisu mogući kod kuće (oftalmološke i ortopediske operacije, postupak IVF-a, praćenje visokorizičnih trudnoća, akupunkturno liječenje boli...), smanjenje lista čekanja kvalitetnom restrukturacijom vremena i kadrova, povećanje broja cjelokupnih sistematskih pregleda

u Bolnici, smanjenje intrahospitalnih i kirurških infekcija u Bolnici, pravilno usklajivanje lijekova prema potrebama pacijenta, rad i ocjenjivanje prema zadanim standardima etike, struke i međunarodne akreditacije, pozitivno učenje iz pogrešaka i samopoboljšanje, kontinuirani profesionalni razvoj osoblja, klinički track record u Bolnici, sustavno rješavanje pritužbi pacijenata, dosezanje kliničke izvrsnosti u provođenju specijalističkih liječničkih i sestrinskih tretmana te r4acionalno i individualizirano trošenje lijekova.

Povećana zainteresiranost profesionalaca za sustav kvalitete i uviđanje osobne koristi. Za kontinuirano provođenje rezultata akreditacije i kontinuirano praćenje ishoda potrebna je inicijativa Uprave, edukacija u stjecanju kulture sigurnosti pacijenta, osiguranje potrebnih alata te real-time uvid ravnatelja i predstojnika Klinika /Zavoda. Željeni mjerljivi ishodi bili bi smanjenje broja ubodnih incidenata, učinkovitije liječenje akutne boli, smanjenje nastanka dekubitalnog ulkusa u KB Sveti Duh, razvoj mjera za sprečavanje broj padova bolesnika, povećanje postotka potpisanih informiranih pristanaka za hospitalizaciju na 100%, onemogućavanje transfuzijskih reakcija zbog ABO nekompatibilnosti, smanjenje broja bolničkih infekcija.

ZAKLJUČAK

Ulaskom RH u Europsku uniju očekuje se veća tranzicija europskog stanovništva u smjeru trgovine i turizma te potreba za prepoznatljivošću kvalitete zdravstvenih usluga i u RH. Međunarodna akreditacija zdravstvene ustanove pacijentima osigurava sigurnost u bolnici, ostvarenje njihovih prava prema aktualnim zakonima, liječničku i sestrinsku izvrsnost te u konačnici pozitivno iskustvo (zadovoljstvo) liječenja.

Mnoge zemlje Europske Unije su na nacionalnoj razini provele akreditaciju sa međunarodno priznatim standardima koji definiraju načine rada u bilo kojoj bolnici te države. Hrvatska Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu iako je pokrenula nacionalnu akreditaciju prije dvije godine, još do danas niti je akreditirana niti jedna bolnica, niti su standardi dosegli međunarodno priznanje, a niti Agencija ne provodi nikakvo savjetovanje ni edukaciju zdravstvenih djelatnika.

Svemu navedenom ide u prilog želja svih nas koji promjene želimo – međunarodno akreditirana Bolnica.

Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od amiotrofične lateralne skleroze

Marina Kos UVOD

Ljubica Pilipović

Amitrofična lateralna skleroz (ALS) označava brzu, progresivnu i uvijek smrtonosnu neurološku bolest koja napada živčane stanice (neurone) odgovorne za kontrolu voljnih mišića. Bolest spada u skupinu poremećaja poznate kao motorne neuronske bolesti koje karakterizira postupna degeneracija i smrt motornih neurona.

Zvana i Lou Gehrigova bolest prema američkom bejzbol igraču koji je obolio na vrhuncu svoje slave i umro 1914. godine.



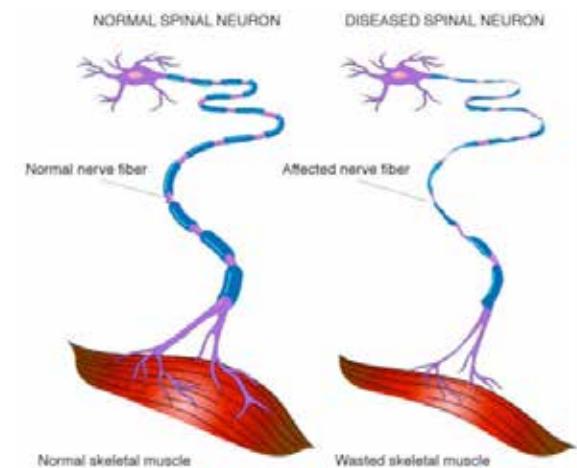
Slika 1. Lou Gehrig

Prvi opis bolesti javlja se 1869. god. a daje ga Jean-Martin Charcot koji je bio francuski neurolog a po njemu se naziva Charcot disease.



Slika 2.Jean Martin Charcot

Motorni neuroni su živčane stanice koje se nalaze u mozgu, moždanom deblu i leđnoj moždini koji služe kao kontrolna jedinica i vitalna komunikacijska veza između živčanog sustava i voljnih mišića tijela. Poruke iz motornih neurona u mozgu (gornji motorni neuroni-GMN) prenose se na motorne neurone u leđnoj moždini (donji motorni neuron-DMN) i od njih na pojedine mišiće. Kako mišići polako gube funkciju ,postupno slabe, opuštaju se (dolazi do atrofije), i povremeno trzaju (fascikulacijel). Konačno , sposobnost mozga za pokretanjem i upravljanjem dobrovoljnim pokretima se gubi.



Slika 3 i 4.. Prikaz zdravog i oboljelog neurona i mišića

Ensure® PLUS ADVANCE

**ENSURE® PLUS ADVANCE NAJNOVIJA JE GENERACIJA KOMPLETNE,
URAVNOTEŽENE ORALNE NUTRITIVNE POTPORE NAMIJENJENE:**

- svim bolesnicima s rizikom od razvoja pothranjenosti i/ili gubitkom mase, snage i funkcije mišića uslijed bolesti, ozljeda, lomova te operativnih zahvata
- za brži oporavak i vraćanje mišićne mase, snage i funkcionalnosti za vrijeme i nakon bolničkog liječenja
- osobama starije dobi s rizikom razvoja malnutricije, sarkopenije ili krhkosti
- održavanju funkcije kostiju i mišića u svrhu smanjenog rizika od padova, lomova i slabosti

► **Ensure® Plus Advance dostupan je u dva izvrsna okusa:**

- vanilija
- čokolada

Preporučena dnevna doza:

2 boćice na dan



JEDINSTVENI PROTEINSKI SUSTAV
NUTRIVIGOR
s Ca-HMB-om i VITAMINOM D

3 g
Ca-HMB

24 µg
vitamina D

36 g
visokovrijednih
proteina



ALS je jedna od najčešćih bolesti motorike a može se javiti pojedinačno ili kao nasljedna obiteljska bolest (10% svih slučajeva ALS-a). Za 20 % naslijedenih ALS-a dokazana je mutacija gena za citosolnu bakar/cink superoksid dismutazu. Druga teorija je oštećenje zbog nedovoljnog izbacivanja glutamata iz područja sinapse.

Oboljeti može svatko no najčešće pogoda sredovećne osobe između 50 i 75 godina starosti. Češća je u bijelaca. Incidencija je oko 1-2 oboljelih na 100 000 osoba. Finska ima najveću incidenciju zbog mutacije na kromosomu 9p21.

Većina umire unutar 3-5 godina od postavljene dijagnoze. Prema podacima Nacionalnog instituta za neurološke poremećaje i moždani udar , čak 20 000 ljudi u SAD-u boluje od ALS-a a svake se godine dijagnosticira 5000 novih slučajeva.

U četiri regije na zapadnom pacifiku (Guam, Papua nova Gvineja, sjeverna Australija i poluotok Ki u Japanu) nalaze se endemska područja.

Otočje Guam na pacifiku prije 50-tak godina je imalo najvišu incidenciju (70/100 000) koje je sada u padu (hipoteza o toksinima iz cikas palme od koje se radilo brašno.)

FAKTOVI RIZIKA



Slika 5. Cikas palma
Muškarci 2 puta čećće
oboljevaju od žena.



Slika 6.
Endemska
područja

Pušenje je jedini dokazani egzogeni faktor rizika. Aktivni pušači imaju 2 puta veći rizik za razvoj ALS-a u usporedbi sa nepušačima..

Služenje u američkoj vojsci tijekom II svjetskog rata, u Korejskom ratu i u Vjetnamu te u Zaljevskom ratu (Gulf War Sy).

Također je dokazana veća pojavnost oboljenja kod talijanskih nogometića.

SIMPTOMI BOLETI

U početku osobe mogu primijetiti slabost u mišićima, trzanje ili grčenje a potom bolest progresivno onesposobljava hod, govor, gutanje i na kraju disanje. Mnogi provedu posljednje dane života potpuno paralizirani dok im mozak i dalje funkcioniра.

Klinička slika okarakterizirana je progresivnim gubitkom mišićne mase i snage, fascikulacijama, spascititetom, hiperrefleksijom i ekstenzornim plantarnim odgovorom (pozitivan Babinski znak) kao i razvojem dizartrije i disfagije.

Dijelovi tijela pogodeni ranim simptomima ovise o tome koji mišići u tijelu su oštećeni prvi.

U nekim slučajevima simptomi mogu zahvatiti jednu nogu pa se javlja nespretnost kod hodanja ili trčanja, učestalo spoticanje, teškoće kod ustajanja iz kreveta, padajuće stopalo.(Slika 10)

Neki pacijenti vide prvi efekt bolesti na šaci pa imaju poteškoća sa jednostavnim zadacima koji zahtjevaju spretnost kao zakopčavanje košulje , pisanje, okretanje ključa u bravi, vezanje cipela, umivanje, (slika 9) dok se kod nekih prvo mogu javiti poteškoće kod govora ili gutanja najprije neke hrane a kasnije svakog oblika hrane i sline.(Slika 8)

Često se javlja i emocionalna inkontinenciјa koja je karakterizirana patološkim plakanjem ili smijanjem.

U većini slučajeva početni simptomi se prepoznaju tek retrospektivno.





