



GLASNIK MEDICINSKIH SESTARA, TEHNIČARA I PRIMALJA
KLINIČKE BOLNICE SVETI DUH

Broj 9

TEMA BROJA

Perioperativna zdravstvena njega kod bolesnika s totalnom endoprotezom kuka

AKTUALNO

str. 20 — Perioperacijski infarkt miokarda
str. 24 — Planiranje zdravstvene njage kod postavljanja i održavanja CVK
str. 12 — Intervju: Antun Jurinić

PREDSTAVLJAMO

Zavod za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju

Riječ urednika	3
Riječ pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo	4
210. godina KB SVETI DUH	5
Međunarodni dan sestrinstva	8
10 godina laboratorija za koronarografiju i kateterizaciju srca	9
5 godina rada Centra za hitnu medicinu - Središnji hitni prijam KB „Sveti Duh“.....	10
Svečano otvorenje novoizgrađenog aneksa Klinike za očne bolesti	11
Intervju	12
Predstavljanje Zavoda za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju	15
Perioperativna zdravstvena njega kod bolesnika s totalnom endoprotezom kuka	16
Perioperacijski infarkt miokarda (PMI)	20
Planiranje postupaka zdravstvene njega kod postavljanja i održavanja CVK	24
Uloga medicinske sestre u peri i intraoperativnoj skrbi bolesnika kod operacije radikalne cistektomije, te kontinentne ortotopične derivacije mokraće po Hautmannu....	28
19. stručni skup medicinskih sestara i tehničara intenzivne skrbi	32
Međunarodni kongres medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije (HDMSARIST).....	33
Izvješće sa sudjelovanja na međunarodnom kongresu enterostomalnih sestara	34
Izvješće sa 3. Međunarodnog kongresa „Urology today 2014“.....	35
Palčić gore	36
Odjeća za dušu	38

UREDNIŠTVO

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

Glavni tehničar koronarne i postkoronarne skrbi, Klinika za unutarnje bolesti

Vesna Konjevoda, dipl.med.techn

Glavna sestra Zavoda za abdominalnu kirurgiju, Klinika za kirurgiju

Maja Kukec, bacc.med.techn.

Jedinica intenzivne skrbi, Zavod za urologiju

Sanja Ljubičić, dipl.med.techn.

Glavna sestra za osiguranje i unapređenje kvalitete

Tanja Lupieri, bacc.med.techn.

Glavna sestra za edukaciju

Dušica Lekić, bacc.med.techn.

Glavna medicinska sestra kirurških i ortopedskih instrumentara, Voditelj timova instrumentara

Jadranka Ristić, bacc.med.techn.

Glavna instrumentarka na Klinici za ginekologiju

KONTAKT

moj.glas@kbsd.hr

Tomislav Maričić, bacc.med.techn.

Glavni tehničar koronarne i postkoronarne skrbi, Klinika za unutarnje bolesti



Poštovane čitateljice i čitatelji, pred Vama je ljetni, deveti, broj stručno informativnog časopisa „Moj glas”, glasnika medicinskih sestara/tehničara i primalja zaposlenih u Kliničkoj bolnici „Sveti Duh”.

Od prošlog broja prošlo je četiri mjeseca. S ponosom i s velikim optimizmom mogu najaviti kako će „Moj glas” od idućeg broja postati redovan tromjesečnik sa dodijeljenim mu ISSN (International Standard Serial Number) brojem. Za navedeno zahvalan sam nakladniku i ravnatelju KB „Sveti Duh”, prof.dr.sc. Mladenu Bušiću, prim.dr.med., koji nam je uz podršku, osigurao i prijevo potrebna finansijska sredstva.

Ljeto nam je u punom jeku a s njim i godišnji odmori. Iskreno se nadam da je većina Vas imala priliku odmoriti ili odmarati se uz svoje najbliže i na Vama posebno dragim destinacijama. Za članove uredništva ljeto je bilo izrazito radno. Na adresu uredništva pristigao je veliki broj radova, članaka i tekstova, tako da smo po prvi put od osnutka glasnika, imali slatke brige oko odabira tema. Naravno, svi pristigli radovi biti će objavljeni u nekom od idućih brojeva.