ALS je bolest koju je teško dijagnosticirati. Ne postoji jedan test kojim se može postaviti sigurna dijagnoza te je potrebno učiniti više testova i isključiti druge slične bolesti. Srednje vrijeme od inicijalnih simptoma do postavljanja dijagnoze je 10-18 mjeseci a do tada je već izgubljeno 50 % rezerve motor neurona.

Osim neurološkog pregleda ovisno o kliničkoj slici čine se:

ELEKTROMIOGRAFIJA

ELEKTRONEUROGRAFIJA - metode kojim se ispituje električna aktivnost u mišićima i provodljivost živaca

MAGNETSKA REZONANCA MOZGА I LEĐNE MOŽDINE

LABORATORIJSKI TESTOVI URINA ,KRVI I LIKVORA (bitno učiniti elektrolite, vitamin B12 i folnu kiselinu, hormone štitnjače,

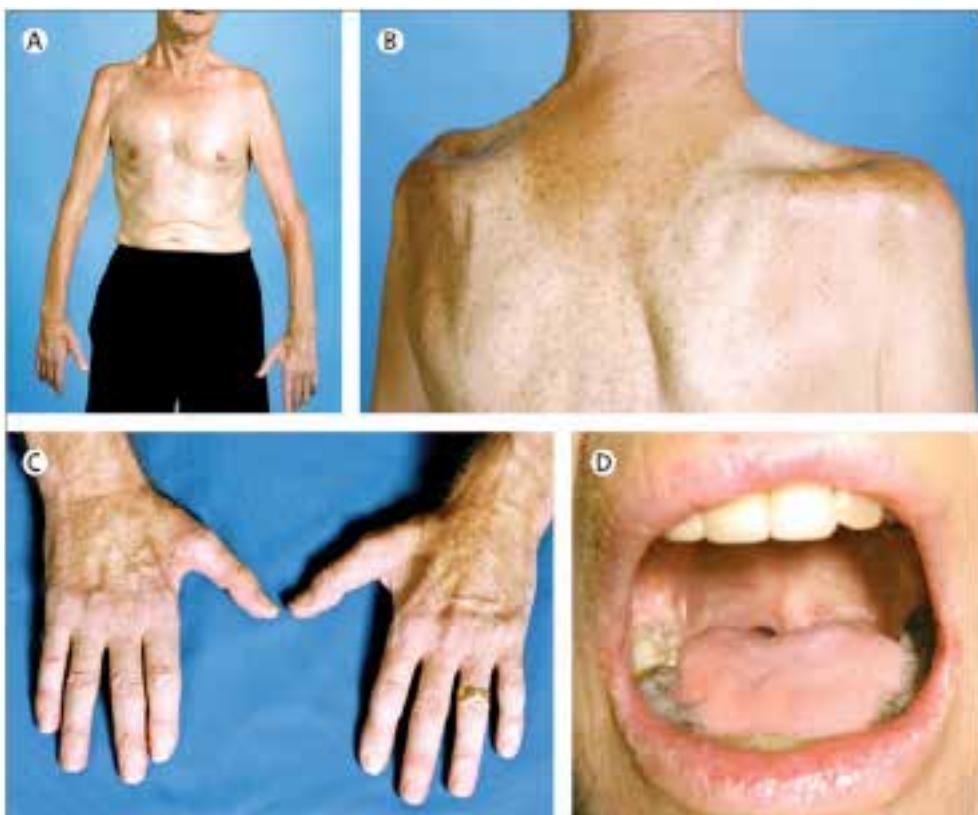
elektroforezu i imunoelektoforezu proteina u serumu)

BIOPSIJA MIŠIĆA - kako bi se islučila mišićna bolest (rijetko potrebna)

PRIOPĆAVANJE DIJAGNOZE

Priopćavanje dijagnoze ALS-a bolesniku i rodbini teško je i neugodno iskustvo za svakog uključenog u taj proces. To je samo jedan od brojnih razloga da skrb za oboljelog i njegovu obitelj bude utemeljena na multidisciplinarnom pristupu i poštujući sva pravila dobre kliničke prakse i palijativne skrbi.

U svakom razgovoru važno je sazнати što bolesnik već zna o bolesti te koju količinu informacija može i želi primiti u jednom razgovoru i da li je razumio ono što mu je rečeno. Razgovor treba voditi u sjedećem položaju, nikad kao monolog bez ometanja





sa strane (npr. telefonom) toplo, suosjećajno i s razumijevanjem. Za razgovor treba osigurati potrebno vrijeme (45-60 min). Korisno je pripremiti pisane materijale, preporučiti web stranice za dodatne informacije i preporuke za pripremu hrane. U razgovoru je važno pružiti bolesniku i obitelji dokaze da u ovoj bolesti neće biti napušteni i da se mogu uvijek javiti radi razgovora. U svakom razgovoru važno je podržati nadu, naglasiti da su mnoge komplikacije ALS-a lječive, da neki bolesnici žive s ovom bolesti i do 10 godina i da je ovo jedna od bolesti s najviše istraživanja od kojih neka pružaju ohrabrujuće rezultate.

Multidisciplinarni pristup je iznimno važan za oboljelog od ALS-a i za sve osobe uključene u skrb. S obzirom da u Hrvatskoj ne postoje specijalizirane klinike za ALS važno je ohrabriti i uputiti bolesnika da u lokalnoj zajednici i mjestu stanovanja potraži pomoć različitih stručnjaka, kojima treba omogućiti trajnu izobrazbu. Stručne osobe koje mogu pomoći oboljelimu su: fizioterapeut, dijetičar, psiholog, radni terapeut, duhovnik, logoped, madicinska sestra sa iskustvom i izobrazbom o palijativnoj skrbi, socijalni radnik i drugi stručnjaci.

TERAPIJA

Na žalost terapija ALS-a još ne postoji. Jedini lijek koji je do sada odobren je RILUZOL (RILUTEK) za koji se vjeruje da usporava razvoj i da kraće produžava život (otprilike za 3 mjeseca). Dјeluje na način da smanjuje razinu glutamata u živčanom sustavu, ne

dјeluje na smrtnost. Ne smije se davati osobama s bolesnom jetrom a bolesnici koji ga uzimaju moraju stalno kontrolirati jetrene enzime. Ostali lijekovi koji se koriste služe u smirivanju pojedinih simptoma kao što su ukočenost ruku ili nogu (LIORESAL), neredovita stolica, jaka salivacija, bolovi, depresija itd.

Korisna je i blaža fizička terapija u smislu vježbi za očuvanje snage i pokretljivosti u mišićima i zglobovima.

Vježbe govora u kojima se uče tehnikе govora za lakši izgovor i razumijevanje. Poslije se bplesnici koji više nisu u stanju govoriti mogu služiti osobnim računalom i na taj način komunicirati.

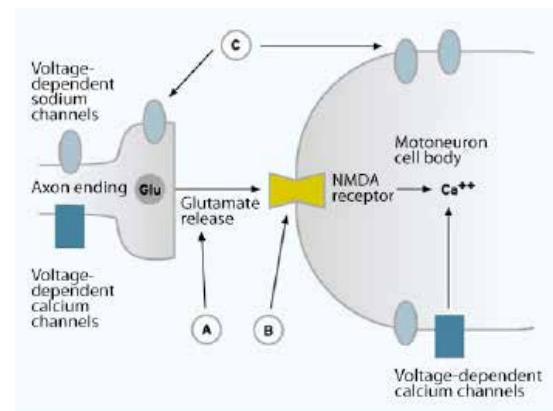
Respiratorna insuficijencija oboljelih je posljedica slabosti bulbarnih i respiratornih mišića a dodatno je pojačana otežanim gutanjem sline i aspiracijom. Prvi klinički znak otežane ventilacije noću je dnevna pospanost i pojačan umor.

Najčešći oblici ventilacije su neinvazivna ventilacija pozitivnim tlakom (NIV) i ventilacija putem traheostome. Nema jasnih smjernica u kojem trenutku treba posegnuti i za kojim oblikom ventilacije i pristup ventilaciji oboljelih se značajno razlikuje diljem svijeta a ovisi o finansijskim mogućnostima i načinima financiranja zdravstvene zaštite.

Terapiju kisikom treba izbjegavati jer izaziva suhoću usta i posjeđuje retenciju CO₂.

Slika 11. Prikaz djelovanja Riluteka

Slika 12. Multidisciplinarni pristup u liječenju





Početne smetnje gutanja mogu se ublažiti načinom pripravljanja hrane, razrijedivanjem guste i blagim uguščavanjem tekuće hrane. Pri svakom pregledu treba обратити posebnu pozornost na bulbarne simptome i mogući gubitak tjelesne mase. Bolesnika se može naučiti tehnikama koje olakšavaju gutanje: SUPRAGLOTIČKO GUTANJE je tehnika pri kojoj bolesnik udahne , zadrži dah prilikom gutanja i neposredno nakon gutanja naglo izdahne- preporučljivo kod slabosti laringealne muskulature.

MENDELSONOV MANEVAR je tehnika koja omogućava produljeno otvaranje gornjeg ezofagealnog sfinktera a ostvaruje se produljenjem akta dijela gutanja u kojem larinks putuje u gornji položaj na dvije sekunde.

POSTURALNE PROMIJENE –prilikom tog manevra u početku gutanja se glava blago zabaci unatrag i time bolus hrane lakše dospijeva u farinks.

Nema sigurnih dokaza o djelotvornost ovih vježbi ali u svakom slučaju usredotočuje se na samu koordinaciju disanja , gutanja i govora koja je zbog slabosti mišića narušena.

Poznato je da mnogi sastojci koji se danas dodaju u prehrambene proizvode djeluju neurotoksično a za neke namirnice se vjeruje da djeluju neuroprotективno.

PREPORUKE U PREHRANI:

1. izbaciti iz prehrane svu prerađenu hranu te onu u kojoj ima umjetnih boja, aroma, aditiva, zasladičavača i konzervansa.

Smatra se da je jedan od najopasnijih dodataka glutamat jer se kod bolesnika sa ALS-om već pojavljuje u povišenoj razini. Svaki proizvod koji je

poluproizvod ili gotova hrana najvjerojatnije sadržava glutamate u što su uključeni gotovi dodaci jelima, gotove juhe, kocke za juhu, želatine, pasterizirani mliječni proizvodi, sosevi, gotovi umaci za salate...

2. izbjegavati Aspartat- umjetni zasladičavač
 3. izbjegavati hranu koja sadrži gluten. Dopushteno je konzumirati raž, helđu, soju, krumpir i kukuruz.
 4. izbjegavati mliječne proizvode
 5. izbaciti šećer (preporuča se zamjenski xylitol)
- Ukratko treba jesti što više svježeg voća, povrća mesa i jaja iz organskog uzgoja, ribu umjereno, krumpir, kukuruz, soju, raž, helđu, ulja koja su bogata omega 3 i 9 kao što su maslinovo ulje, sezamovo ulje, sjemenke, lješnjake, bademe, orahe. Pripremati sveže kuhanu hranu bez gotovih dodataka jelima . Jesti manje i češće.

Dijetetske mjere u oboljelih sa smetnjama gutanja su važne zbog prilagodne konzistencije i vlažnosti hrane te zbog potrebe za visoko hranjivim obrocima koji će svesti na minimum gubitak mišićne mase i mogući manjak kalorijskog unosa. Uputno je na tržištu potražiti preparat koji načinom primjene , sastavom i okusom bolesniku najbolje odgovara i pokušati primijeniti što veći izbor takvih pripravaka da ne dođe do zasićenja okusom ili gadljivosti na pojedini pripravak.

HEIMLICHOV MANEVAR treba biti poznat osobama koje skrbe za oboljelog i njegovu prehranu iako je gušenje granom izuzetno rijedak slučaj u oboljelih od ove bolesti.

NAZOGASTRIČNA SONDA I PERKUTANA ENDOSKOPSKA GASTROSTOMA (PEG) se primjenjuju kod bolesnika u kojih prethodno navedene tehnike više ne dovode do zadovoljavajućih učinaka. Bolesnici nisu skloni niti jednom od ova dva oblika hranjenja i često odgadaju njihovu primjenu. PEG je postupak za postavljanje katetera kroz mali rez u trbušnom zidu za prehranu bolesnika. Izvodi se u lokalnoj ili općoj anesteziji a endoskopom se ulazi kroz usta ili nos u želudac.Na trbuhi se napravi mali rez u predjelu želuca te se plasira PEG kateter. Intervencija traje 15-20 minuta.Ukoliko postoje neke prepreke zbog kojih se PEG ne može postaviti endoskopskim putem postavlja se zamjenska (REPLACEMENT) gastrostoma kroz trbušnu stjenku poput trajnog urinarnog katetera te se balonom sprečava izlazak iz želuca a zbog sigurnosti pričvršćuje se i šavovima za kožu na trbuhi. Preporuka je da se PEG postavi kada dođe do pada tjelesne mase za 10 %. Nazogastrična sonda se



preporučuje kratkotrajno. U slučaju da se bolesnik odluči za postavljanje PEG-a treba je postaviti u početku bolesti jer se tijekom vremena povećava vjerojatnost komplikacija nestežije, slabe respiratorni i mišići trbušne stjenke.



Slika 13.Zamjenska gastrostoma

Slika 14. PEG



Ukoliko pacijent sa ovom dijagnozom bude hospitaliziran znači da mu je potrebna mehanička ventilacija, gotovo je u potpunosti nepokretn a nalazi se u jedinici intenzivnog liječenja. Zahtijeva skrb 24 sata oko zadovoljavanja osnovnih fizioloških i ljudskih potreba a najveća zadaća medicinske sestre u ovoj palijativnoj njezi orijentirana je na sprečavanje razvoja mogućih komplikacija koje se javljaju u sklopu ove bolesti a one su mnogobrojne. Najveći naglasak se stavlja na sprečavanje komplikacija dugotrajnog ležanja, nastanka infekcija, briga o redovitoj eliminaciji stolice te sprečavanje pothranjenosti.Isto tako bitna je

adekvatna toaleta dišnih puteva te njega traheostome i gastrostome.

NAJČEŠĆE SESTRINSKE DIJAGNOZE PRISUTNE KOD OBOLJELIH OD ALS-a

- Smanjena mogućnost brige za sebe (potpuna)-osobna higijena, odijevanje, hranjenje,eliminacija
- Totalna inkontinencija
- Visok rizik za komplikacije dugotrajnog ležanja-dekubitus, kontrakture,duboka venska tromboza
- Opstipacija
- Neadekvatan unos hrane
- Pothranjenost
- Visok rizik za komplikacije u/s hranjenjem putem gastrostome
- Visok rizik za ispadanje gastrostome
- Visok rizik za začepljenje gastrostome u/s neadekvatnim propiranjem nakon hranjenja
- Visok rizik za infekciju u/s dugotrajno postavljenim trajnim urinarnim kateterom
- Visok rizik za infekciju u/s invanzivnom mehaničkom ventilacijom
- Visok rizik za infekciju u/s učestalom potrebom za aseptičkom aspiracijom sekreta
- Visok rizik za infekciju traheostome
- Smanjena prohodnost dišnih puteva u/s nemogućnošću samostalnog iskašljavanja ili neadekvatnom toaletom dišnih puteva
- Visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine
- Smanjeno podnošenje napora
- Nemogućnost verbalne komunikacije
- Socijalna izolacija
- Anksioznost
- Depresija
- Visok rizik za pad
- Poremećaj osobnog identiteta
- Neadekvatna prilagodba
- Promijenjeni obiteljski odnosi
- Umor
- Strah
- Bol
- Visok rizik za ozljede
- Visok rizik za poremećaj respiratorne funkcije
- Poremećaj termoregulacije
- Bespomoćnost
- Neučinkovito sučeljavanje
- Nedostatak znanja o tijeku i ishodu bolesti
- Neupućenost



Slika 15. Stephen Hawking

Stephen Hawking je najpopularniji fizičar današnjice a njemu je u 21.godini života dijagnosticirana Lou Gehrigova bolest. On je postigao sve usprkos tome što je gotovo u cijelosti paraliziran i u invalidskim kolicima od 1970. –te godine. Iz nekih razloga bolest je kod njega napredovala mnogo sporije nego kod većine drugih oboljelih . Neki stručnjaci kažu da način njege koju Hawking ima ,uključujući i desetinu zdravstvenih radnika 24 sata dnevno, mogu utjecati na produžetak njegova života. U periodu od 30 godina držao je katedru matematike koju je prethodno držao sir Isaac Newton. S tog je mjestu otisao u mirovinu 2009. godine, a sada je direktor istraživanja u sveučilišnom centru za teorijsku kozmologiju.

Danas Hawking komunicira samo trzajima desnog obraza .Maleni infracrveni senzor nalazi se na njegovim naočalama i priključen je na kompjuter. Senzor detektira impulse na obrazu, čime odabire riječi koje se prikazuju na kompjuteru. Odabrane riječi tada se izgovaraju glasom sintesajzera. Može potrajati i do 10 minuta da Hawking formulira jednu jedinu rečenicu. Trebale su mu četiri godine da napiše svoju posljednju knjigu „Veliki dizajn“.

Često u šali zna reći kako mu je jedini problem što mu glas sintesajzera daje američki naglasak.

Sam kaže da se trudi ne razmišljati o svojim ograničenjima te ga to nije sprječilo da ima obitelj i bude uspješan u svom poslu.

Jedan od najsretnijih trenutaka u životu dogodilo mu se 2007. godine kada je na Floridi prošao takozvani „ let nulte gravitacije“ i prvi put u 40 godina napustio invalidska kolica.

ZAKLJUČAK

ALS je kobna i teška bolest. Dobrim poznавањем тијека болести , могућим компликацијама те могућностима које се пружају у помоћи у лijeчењу код куће, могуће је олакшати лиечење и припремити се за пoteškoće које сlijede и које погађају самог болесника али и његову обitelj.

Unatoč razvoju novih терапијских могућности у лijeчењу neuromuskularnih bolesti palijativna skrb utemeljena na multidisciplinarnom pristupu neizostavan је терапијски корак.Napredak medicine је промијенио смрт од iznenadnog slučaja do често dugog putovanja gdje se nerijetko novim tehnologijama produljuje patnja pacijentata. Palijativna skrb u Republici Hrvatskoj је још u povoјima a njezina zadaća a isto tako i medicinske sestre kao bitnog člana tima је holistički pristup svakoj osobi.Olakšavanje patnje i poboljšanje kvalitete života uključuje pružanje učinkovitih tretmana боли i simptoma,utvrđivanje fizičkih ,psihičkih , socijalnih i duhovnih potreba, sjedinjavanje kulturnih vrijednosti, podrška izgubljenima te korištenje terapijskih komunikacijskih vještina a то је sve могуће постиći ако се razvije odnos povjerenja s bolesnikom.



Cijelog života znamo da ćemo umrijeti i to ne dovodimo u pitanje ali ono zbog čega se razlikujemo od oboljelih od amiotrofične lateralne skleroze je činjenica što su oni toga svjesniji, oni s tom spoznajom žive s njom usnivaju i bude se. Isto tako njihova bolest zahvaća obitelj, širu zajednicu ali i cijelokupno društvo. Pravilno zdravstveno prosvjećivanje putem medija, ciljanih predavanja, osnivanjem udruga, uključivanjem volontera možemo približiti problem palijativne skrbi i njezino rješavanje te potaknuti pitanja važnosti osnivanja hospicija.