Kao što Vam je vjerujem poznato, medicinske sestre/tehničari i primalje (naravno, i drugi zdravstveni djelatnici naše ustanove) ovo ljeto su proširili djelatnost i postali evidentičari u COP programu. Svima je vrlo brzo postalo jasno o čemu i o kakvom programu se radi ... naravno i tom smo izazovu odgovorili i opet odradili posao savjesno i u zadanom roku. Minimalno kašnjenje plaća za mjesec lipanj, a uvjeren sam i srpanj (vrijeme pisanja teksta – kraj srpnja) omogućilo nam je svima skupa, u ovo recesiju vrijeme, barem malo mirnije ljeto.

210...

...u okolnostima sve težih prilika u zdravstvu, zadovoljstvo je biti sudionikom iznimnog događaja za Grad Zagreb i Republiku Hrvatsku. Klinička bolnica „Sveti Duh“ 6. lipnja 2014. godine u Koncertnoj dvorani "Vatroslav Lisinski", pod pokroviteljstvom Predsjednika Republike i Gradonačelnika Grada Zagreba svečano je proslavila 210 godina neprekidnog rada.

Ovo je prilika da u sklopu proslave 210-te obljetnice, čestitamo i 10 godina rada Laboratorija za koronarografiju i kateterizaciju srca, Zavoda za bolesti srca i krvnih žila pri Klinici za unutarnje bolesti, te 5 godina rada Centra za hitnu medicinu - Središnji hitni prijam. Uvjerenja sam kako će iduće obljetnice donijeti bolje prilike, kako zdravstvu tako i nama, medicinskim sestrama/tehničarima i primaljama.

Do idućeg broja i sljedeće obljetnice, želim Vam ugodan odmor i prepuštam Vas tekstovima 9-og broja glasnika „Moj glas“...

Podsjetnik na rubriku Moj glas, u kojoj želimo čuti i Vas, medicinske sestre/tehničare, primalje, suradnike, osobe drugih medicinskih i nemedicinskih djelatnosti te građane. Pišite nam, pitajte, komentirajte; šaljite nam stručne radove, informativne članke, fotografije i druge sadržaje. Naš kontakt mail: moj.glas@kbsd.hr.

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

<http://www.kbsd.hr>

Naš kontakt mail: moj.glas@kbsd.hr

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

<http://www.kbsd.hr>

Marina Rukavina, dipl.med.techn

Pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo



Poštovane kolegice i kolege, stiglo je vrijeme godišnjih odmora i nadam se da se većina vas odmara u skrivenim uvalicama našeg plavog mora.

Od izdavanja prošlog broja "Moj glas" nema promjene na bolje u sestrinskom resursu. Izabran je novi ministar zdravlja, Masterplan je stavljen na čekanje baš kao i svi zahtjevi za nabavu materijala i sredstava za zbrinjavanje bolesnika.

Napokon je raspisani natječaj za prijem zdravstvenih djelatnika – 14 medicinskih sestara/tehničara i 6 prvostupnika fizioterapije. Taj broj je samo kap u moru i njihovim dolaskom popunit ćemo radna mjesta koja su fizički ispražnjena.

U bolnici imamo upražnjena mjesta za odradivanje pripravničkog staža zdravstvenih djelatnika. Iako su kandidati izabrani još u veljači 2014.godine, određene Službe u Bolnici nisu odradile svoj dio posla, pa kandidati još čekaju da započnu sa stažom.

Da se zdravstvenim djelatnicima još malo proširi opis poslova, prošli smo edukaciju za evidentičare u COP programu. Unos podataka u COP iziskuje puno vremena i više je administrativni posao, nego što je sestrinski.

Ipak medicinske sestre i voditelji nemedicinskog dijela Bolnice opet su odradili posao savjesno i u zadanom roku.

Minimalno kašnjenje plaće za mjesec lipanj zanemarivo je u usporedbi s drugim ustanovama gdje su edukacije za COP program započele prije nekoliko mjeseci.

U Upravi Bolnice dogovoreno je da od rujna 2014. godine COP postepeno preuzimaju administratori.