Medicinske sestre znaju planirati, provoditi i evaluirati zdravstvenu njegu ali još nisu dovoljno educirane kako se nositi s emocionalnim problemima umirućeg bolesnika i njegove obitelji. Bliski članovi obitelji ponekad osjećaju emocije kojima se nisu nadali, prazninu, ne znaju što bi radili, pate od nesanice, depresije. Ne znaju se ponovo uključiti u svijet bez bolesti, bez straha od zagrcavanja noću, ne znaju otići u kazalište... Od svih neočekivanih emocija najznačajnija je olakšanje. Tu riječ rijetki izgovaraju naglas ali to je normalan osjećaj nakon godina življenja s patnjom bliske osobe. Olakšanje ne isključuje iskrenu i duboku tugu zbog gubitka, iako je to teško prihvati – ta dva osjećaja nakon ovako teške bolesti ponekad neočekivano dođu zajedno. Kao kraj i početak

LITERATURA:

1. Sedić B. Zdravstvena njega neuroloških bolesnika. Zdravstveno veleučilište. Nastavni tekstovi: Zagreb. 2005.
2. Demarin V. I suradnici. Priručnik iz neurologije. Zagreb, 1998.
3. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, Zagreb, 1996.
4. Šepec S, Kurtović B, Munko T, Vico M, Abcu Aldan D, Babić D, Turina A. Sestrinske dijagnoze. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb. 2011.
5. Bilić E. Palijativna skrb za oboljele od neuromuskularnih bolesti. Neurol.Croat.Vol 60,3-4,2011.
6. Jušić A. I sur. Hospicij i palijativna skrb-osnovno ljudsko pravo. 1.izd.Zagreb.Školska knjiga. 1995.
7. Bilić E, Jurenić D, Žagar M, Vranješ D. Prijedlog dijagnostičkih i terapijskih smjernica u liječenju amiotrofične lateralne skleroze.Zagreb.2012.
8. net.hr. 70 godina izvanrednog znanstvenika.



Slika 16 i 17. Fizikalna terapija oboljele pacijentice od ALS-a u JIL-u



Operacijska sinergija

Dušica Lekić

UVOD

Povijest profesije, čovjek i priroda, timski rad, organizacija rada, management i operacijski radni duh, su samo manji dijelovi operacijske sinergije. Povijest nas uči i čini da ne zaboravimo. Razvitak naše profesije prepoznaće se kroz „Damu sa svjetiljkom“ ,V Henderson , F. Vilson, Komoritu , Mc. Manus i V. Fry (kroz sestrinske dijagnoze), prvu europsku konferenciju (1993), NAND – u i još kroz mnoga ne spomenuta dostignuća.

U kratko treba predstaviti nekoga tko je u glavnoj ulozi u ovom sadržaju.

Čovjeka. Homo sapiensa. (današnji čovjek razvio se na prostorima Afrike i potom naselio sve kontinente). Čovjek je društveno biće, i ima sposobnost svjesnog djelovanja i kao takav, potrebe definira mislima. Slobodno se karakterizira i kao riznica formiranog znanja.

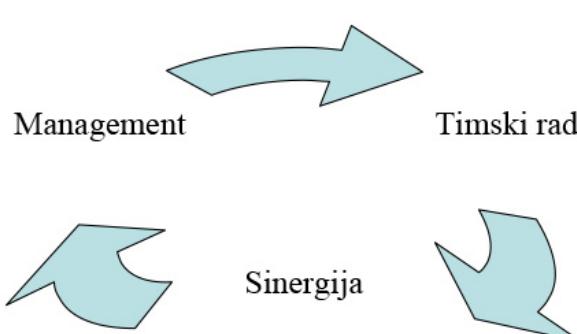
Sklad je uma i duha...

Čovjek, kakvog poznajemo, nije u potpunosti slobodan, ovisan je o prirodi i njenim zakonitostima. Ovisan je o beskonačnoj količini energije u beskrajnom prostoru čija se složenost nalazi u okvirima jednostavnosti. To je priroda, no čovjek je nešto složeniji, jer se formira sa mnoštvom pogodnosti i nepogodnosti, kroz mnoštvo sila akcija i reakcija, napetosti i ravnoteže . . .

Pitanje koje se nameće je kako nas sada, ovakve, staviti u okire neke organizacijske strukture. Dati nam vodu, menadžera, šefa, nekog tko nas organizira da stvaramo pozitivno okruženje na radnom mjestu. Odgovor je u stvaranju sinergije.

RAZRADA

Sinergija je pojam koji opisuje stanje kada je cjelina nešto veće i drugačija od zbroja svojih dijelova.



Stvaranje sinergije znači stvaranje najboljih rješenja kroz proces kreativne suradnje. To je pristup koji nije ni moj način, ni tvoj način, nego bolji od oba – treća alternativa.

Sinergija u svojim okvirima ima management i timski rad. Pojava managementa, (Johan Smart Mill – engleski liberalni misilac i teoretičar, 1806 – 1873.), bila je uvjetovana razvojem ljudskog društva i njegovom orijentacijom na timski rad. Ova orijentacija znači usmjeravanje na manju skupinu ljudi komplementarnih znanja i vještina sa zajednikim ciljem i odgovornošću .

Ono što čini sinergiju su i dvije najvažnije odrednice managementa i zasigurno se nalaze i u samoj osnovi rada u operacijskim dvoranama. Ciljevi, kao što su efektivnost i efikasnost nužno usmjeravaju na produktivnost i stvaraju pozitivno radno okruženje.

Slijedeći korak koristi čovjekovu ikonsku potrebu za druženjem i pretvara je u svijet rada kojim dominira timski duh. I tu prestaje postojati skupina ljudi u kojoj se moglo čuti : „To ne spada u moj opis poslova.“ Sinergijom potenciramo funkcionalne ili tehničke vještine vezane uz znanje, kao i vještine rješavanje problema, umjesto njihovih izbjegavanja. Na ovaj način pozitivno stvorena klima, nužno stvara donošenje odluka koje su vezane uz objektivnost i zdravu kritičnost, kao i sposobnost slušanja tuđih mišljenja. U ovakvim okvirima, u timskom radu, argument moći ne znači ništa, ali zato moći argumenata znači sve. Još nešto što je bitno, kada se radi na sinergičnim temeljima lakše je i podnošenje stresa. To nam u krajnosti osigurava i kvalitetniji produkt našeg rada. Daje nam sigurne i kvalitetno orijentirane korake prema pacijentu.

ZAKLJUČAK

Kada ljudi ne upravljaju poslovima, poslovi upravljaju ljudima. Kada ljudi stvaraju sinergiju oni su sposobni slušati, razumijeti i ostati otvoreni za najbolja rješenja. Željela bih da ulazak u Europu bude kroz širenje i jačanje sinergije naše profesije.



Trening trijaže u odjelu hitne medicine

Ivanka Pađen UVOD

Trijaža-„trier”(franc.)-razvrstavanje,sortiranje,klasificiranje ili izbor - označuje postupak određivanja prioriteta hitnosti glavne tegobe, odmah pri dolasku pacijenta u odjel hitne medicine.Karakteristika trijaže je pružanje zdravstvene pomoći prema objektivnim kliničkim pokazateljima a ne prema redoslijedu dolaska ili drugim prioritetima (protekcije i sl.)sa ciljem što uspješnijeg liječenja i pružanja zdravstvene njegе i skrbi u najkraćem vremenu prema dodjeljenoj trijažnoj kategoriji.

RAZRADA

Trening trijaže se provodi u sklopu Projekta unaprijeđenja hitne medicinske pomoći i investicijskog planiranja u zdravstvu a povezano sa reformom hitne medicinske službe i zdravstvenog sustava . Pod pokroviteljstvom je Ministarstva zdravlja RH uz potporu zajma Svjetske banke i provodi ga Hrvatski Zavod za hitnu medicinu pod vodstvom prim.mr.Maje Grba Bujević,dr.med..

Trening trijaže je intenzivni dvodnevni tečaj vikendom. Provodi se jednom mjesечно diljem našeg zavičaja do sada u Koprivnici,Donjoj Stubici,Zadru..To je projekt na čije sudjelovanje su pozivane medicinske sestre /tehničari koji rade ili će raditi na poslovima trijaže bolesnika u hitnom prijemu iz cijele Hrvatske, pa tako i iz našeg OHBP-a.

Predavanja i praktične vježbe su bile od 9:30-19:00 i od 8:30-17:00., prisustvo je bilo obavezno bez iznimke.Pauze između cjelina su bile kratke, samo za jelo i piće.ABC grupe su stalno rotirane prema pisanim programu i uz kontrolu tijeka provođenja treninga.Predavači-instruktori su medicinske sestre/tehničari iz OHBP Koprivnica,Karlovac,Čakovec.Oni su profesionalno,stručno i ciljano vodili i simulacije hitnih stanja pisanih scenarija i vježbu trijažnog postupka. Pri kraju drugog dana je bio teoretski i praktični ispit za koji su izdate potvrđnice.Polaznici koji nisu položili, vjerojatno nisu proučili priručnik koji smo dobili u vlasništvo neko vrijeme prije odlaska na trening trijaže.Za ponovno polaganje ispita biti će ponovno pozvani.

Autori priručnika”Trijaza u odjelu hitne medicine” su Gordana Slavetić dr.med.spec.(voditelj hitnog

prijama) i Damir Važanić,bacc.med.techn.(instruktur-predavač).Oboje rade u OHBP Opće bolnice”dr. Tomislav Bardek” u Koprivnici.Priučnik je temeljen na Australsko-Azijskoj ljestvici trijaže(ATS) i predstavlja temelj trijažnih standarda u Republici Hrvatskoj po kojem već desetak godina radi objedinjeni hitni prijam Koprivničke opće bolnice.Namjera je na nacionalnoj razini uvesti trijažne kategorije u naš zdravstveni sustav u svim hitnim prijamima kao standardizirani postupak.Informacijski sustav omogućuje promjene i napredak kroz kontrolu i usporedbu učinjenog prema trijažnim kategorijama .OHBP Karlovačke bolnice je ove godine počeo raditi prema ATS-u,a kompletan radni prostor je izgrađen i projektiran tako da omogućava neometani radni proces.

Australsko –Azijskom trijažnom skalom određeno je pet trijažnih kategorija hitnosti.Svaka određuje koliko najduže pacijent može čekati na liječnički pregled i liječenje. Procjena i donošenje kategorije koju dodjeljuje medicinska sestra/tehničar na trijaži ovisi o glavnoj tegobi a kod traume i o mehanizmu ozljede. Subjektivna procjena je temeljena na općem stanju pacijenta,simptomima i znakovima bolesti i podacima koje dobijemo od pacijenta ili pratnje.Medicinska sestra/tehničar na trijaži pri pregledu objektivnim fiziološkim statusom procjenjuje pacijenta.To čini mjerjenjem RR,FS,FS respiracija,temperaturu, SpO₂,bol,stanje svijesti preko GSK ili AVPU,Guk. Sve te podatke-glavnu tegobu,mehanizam ozljede,subjektivnu procjenu,objektivne pokazatelje-upisuje u Obrazac trijaže.Na osnovu fizioloških razlika u pojedinim trijažnim kategorijama, pacijentu dodjeljujemo pripadajuću trijažnu kategoriju,što ujedno omogućuje i istraživački pristup učenju o trijaži.

Dakle procjenjujemo:dišni put,cirkulaciju,stanje svijesti,bol,neurovaskularni status,fiziološke razlike za psihijatrijska hitna stanja,itd.,a reagiramo i djelujemo na ono što ugrožava pacijenta.

Kategorija I označuje životno ugroženog bolesnika i trijažna sestra odmah započinje sa intervencijama-bolesnika smješta u salu za reanimaciju ,odnosno akutni dio, alarmira tim i započinje BLS-om,zaustavljanjem ugrožavajućeg nekontroliranog krvarenja,itd. Kategorija I se odnosi na npr:prestanak



rada srca,- stanje bez cirkulacije . VF, značajna bradikardija, hipotenzija- stanja koja ozbiljno ugrožavaju hemodinamiku. Prestanak disanja,- stanje odsustva disanja . Prijeteći prestanak disanja- broj udisaja manji od10/min-stanja koja se odnose na ozbiljan respiratori poremećaj.Stanje šoka uslijed krvarenja-sistolički tlak manji od 80 mmHg. Pri procjeni stanja svijesti GCS manja od 9, pacijent ne reagira na bolni podražaj,uzastopni Epi-napadaj ili konvulzije,predoziranje.Dijete u teškom šoku,itd. Kod trijaže psihičkog zdravlja kategorija I se dodjeljuje pri teškom poremećaju ponašanja sa stvarnom opornošću po život, pokušajem suicida ili ugrožavanjem drugih osoba- prijetnjom opasnog nasilja posjedovanjem oružja, ekstremnom uzinemirenošću,dezorientiranim ponašanjem, prisustvom halucinacija.Takov pacijent mora biti stalno nadziran od jedne osobe,obuzdan i izoliran. Kako intervencije treba provoditi u sigurnom okruženju za samog pacijenta ,ostale pacijente i zdravstveno osoblje, ovisno o situaciji treba pozvati zaštitara,policiju, obavezno upozoriti osoblje odjela hitne medicine na prisutnost bolesnika prve trijažne kategorije .

.Kategorija II označuje prijeteću životnu opasnost. Liječnički pregled se treba izvršiti najkasnije za 10 minuta a pacijenta smjestiti u akutni dio i započeti sa intervencijama za početnu skrb:zbrinjavanje rane,uspostava i. v. pristupa,oduzimanje krvi i urina za laboratorij,snimanje Ekg-a,određivanje guk-a,imobilizacija itd.Pacijent kojem je dodjeljena kategorija II ima otvoren dišni put,ali je prisutan umjeren respiratori poremećaj sa teškim stridorom i respiratornim distresom. SpO₂ niži od 80%. Cirkulacija je umjeren ugrožena uz marmoriziranu i ljepljavu kožu zbog loše perfuzije tkiva.Može biti prisutna hipotenzija sa hemodinamskim efektima uslijed ozbiljnog gubitka krvi.Tlak manji od 50 mmHg.Bol u prsimu uzrokovana oštećenjem srca.Vrlo jaka bol –na numeričkoj ljestvici procjene intenziteta boli-od 0-10-ocjenjena bol od 7-10. Hipoglikemija-Guk-manje od 2 mmoll/l. Akutna hemipareza i disfazija,GCS-od 9-12, pospanost,tromost.Visoka temperatura sa znakovima letargije u svim dobnim skupinama. Politrauma,teška lokalizirana trauma, frakture dugih kostiju ili amputacije.Jaka bol koja upućuje na vanmateričnu trudnoću,aneurizmu,plućnu emboliju. Kod trijaže psihičkog zdravlja kategorija II označuje vjerojatnu opasnost po život sebe i drugih.Prisutna

je ekstremna verbelna i fizička agresivnost,agitacija-uznemirenost,nemir,halucinacije, iluzije,paranoja. Postoji rizik da pacijent pobegne.Intervencije trijažne sestre se odnose na stalno vizualno nadziranje, upozoriti ostale djelatnike,pozvati osiguranje i pomoć,pacijenta p.p. fiksirati i izolirati u tihoj prostoriji. Kategorija III označuje stanje koje predstavlja potencijalnu životnu opasnost. Liječnički pregled treba izvršiti najkasnije za 30 minuta.Pacijenta smjestiti u subakutni dio ,započeti sa sekundarnim trijažnim postupcima (početne sestrinske intervencije). Ako se pacijent žali na bilo kakve promjene izvršiti retrijažu,u dokumentaciju upisati razlog ponovnog pregleda,ponovljene fiziološke parametre i poduzeti potrebno.Treću trijažnu kategoriju dodjeljujemo pacijentu sa ozbiljom hipertenzijom,umjerenim nedostatakom zraka-(SpO₂ 90-95%),Guk-om većim od 16 mmoll/L, neprekidnim povraćanjem,dehidracijom,visokom temperaturom,RR >100 mmHg, boli bilo kojeg uzroka koja zahtjeva analgeziju (NRS 4-6),trauma za koju postoji anamnistički visoki rizik ali bez rizičnih znakova kod dolaska-(penetrantna ozljeda,pad sa više od 5 metara,prometna nesreća-brzina veća od 60 km/h u autu,veća od 30 km/h na motociklu,pješak,izljetanje ,prevrtanje,izvlačenje iz vozila duže od 30 min,smrt jedne osobe u vozilu,eksplozija).

Kod trijaže psihičkog zdravlja treću kategoriju dodjeljujemo pacijentu koji navodi ideje o samoubojstvu (sebe ili drugih),ima jake simptome depresije,povučenost ili nemir,halucinacije,paranoične ideje,iluzije,bizarno ,razdražljivo ponašanje.Potreban je stalni nadzor u intervalima manjim od 10 minuta.U čekaonici može biti samo ako ima osobu u pratnji.Trijažna medicinska sestra/tehničar treba obavijestiti zaštitare da je bolesnik u odjelu hitne medicine.

Kategorija IV se dodjeljuje pacijentu koji može čekati na pregled najduže 60 minuta, odnosno se na potencijalna hitna stanja. Dišni put mu je otvoren,disanje je bez respiratornog poremećaja,cirkulacija bez ugrožene hemodinamike, GKS-15.Problem zbog kojeg se pacijent javlja u odjel hitne medicine je npr:blaže krvarenje,aspirirano strano tijelo bez respiratornog poremećaja,ozljeda prsnog koša bez bolova ili respiratornog poremećaja,otežano gutanje bez respiratornog poremećaja,manja ozljeda glave bez gubitka svijesti,umjerena/blaga bol (numerical rating scale NRS-1-3), proljev i povraćanje bez znakova



dehidracije, uganuće zglobo-otečen i topao zglob uz blagu do umjerene bolje, moguća nekomplikirana frakturna, nespecifična bol u trbuhu, itd.

Pri trijaži psihičkog zdravlja u IV kategoriju smještamo bolesnika koji nije rizičan za sebe ili druge, koji je razdražljiv ali nije agresivan, surađuje i daje smislene podatke ili ima otprije poremećaj psihičkog zdravlja. Potreban je redoviti nadzor u intervalima manjim od 30 minuta. Pristaje čekati na pregled.

Kategoriju V dodjeljujemo pacijentu niske razine ugroženosti, manje hitnom. Takav bolesnik može na pregled čekati maksimalno 120 minuta. Ima minimalne simptome ili bez simptoma, minimalnu bol bez rizika, nizak rizik za pogoršanje simptoma, klinički dobro stanje, praktično je tegobe mogao riješiti kod liječnika primarne zaštite ali iz nekog razloga nije. Pri trijaži psihičkog zdravlja to je pacijent bez opasnosti za sebe i druge koji surađuje, komunicira i slijedi upute, ima otprije kronične psihotične simptome, ima probleme socijalne prirode-smještajne, finansijske, probleme s vezama, itd.

Učili smo i o trijažiranju trudnica koje zbog same trudnoće nemaju prednost odnosu na ostale pacijente jer trudnoća nije bolest, ali postoje određene specifičnosti u odnosu na druge bolesnike, koje trijažna medicinska sestra/tehničar mora znati. Također smo trijažirali hitna stanja u oftalmologiji. Po ATS ljestvici nema pacijenta kojem se dodjeljuje I kategorija, čak i penetrantne ozljede oka mogu čekati do 10 minuta na liječnički pregled, (II Kategorija trijažne ljestvice) kao i kemijska ozljeda koja zahtjeva ispiranje, te stanje naglog gubitka vida, sa ili bez ozljede oka, kao i snažna bol u oku. Do 30 minuta naliječnički pregled može čekati pacijent kojem je dodjeljena III kategorija a žali se na iznenadan nenormalni vid, sa ili bez ozljede imao umjerenu bol u oku uslijed tipe ozljede oka, opeklina ili stranog tijela. IV kategoriju ćemo dodjeliti pacijentu koji ima normalan vid, lagajući bol u oku zbog tipe ozljede oka, opeklina ili stranog tijela i na pregled liječnika može čekati do 60 minuta. V kategoriju dodjeljujemo pacijentu koji ima normalan vid i nema boli u oku, pa će liječnički pregled moći čekati do 120 minuta. Obradivali smo i osobitosti trijaže u odjelu hitne medicine tijekom masovnih nesreća. Kako prilikom masovnih nesreća nema dovoljnog broja osposobljenih radnika za definitivno zbrinjavanje pacijenta, kao ni dovoljno opreme i potrošnog materijala, radnog prostora, a najbolju medicinsku

skrb treba pružiti što većem broju unesrečenih definiraju se prioriteti. Ako je veliki broj unesrečenih cilj u zbrinjavanju je što većem broju unesrečenih pružiti mogućnost da prežive sa što manje posljedica, dok se u normalnim uvjetima ulažu maksimalni napor za spašavanje pojedinačnog života. Nepotrebne postupke izbjegći ćemo označavanjem istrijažiranog pacijenta. Učinkovita oznaka mora biti jasno vidljiva, biti suglasna sa nacionalnim standardima, imati kategoriju brojeva i boja uz jednostavnu mogućnost promjene kategorije te da se lako i čvrsto osigura na unesrečeniku. Tako je kategorija I –prioritet I crvene boje. Kategorija II-prioritet II- žuta trijažna. Kategorija III- prioritet III-zelena trijažna kategorija. Kategorija IV –prioritet IV-plava trijažna kategorija-mala ili nikakva šansa za preživljavanje. Plava skupina se formira kad je veliki broj ozljeđenika i zato će oni koji imaju male šanse za preživljavanje morati pričekati da se zbrinu pacijenti sa većom šansom za preživljavanje. Odluku za formiranje plave skupine donosi najiskusniji zdravstveni radnik.