Upravo zbog svojih savjesnih i stručnih djelatnika naša Bolnica opstala je u sustavu zdravstva.

6. lipnja 2014. godine u Koncertnoj dvorani "Vatroslav Lisinski", pod pokroviteljstvom Predsjednika Republike i Gradonačelnika Grada Zagreba svečano je proslavljen 210 godina neprekidnog rada KB „Sveti Duh“.

Program je vodio gospodin Oliver Mlakar, a gostima i uzvanicima se kratkim govorom obratio predsjednik Republike Hrvatske, gospodin Ivo Josipović i gradonačelnik Grada Zagreba, gospodin Milan Bandić, koji je obećao i dalje pomagati najstariju Bolnicu u ovom dijelu Europe.

Prof.dr.sc. Mladen Bušić, prim.dr.med., ravnatelj KB "Sveti Duh" održao je prezentaciju o prošlosti i planovima za budućnost naše Bolnice. Umjetnički dio programa izveo je Ansambel narodnih pjesama i plesova "Lado".

**Svima želim da se lijepo i dobro odmore.
Lijep pozdrav.**

210. godina KB "SVETI DUH"

Poštovani djelatnici bolnice, povodom obilježavanja 210. obljetnice postojanja i neprekidnog rada Kliničke bolnice "Sveti Duh", čiji je osnivač Grad Zagreb, u Koncertnoj dvorani Vatroslava Lisinskog održan je svečani koncert Ansambla narodnih plesova i pjesama Hrvatske LADO. Prije samog svečanog koncerta prisutne su pozdravili ravnatelj Kliničke bolnice Sveti Duh, prof.dr.sc. Mladen Bušić, gradonačelnik Grada Zagreba gospodin Milan Bandić i predsjednik Republike Hrvatske gospodin Ivo Josipović. Voditelj svečane proslave je bio Oliver Mlakar. Proslavi je prisustvovalo oko 1800 uzvanika: predstavnici Vlade Republike Hrvatske, Hrvatskog Sabora, Ministarstva zdravlja, Skupštine Grada Zagreba, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Gradskog ureda za zdravstvo, Upravnog vijeća bolnice, vjerskih zajednica, rektori, dekani i ravnatelji, predstavnici udruga, predstavnici poslovnih partnera, donatori i podupiratelji Bolnice, predstavnici medija, umirovljenici Kliničke bolnice Sveti Duh, prijatelji i djelatnici Kliničke bolnice Sveti Duh.

Prenosimo integralni tekst uvodnog govora ravnatelja Kliničke bolnice Sveti Duh, prof.dr.sc. Mladen Bušić, prim.dr.med.

„Danas kada Klinička bolnica „Sveti Duh“ slavi 210. godina neprekinutog rada, ovaj jedinstveni jubilej je ujedno i jubilej sustavne brige za zdravlje naroda i služenja potrebama stanovništva na ovim prostorima.

Davne 1779. godine obratio se zagrebački magistrat biskupu Josipu Galjufu da se na prostoru isusovačkog vrta na Harmici sagradi bolnica čija je gradnja počela 1794. godine.

Prva opća bolnica u Hrvatskoj, po pozivu i odluci biskupa Maksimilijana Vrhovca svečano je otvorena 23. kolovoza 1804. godine i povjerena je na upravljanje franjevcima Reda milosrdne braće.

U bolnicu su od početka primani akutni bolesnici oba spola, bez razlike staleža i vjere. Za siromahe su postelje bile besplatne, a o njima su skrbili grad Zagreb, Zagrebačka županija i brojni zakladnici.

Bolnička zgrada dograđena je 1819. godine te je do rušenja 1931. godine bila najveća zgrada u Zagrebu.

Milosrdna braća upravljala su bolnicom do 1916. godine. Odlaskom milosrdne braće, njegu i skrb bolesnika preuzele su milosrdne sestre Svetog Križa iz Đakova koje će ostati u bolnici sve do 1949. godine.