U odjelu hitne medicine trebali bi pristići pacijenti koji su na terenu primarno zbrinuti, ali zbog velikog broja unesrečenih ili nedostatka transportnih vozila unesrečene mogu dovoditi i civilni pa se mora organizirati primarna trijaža i u odjelu hitne medicine. Najvažnije je da je trijaža u odjelu hitne medicine jednaka onoj na terenu. Svaki odjel hitne medicine mora biti upoznat sa nacionalnim protokolom u slučaju masovne nesreće.

Trening trijaže je započeo predstavljanjem predavača-instruktora i samih polaznika. Instruktori su izvrsno uvježbani i točno su znali što nas žele naučiti. Svi su ljudi iz prakse. Vrlo su usredotočeni na teme koje predaju i ne dozvoljavaju odvraćanje pažnje na trenutne poteškoće sa kojima se susrećemo tijekom radnog procesa na našim radilištima.

Cilj instruktora-predavača je promjeniti naše razmišljanje i ponašanje, te uvježbati donošenje odluke o svrstavanju hitnog stanja u pripadajuću trijažnu kategoriju prema glavnoj tegobi zbog koje je pacijent došao u Odjel hitne medicine i alarmirati ostale članove tima uz dokumentiranje svega učinjenog.

Karakteristike glavne tegobe definiraju koliko pacijent smije čekati na početak liječničkog pregleda i liječenja. Kategorija određuje redoslijed zbrinjavanja.



Kategorizaciju hitnog stanja može provoditi samo educirana medicinska sestra/tehničar koja ima veliko stručno znanje i radno iskustvo uz izvrsne komunikacijske vještine. To znači da je za posao trijaže prikladna ona medicinska sestra/tehničar koja ima individualnu sposobnost samokontrole da dosljedno i samostalno donosi kliničke odluke u okruženju u kojem se odluke donose brzo, pod pritiskom, u gužvi prisutnih, novoprdošlih, u prostoru nabijenom emocijama pacijenta, njegove obitelji, vlastitih, itd.

Zdravstvena ustanova ima odgovornost omogućiti radilište prema odredbama o radnom mjestu. Učinkoviti sustavi trijaže imaju slijedeće zajedničke karakteristike: jedan ulaz za sve dolazne pacijente - pa svi prolaze isti proces procjene. Okruženje za provođenje kratke procjene - jednostavan i siguran pristup pacijentu sa dostupnom opremom za pružanje prve pomoći i mjerjenje fizioloških parametara, mjesto za pranje ruku. Oprema koja mora biti na trijažnom radilištu je slijedeća: telefon, telefaks, informatička oprema, interfon, specifični protokoli, smjernice za rad u OHM, opći bolnički protokoli, oprema za BLS, pulsni oksimetar, termometar, tlakomjer, slušalice, ljestvice za procjenu boli, obrazac trijaže.

Intervencije medicinske sestre/tehničara na trijaži moraju biti u dogovoru sa pacijentom i pratnjom uz osiguranje privatnosti, te jasno objasnjenje pacijentu. Svi postupci moraju biti dokumentirani i ne smiju odgađati liječnički pregled. Svi postupci moraju biti u skladu sa organizacijskim smjernicama trijaže. Lokalne smjernice i procedure koje uključuju sestrinske intervencije moraju biti dokumentirane kad je to moguće, a obavezno u životno ugrožavajućim stanjima.

Trijaža u odjelu hitne medicine bi trebala biti dio obavezne edukacije u specijalizaciji medicinskih sestara/tehničara hitne medicine. Trijaža omogućuje standardizirani pristup u svim odjelima hitne medicine bez obzira u kojoj ustanovi pacijent zatraži pomoć. Medicinska sestra/tehničar preuzima odgovornost za procjenu kategorije hitnosti, odnosno redoslijeda zbrinjavanja, a zauzvrat dobiva potpunu samostalnost u donošenju odluka, povjerenje svih sudionika u zbrinjavanju bolesnika i potvrdu znanja i iskustva.

ZAKLJUČAK

U našoj Ustanovi trebamo обратити pažnju na privatnost pacijenta prilikom trijaže-(već je postavljenja diskrečijska traka). Potrebno je inzistirati na većoj pažnji prema pacijentima koji imaju bol koja zahtjeva analgeziju, odnosno tražiti da se izradi protokol za zbrinjavanje boli. Veliku poteškoću stvara prostorna organizacija jer nigdje se u odjelu hitnog prijama ne dozvoljava da čekaonica bude centralno mjesto svih događanja kao što je kod nas. Već je napomenuto da učinkoviti sustav trijaže ima jedan ulaz za bolesnike dovožene hitnom medicinskom pomoći i one koje dolaze sami. Mi imamo jedan ulaz, ali na njega ulaze i posjete, najčešće na kirurgiju i urologiju te bolesnici za kiruršku polikliniku na kontrolne preglede, kao nekada kad je s ove strane bila kirurgija i urologija , a ne SHP.

Uzveši u obzir gore navedeno arhitektonski je potrebno postupno se prilagođavati standardiziranom sustavu organizacije rada OHBP-a u RH.



Prijelom rebara

Dinka Brklića **UVOD**

Tijekom proljeća i ljetnih mjeseci česte su nezgode i padovi (npr. pad s drveta, bicikla, motocikla itd..), te samim time češći su između ostalih i prijelomi rebara. Prijelom rebara, (lat - *fractura costarum*), je djelomični ili potpuni prekid kontinuiteta rebara, nastao kao posljedica djelovanja mehaničke sile koja nadmašuje otpornost koštanog tkiva. Mehanička sila na mjestu djelovanja oštećeće i meke strukture pa su prijelom i rebara često udruženi s nagnjećenjem, oguljotinom ili razderinom. Najčešća je posljedica ozljede prsnog koša. Kod tuge ozljede većinom su prelomljena srednja i donja rebra u srednjoj aksilarnoj liniji.

Najčešći uzrok je trauma na prsim, kao na primjer pad, automobilska nesreća ili kontakt u sportu.

Simptomi su bol pri disanju, kašljaju i kihanju na ozljeđenoj strani.

VRSTE PRIJELOMA:

- Poprečni prijelomi, su obično izazvani direktnim i snažnim udarom mehaničkoga oruđa u prsnici koš. Kod ovih prijeloma krajevi kosti ponekad bivaju utisnuti u dubinu, pa mogu izazvati rascjep porebrice i ozljede unutarnjih organa (pluća, srca, krvnih žila)
- Kosi prijelomi, su obično izazvani posrednim utjecajem sile, pri kompresiji prsnog koša, i najčešće su lokalizirani na prednjem ili stražnjem zavodu.

Kod ovih prijeloma fragmenti su oštiri, a površina prijeloma je upravljena medijalno (prema sredini) ili lateralno (prema van), te ako je prijelomljeno više rebara nastaje znatna pokretljivost i deformacija zida prsnoga koša, iznad mjesta ozljede.

Dijagnozu postavlja liječnik na temelju rtg snimke toraksa. Svrha liječenja je ukloniti boli davanjem nenarkotičkih analgetika i mirovanje čak do 6 tjedana. Ne stavljaju se nikakve imobilizacije. U prošlosti su liječnici koristili kompresivne zavoje (zavoji sa kojima si možete zamotati prsa) kako bi fiksirali i imobilizirali područje. Kompresijski zavoji se više ne preporučuju za slomljena rebra, jer mogu spričavati preuzimanje dubokih udisaja, što može povećati rizik od upale pluća.

Komplikacije:

- 1.Nestabilni prjni koš
 - pojava paradoksalnog respiracijskog pomicanja ozlijedenog prsnog koša
- 2.Pneumotoraks
 - posljedica ozljede pluća fraktturnim ulomkom
- 3.Subkutani emfizem
 - ako zrak iz prsišta ulazi u potkožno tkivo, širi se prema trupu, vratu i licu. Laganim pritiskom prstiju na kožu ovih predjela osjeća se fino škripanje – krepitacija
- 4.Hemitoraks



- najčešće nastaje radi ozljede interkostalne arterije, često udružen s pneumotoraksom

5. Ruptura dijafragme

- kod prijeloma donjih rebara. Kod rupture ošita na lijevu stranu, moguća je ruptura slezene i posttraumatska dijafragmalna hernija. Na desnoj strani valja misliti na rupturu jetre, dok je positraumatska dijafragmalna hernija rijedá, jer jetra prekriva mjesto razdora. Kod prijeloma posljednja tri rebara, potrebno je obavezno učiniti preglednu snimku abdomena, zbog opasnosti od ozljede trbušnih org. Kod frakture 1. i 2. rebara mogu biti ozlijedeni traheja i bronhi, te velike krv žile u vršku hemitoraksa.

7. Atelektaza i pneumonija

- kao posljedica oslabljene pokretljivosti ozlijedene strane prsnog koša

ZAKLJUČAK

Unatoč našoj pažljivosti i spretnosti, nezgode se događaju. Budimo uvijek razboriti i nastojmo se neprecijeniti, pogotovo kad želimo dokazati svoje tjelesne, akrobatske mogućnosti!

Literatura:

<http://www.centarzdravlja.rs/bolesti/541/slomljena-rebra/tretmani-i-lekovi/8/>

http://hr.wikipedia.org/wiki/Prijelom_rebara

Zvonimir Lovrić, Traumatologija, 2008. Ljevak
Tomislav Šoša, Željko Sutlić, Zdenko Stanec, Ivana Tonković i sur., Kirurgija, 2007. Ljevak

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S PRIJELOMOM REBARA

Zdravstvena njega započinje od smještaja u bolesnički krevet. Osnovni simptom je jaka bol pa je za cilj potrebno smanjiti intenzitet boli. Plan zdravstvene njage i intervencije moraju biti usmjerene na procjenu boli.

Numerička skala procjene boli od 0-10

Sestrinske intervencije su usmjerene na pružanje ordinirane analgetske terapije, korištenje farmakoloških postupaka za ublažavanje bolova povišenim uzglavlјiem, edukaciju pravilnog disanja. Po potrebi, važno je osigurati mir i regulirati posjete bolesniku. U zdravstveni tim se svakako mora uključiti i fizioterapeut.

Edukacija je jedna od najbitnijih intervencija kod bolesnika s prijelomom rebara. Medicinska sestra procjenjuje zdravstveno stanje bolesnika i individualno kreira plan zdravstvene njage bolesnika. Bitno je bolesniku objasniti da je bol prilikom disanja, kašljivanja normalna još nekoliko tjedana pa čak i mjeseci. Potrebno je reducirati teže tjelesne aktivnosti ali i poticati što ranije ustajanje i hodanje unatoč boli u prsima. Pripomaže pridržavanje rukom prsni koš prilikom kašljivanja, kihanja te dubljeg disanja. Pravilno disanje i lagane aerobne tjelesne aktivnosti, bitni su čimbenici koje bolesnik mora usvojiti i provoditi prije nego ode iz bolnice.



Odjel neonatologije



Jadranka Ristić Pročelnik odjela za neonatologiju:

Prof.prim.dr.sc. Milan Stanojević, dr.med.

Liječnici:

Dr.Helena Subašić Majder,
Dr.Ivana Bednaš Janiška,
Dr.sc.Anita Pavičić Bošnjak,
Prof.prim.dr.sc.Sanja Brajnović Zaputović, dr.med.

Glavna sestra odjela:

Elvira Jakšić,bacc.med.techn.

Glavna sestra JIL-a:

Štefica Golubić

Medicinske sestre:

Vesna Babić,
Mirjana Boranić,
Mila Boras,
Andreja Cvetković,
Edina Deumić,
Blagica Jelić,
Ana Jurenec,
Snježana Kudek,
Gordana Nemeth,
Ana Pavlov,
Suzana Polanović,

Nina Poslek,
Sonja Šupljika,
Snježana Trcak,
Branka Vranješ

Primalje:

Iva Benko,
Vanja Dvorski,
Ana Goleš,
Sabina Kalam,
Petra Krmpotić,
Vlatka Mandić,
Kata Matanović,
Kristina Medved,
Snježana Mišić,
Ivana Nikolić,
Ana Obradović,
Jasna Raškaj,
Vlatka Rubinić

Povijest i današnjica

Odjel neonatologije, Klinike za ginekologiju i porodništvo, postoji od 1977. godine. Tada je završeno proširenje i reorganizacija nekad postojecе „dječje sobe“ koja se sastojala od jedne veće sobe podijeljene staklenim pregradama. 1979. godine u okviru odjela neonatologije otvara se Jedinica intenzivne njegi nedonoščadi i ugrožene



novorođenčadi koja je od 1997. godine i službeno priznata na razini Ministarstva zdravlja. 1998. godine uvodi se tzv. rooming-in (boravak majke i djeteta zajedno). U početku je to samo 10 krevetića a do tada su se djeca nosila na dojenje svaka 3-4 sata a ostatak su vremena provodila na odjelu. Tijekom 2007. godine odjel prolazi kroz proces za postizanje titule „Bolnica-prijatelj djece“, a titulu dobiva u studenom 2007. godine, čime smo vrlo ponosni. 2011. godine odjel prolazi ponovno ocjenjivanje i zadržava titulu: „Bolnica-prijatelj djece“.

Struktura odjela

Odjel neonatologije se sastoji od stacionara, tj. Odjela zdrave novorođenčadi, Jedinice intenzivnog liječenja i Poliklinike koju čine Neonatološka

ambulanta, Neurorazvojna ambulanta, Ambulanta za neonatološki ultrazvuk i Laktacijska ambulanta (prva ambulanta u Hrvatskoj koja se bavi rješavanjem problema vezanih uz dojenje).

Od rujna do prosinca 2012. godine Odjel neonatologije je prošao kroz renoviranje te je dobiven novi, prošireni odjel sa novom prostorijom Jedinicom intenzivnog liječenja koja se sastoji od 4 intenzivna i 10 postintenzivnih mjesta.

Ponosimo se i time da je sa Odjela neonatologije krenula inicijativa i osnivanje udruge „Palčić“, čiji je osnivatelj Prof.prim.dr.sc.Milan Stanojević,dr.med.

Klub roditelja nedonoščadi „Palčići“ prva je udruga u Hrvatskoj osnovana s ciljem podizanja svijesti i dugoročnog unapređenja skrbi za prijevremeno rođenu djecu i podršku njihovim obiteljima.

Klub roditelja nedonoščadi „Palčići“ osnovan je 23. veljače 2010. godine te je registriran kao neprofitna organizacija.

Cilj Kluba je pružiti pomoć i podršku roditeljima nedonoščadi kroz razmjenu iskustava, organizaciju stručnih predavanja i radionica te osnivanje savjetovališta kako bi roditeljima, uz pomoć vanjskih suradnika i stručnjaka različitih struka, pružili sve potrebne informacije i pomoć.

Aktivnosti udruge odvijaju se u suradnji i uz podršku Europske zaklade za brigu o novorođenoj djeti (European Foundation for the Care of Newborn Infants – EFCNI) koja je prva paneuropska organizacija koja zastupa interes prijevremeno rođene djece i njihovih obitelji.





Rodilište prijatelj djece

**Andreja
Cvetković**

Više od milijun djece diljem svijeta umiru svake godine zbog toga što nisu dojeni ili su hranjeni nekom drugom vrstom mlijeka. Milijuni djece žive u lošim uvjetima, boluju od bolesti koje se mogu ili su se mogle sprječiti prevencijom i bore se sa lošom prehranom ili su pothranjeni. Iako je učestalost bolesti i smrtnosti daleko veća u zemljama razvoja, na tisuće djece u razvijenim zemljama pate zbog loših efekata prehrane koja je ispod standarda. Smanjen rizik od proljeva, respiratornih infekcija i infekcija uha te alergijskih reakcija kože su među brojnim beneficijama koje su proizašle iz dojenja. Vrlo su rijetke situacije kada žena ne može dojiti svoje dijete bilo zbog fizičkih ili medicinskih razloga. Ipak ženino samopouzdanje i sigurnost u odluku da doji svoje dijete su često poljuljani i ispitivani od strana obitelji i prijatelja, medija i zdravstvenih radnika (pružatelja zdravstvene njegе). Puno toga je učinjeno u proteklih nekoliko godina da se ojačaju izvori potpore dojenju. Iako bolnice nisu, niti bi trebale biti jedina mjesta gdje će majka primiti sve informacije i podršku u njenoj odluci da doji, bolnice pružaju jedinstvenu i značajnu sponu između potpore dojenju prije i poslije poroda.

Baby Friendly Hospital Inicijativa (BFHI) je globalni program sponzoriran od strane Svjetske Zdravstvene Organizacije (World Health Organisation ,WHO) i UNICEF-a (United Nations Children's Fund) koji prepoznaje i daje potporu bolnicama koje pružaju optimalnu razinu zdravstvene njegе za majku i dijete i potiču dojenje. BFHI pomaže bolnicama u davanju informacija majkama, stjecanju samopouzdanja i vještina koje su potrebne da se

uspješno započne i nastavi dojenje njihovih beba ili sigurnom hranjenju formulom, te daje posebno priznanje bolnicama koje su to uspjele postići. Baby friendly hospital inicijativa želi pružiti majkama i njihovoј djeci dobar početak i temelje za dojenje, povećavajući vjerojatnost da će djeца biti isključivo dojena prvih šest mjeseci njihova života te da će nakon toga dobivati dodatnu hranu uz nastavak dojenja do dvije godine života, i dulje.

BFHI promovira, štiti i podupire dojenje kroz deset koraka prema uspješnom dojenju. Tih deset koraka su:

1. Imati pisana pravila o dojenju, dostupna cijelokupnom zdravstvenom osoblju,
2. Poučiti zdravstveno osoblje vještinama potrebnim za primjenu tih pravila,
3. Obavijestiti sve trudnice o prednostima majčina mlijeka i o tome kako se doji,
4. Pomoći majkama da počnu dojiti već pola sata nakon djetetova rođenja,
5. Pokazati majkama kako se doji i kako će sačuvati izlučivanje mlijeka, čak i ako su odvojene od svoje dojenčadi,
6. Ne davati dojenčadi nikakvu drugu hranu ili piće, već samo majčino mlijeko, osima ako to nije medicinski opravданo,
7. Omogućiti majkama i djeci da budu zajedno 24 sata na dan (Rooming-in),
8. Poticati majke da doje na njihovo traženje,
9. Ne davati dude varalice djeci koja se doje,
10. Poticati osnivanje grupe za potporu dojenja i uputiti majke na njih pri izlasku iz rodilišta ili bolnice.



Artroskopija

Marko Bulić

Artroskopija je ortopedска tehnika kojom se izvode različiti minimalno invazivni, endoskopski kirurški zahvati na zglobovima ili izvanzglobnim prostorima.