Bolnica milosrdne braće, u kojoj je 1812. godine

osnovana prva privatna kirurška škola, bila je prva medicinsko-nastavna ustanova u Hrvatskoj. U Zakladnoj bolnici je 1923. godine osnovana i prva stručna škola za izobrazbu medicinskih sestara u Hrvatskoj, koja je preseljena u Mlinarsku ulicu gdje se i danas nalazi.

U Zakladnoj bolnici, od njenog osnutka do preseljenja na Sveti Duh, uvedeni su po prvi put u Hrvatskoj mnogi postupci liječenja i **djelatnosti od kojih ističemo:**

- ▶ prva operaciju sive mrene,
- ▶ uvođenje Listerove antisepse,
- ▶ prve velike abdominalne operacije,
- ▶ prve laparatomije,
- ▶ uvođenje venerologije,
- ▶ inauguracija pojma „ulcus penetrans“ u hrvatsku i svjetsku medicinu,
- ▶ prva lumbalna anestezija,
- ▶ prva resekcija želuca,
- ▶ uvođenje sustavne laboratorijske dijagnostike u bolničku praksu,
- ▶ uvođenje liječenja duševnih bolesnika humanim pristupom i medicinskim metodama liječenja psihozu,
- ▶ osnivanje prve Stanice za mentalnu higijenu
- ▶ začetak hrvatske traumatologije.

U noj su djelovali mnogi sveučilišni profesori, autori stručnih udžbenika, urednici „Lječničkog vjesnika“ i predsjednici Hrvatskog lječničkog zbora.

Tijekom I. svjetskog rata Bolnica milosrdne braće imala je funkciju pozadinske ratne bolnice.

Godine 1931. preseljena je Zakladna bolnica iz zgrade na Harmici u zgrade Ortopedske bolnice na Svetom Duhu koja je postala jedan od odjela Zakladne bolnice.

Zakladna bolnica na Svetom Duhu imala je za vrijeme Savske banovine karakter banovinske bolnice, a 1941. godine dobila je status državne bolnice i preimenovana je u Državnu bolnicu.





U njoj je tada radio i dr. Josip Kajfeš, koji se 1943. godine pridružio partizanskom pokretu kao kirurg bolnice u Drežnici, a poginuo je nakon četničkog napada 1944. godine. Njemu u čast bolnica na Svetom Duhu je od 1945. do 1990. godine nosila naziv Opća bolnica „Dr. Josip Kajfeš“, kada je preimenovana u Opću bolnicu „Sveti Duh“, a od stjecanja kliničkog statusa 2009. godine do danas nosi naziv Klinička bolnica „Sveti Duh“.

Od 1945. godine do danas, bolnica je značajna javna ustanova u mreži javne zdravstvene službe Republike Hrvatske.

Navest će samo nekoliko doprinosa:

- ▶ prim. Rušinović u bolnicu je uveo prvu magnetsku rezonanciju u bivšoj državi,
- ▶ prof. Čala uveo je laparaskopsku abdominalnu kirurgiju,
- ▶ prof. Gabrić, osnovao je prvu Očnu banku u Hrvatskoj, u bolnici je osnovana i udružica Palčić gore, čija je predsjednica djelatnica bolnice i hrvatski ponos gospođa Željka Vučko.

Tijekom Domovinskog rata Bolnica se aktivno uključila u obranu Republike Hrvatske organiziranjem mobilnih kirurških ekipa i zbrinjavanjem ranjenika i bolesnika.

Danas je Klinička bolnica „Sveti Duh“ dio javnozdravstvene mreže Republike Hrvatske s 500 bolesničkih kreveta za odrasle i 74 za novorođenčad, s više od 115 specijalističkih ambulanti i dijagnostika te jedinica rehabilitacije. Bolnica je paralelno s KBC Zagreb, prva u Hrvatskoj, izgradila i u praksu uvela multifunkcionalni središnji hitni prijam po uzoru na najmodernejše europske i američke hitne prijame. Bolnica je danas organizirana u 6 klinika, 8 zavoda sa Središnjim hitnim prijmom te pratećim nezdravstvenim službama. Osnivač i vlasnik bolnice je Grad Zagreb, na što smo posebno ponosni. Od 2000. godine do danas, uz potporu Grada Zagreba, obnovljena je i dograđena infrastruktura, nabavljena suvremena medicinska i nemedicinska oprema, izgrađeni objekti i prometnice, uređen okoliš i stečen klinički status Bolnice.