Počeci artroskopije sežu u početak prošlog stoljeća. Na kraju I.svjetskog rata, 1918. godine prof. Kenji Takagi je cistoskopom prvi put pregledao unutrašnjost koljena. Isti je profesor godinu dana kasnije primijenio metodu na živom čovjeku, a upotrebu hladnog svjetla tijekom zahvata osmislio je njegov učenik. Ipak, artroskopija se u začecima koristila samo za dijagnostiku. Daljnjim razvojem su uvedene TV kamere spojene na artroskop, što je dovelo do boljeg pregleda zglobova i zglobnih struktura čime je omogućena i kirurška artroskopija. Do danas je artroskopski proces usavršen pa se osim u dijagnostici i zbrinjavanju ozljeda koristi i za proučavanje funkcije i sustava za kretanje.

Modernd ili suvremna artroskopija prvi je puta učinjena u kasnim 1960.-tim.

S napretkom tehnologije ova je tehnika postala vrlo učinkovita kako za preciznu dijagnostiku tako i za pravilno liječenje. Danas je artroskopija jedna od najčešćih ortopedskih zahvata. U svijetu se godišnje izvede oko 4 milijuna artroskopskih zahvata na koljenu.

Danas se zahvati izvode pomoću artroskopske kamere (optike) koja je spojena na artroskop i hladno svjetlo kojim se slika projicira na monitor, i specijalno prilagođenih operativnih artroskopskih instrumenata, kao što su pipalice, hvatalice, grickalice i minijaturni električni i motorizirani instrumenti. Najčešće se upotrebljava za dijagnostiku i liječenje ozljeda i oboljenja na zglobovima

(koljena, ramena, gležnja, kuka..idt.). Ovom ortopedskom tehnikom se mogu izvoditi i složeniji, tehnički zahtjevniji artroskopski zahvati, kao što su: rekonstrukcija LCA i LCP (prednje i stražnje ukrižene sveze koljena), SLAP lezije ramena, rotatorne manšete ramena.....itd..

Prednost atroskopskog zahvata je jednodnevno kirurško liječenje kod većine pacijenata, minimalna traumatizacija okolnog zdravog tkiva te znatno manji bolovi kod pacijenata u postoperativnom razdoblju.

Indikacije za artroskopiju koljena (ujedno i najčešći artroskopski zahvat) su: oštećenje ili degenerativna mana meniskusa, slobodna tijela unutar zgloba, oštećenja križnih ligamenata (rupture), početne degenerativne promjene hrskavice, problemi vezani uz patelu, kronična upala sinovijalne ovojnica.

S obzirom da smo postali država članica EU, očekujemo daljnja razvijanja i unapređenja u ovoj grani kirurgije, povoljniju i lakšu dostupnost nove tehnologije i instrumenata potrebnih za što bolje i kvalitetnije izvođenje zahvata, pogled prema zapadu u smislu edukacije i stručnog usavršavanja medicinskog osoblja te bolje standarde i kvalitniji život operiranih pacijenata.



HRVATSKA UDRUGA MEDICINSKIH SESTARA (HUMS)

DRUŠTVO OFTALMOLOŠKIH MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA

5. simpozij Društva oftalmoloških medicinskih sestara/tehničara sa međunarodnim sudjelovanjem

Tanja Lupieri

Vrijeme održavanja: 12. - 15. rujna 2013.

Mjesto održavanja: Edukacijsko-rehabilitacijski kamp Hrvatskog saveza slijepih, Premantura, Istra

Poštovane kolegice i kolege, dragi prijatelji,
 pozivam Vas na 5. simpozij Društva oftalmoloških
 medicinskih sestara/tehničara sa međunarodnim
 sudjelovanjem, od 12. do 15. rujna 2013. godine,
 koji se tradicionalno održava u Edukacijsko-
 rehabilitacijskom kampu u Premanturi (Istra).
 Organizatori simpozija su Društvo oftalmoloških
 medicinskih sestara/ tehničara i Hrvatska udruga
 medicinskih sestara.

Glavna tema ovogodišnjeg simpozija je " Medicinska
 sestra i glaukom". Glaukom je očna bolest koja
 predstavlja jedan od vodećih uzroka sljepoće u

svijetu i kod nas. Ova tema biti će obrađena kroz više plenarnih predavanja domaćih i stranih predavača, mini simpozija i okruglog stola, u okviru kojih će biti prezentirani najsvremeniji stavovi i dosadašnja iskustva u liječenju, dijagnostici i zdravstvenoj njezi bolesnika oboljelih od glaukoma. Pozvani predavači su prof.dr.sc. Zdravko Mandić i prof.dr.sc. Smiljka Popović-Suić.

Vjerujem da će predložena tema svojim značajem dati doprinos našem svakodnevnom radu. Sudjelovanjem i vlastitim iskustvima koja ćemo prezentirati, omogućiti će nam pravilnu i kvalitetnu implementaciju novih saznanja u vlastitu praksu.

U ime stručnog i organizacijskog odbora pozivam Vas na simpozij u Premantu.



Što nam to donosi EU - mali podsjetnik

Marija Kadović

Ulaskom u Europsku uniju čeka nas niz novosti na koje moramo obratiti pažnju. svi građani republike Hrvatske mogu besplatno zatražiti od HZZO-a izdavanje Europske zdravstvene iskaznice koja će vam pomoći da dobijete zdravstvene usluge u drugim zemljama EU. U slučaju, primjerice, iznenadne potrebe za operacijom za vrijeme boravka u drugoj zemlji EU europska zdravstvena iskaznica pokrit će vam sve troškove. U slučaju da je riječ o operaciji koja je bila predviđena i mogla se obaviti u Hrvatskoj, HZZO treba odobriti nadoknadu troškova. Ako odobri, vi plaćate samo razliku u cijeni bolničkog liječenja u Hrvatskoj i ondje gdje ste ga obavili.

Imate pravo studirati u bilo kojoj zemlji EU pod istim uvjetima kao i državljanin te zemlje. Ako ta zemlja njemu naplaćuje školarinu, naplaćuje istu cijenu i vama. Ako ne naplaćuje školarinu, ne naplaćuje ni vama.

Hrvatski jezik postaje 24. službeni jezik unije – to znači da se institucijama EU možete pismeno obraćati na hrvatskom jeziku.

Od 1. 1. 2015. PDV na građevinsko zemljište (dotad Hrvatska ima prijelazno razdoblje u kojem se građevinsko zemljište oslobađa plaćanja PDV-a).

U drugoj polovici 2013. ukupna odobrena sredstva EU za Hrvatsku iznose 687,5 milijuna eura. Ako spadate u tzv. male ribare, to ćete moći ostati naj dulje do 31. 12. 2014., od kada više neće postojati kategorija malog ribolova za osobne potrebe. Morat ćete se preusmjeriti u kategorije gospodarskog ili rekreacijskog ribolova.

Ukida se carina na graničnim prijelazima prema Sloveniji i Mađarskoj. Granične kontrole policije ostaju na snazi do stupanja Hrvatske u schengensku zonu, za što će trebati nekoliko godina.

Zbog usklajivanja s EU majkama je već prije pristupanja Hrvatske u punopravno članstvo zakonom zajamčen povratak na isto radno mjesto nakon rodilijskog dopusta. Možete biti uhićeni i izručeni drugoj državi EU na temelju europskog uhidbenog naloga. To je omogućeno promjenom članka 9. Ustava RH koja je obavljena 2009., a stupa na snagu danom pristupanja Hrvatske Europskoj uniji.

Ako na bankomatima unutar EU podižete eure, naknada ne smije biti viša od one koju bi građanin EU platio u svojoj

matičnoj zemlji.

U slučaju uhićenja, deportacije, ozbiljne nesreće ili neke slične situacije u državama izvan EU, Hrvati se kao građani EU mogu obratiti za pomoć ili savjet bilo kojem veleposlanstvu zemlje EU ako u toj zemlji ne postoji hrvatsko diplomatsko predstavništvo.

Moći ćete kupiti automobil gdje god želite u EU – i na njega nećete platiti carinu. PDV ćete platiti ako kupujete novi automobil ili rabljeni od ovlaštenog prodavača, ako kupujete od privatne osobe, nema PDV-a. Platit ćete trošarinu.

Vaši kućni ljubimci mogu s vama putovati po EU ako imaju europsku putovnicu za ljubimce. Moraju imati i elektronski mikročip koji očitava informacije o vlasniku. Imat ćete puno veća prava na kompenzaciju u slučaju kašnjenja vlaka ili zrakoplova. Također i u slučaju gubitka prtljage: avio prijevoznik će nadoknadići do 1223 eura po komadu prijavljene prtljage, a željezница do 330 eura po komadu ako ne možete dokazati vrijednost, a do 1300 eura po komadu ako možete dokazati vrijednost izgubljene prtljage (slikom, računima i sličnim dokazima) U Europskoj komisiji Hrvatska će imati jednog povjerenika, u Europskom parlamentu 12 zastupnika (nakon 2014. možda 11), u Vijeću ministara sedam glasova te devetero predstavnika u Europskom gospodarskom i socijalnom odboru i Odboru regija. Brak sklopljen bilo gdje na području EU automatski se priznaje u svim državama EU. Osim istospolnih brakova koji se trenutačno priznaju u šest država EU: Belgiji, Danskoj, Nizozemskoj, Portugalu, Španjolskoj i Švedskoj.

Tarife za pozive u roamingu unutar EU (bez PDV-a) od 1. srpnja 2013. iznosit će najviše 0,24 eura po minutu odlaznog poziva, 0,07 eura po minutu dolaznog poziva, 0,08 eura po SMS-u te 0,45 eura po megabajtu za prijenos podataka.

Počinju se izdavati nove vozačke dozvole koje izgledom i veličinom podsjećaju na osobnu iskaznicu.

Ako radite ili boravite kao umirovljenik u nekoj drugoj zemlji EU dulje od pet godina u kontinuitetu, automatski imate pravo na stalno boravište.

Stare vozačke vrijede do isteka roka valjanosti, a naj dulje do 2033. godine. Počinju se izdavati i nove registarske oznake.



Rebusi by Julija Razum