Tako je:

- ▶ izgrađena i opremljena bolnička kuhinja sukladno evropskim standardima,
- ▶ obnovljene dograđene te opremljene operacijske dvorane svih klinika i zavoda,
- ▶ obnovljene i opremljene sve jedinice intenzivnog liječenja,
- ▶ izgrađen objekt središnjeg atrija s pristupom za invalidne osobe u kojem su smješteni i svi laboratorijski,
- ▶ obnovljeni i opremljeni prostori ambulanti, dijagnostika, terapija te prostori za bolničko liječenje,
- ▶ nabavljena najmodernija medicinska oprema, instrumenti i inventar.

Bolnica je u cijelosti informatizirana i uključena u servise protoka i razmjene informacija zdravstvenog sustava Republike Hrvatske.

Za duhovne potrebe pacijenata, osoblja i građana izgrađena je katolička kapela Blažene Djevice Marije u čiji su oltar ugrađene moći Svetog Alojzija Stepinca, a posvećena je od nadbiskupa zagrebačkog.

Pacijentima i vjernicima i svih ostalih vjeroispovijesti osigurano je zadovoljavanje vjerskih potreba kontaktom s nadležnim dušobrižnicima u odgovarajućim namjenskim prostorima. Za pacijente je osigurana prehrana u skladu sa svjetonazorima.

Rodilište Klinike za ginekologiju i porodništvo steklo je, prvo u Gradu Zagrebu, prestižni status i naziv Rodilište prijatelj djece UNICEF-a.

Uspostavljeni su odnosi s institucijama i građanskim udružama koje promiču i štite prava pacijenata i vrednote građanskog društva.

Klinička bolnica „Sveti Duh“ je duže od 70 godina nastavna baza Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, a duže od 10 godina Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josip Juraj Strossmayer u Osijeku te u najnovije vrijeme Hrvatskog katoličkog sveučilišta. Bolnica također surađuje sa Međunarodnim sveučilištem Dubrovnik te više zdravstvenih učilišta, strukovnih i drugih škola.



Bolnica je, kao sljednik Zakladne bolnice osnovane 1804. godine, očuvala sve vrijednosti koje su tijekom proteklih 210. godina u njeno trajanje i opstojnost ugradili njeni zdravstveni i drugi radnici, a upravo u njima je najveći i najvrjedniji resurs bolnice.

Prepoznajući sve navedene vrijednosti najstarije bolnice u Hrvatskoj, Gradska skupština Grada Zagreba, dodijelila je Kliničkoj bolnici „Sveti Duh“ vrijednu i prestižnu nagradu Grada Zagreba za 2014. godinu.

Usprkos gospodarskoj krizi i političkim previranjima, od kojih bolnica nije sasvim izolirana, slobodan sam obećati da će Klinička bolnica „Sveti Duh“, uz potporu svog osnivača Grada Zagreba i dalje služiti građanima kao odgovoran čimbenik javne zdravstvene službe u Republici Hrvatskoj.

Zahvaljujem svim Vama koji ste svojom nazočnošću uveličali ovu svečanost.

Zahvaljujem svim umirovljenicima bolnice.

Posebno zahvaljujem pokroviteljima svečanosti, predsjedniku Republike Hrvatske gospodinu Ivi Josipoviću i gradonačelniku Grada Zagreba gospodinu Milanu Bandiću.

Zahvaljujem svim predstavnicima institucija Republike Hrvatske, Grada Zagreba, akademske zajednice, vjerskih zajednica, zdravstvenih ustanova, donatora i podupiratelja, udrugama te mediju.

Posebno zahvaljujem Ansamblu narodnih plesova i pjesama Hrvatske Lado koji je darovanim nastupom ovjekovječio ovu svečanost.

Također zahvaljujem Koncertnoj dvorani Vatroslava Lisinskog i gospodinu Oliveru Mlakaru.

I na kraju još jednom zahvaljujem Gradu Zagrebu i njegovom gradonačelniku gospodinu Milanu Bandiću na trajnoj potpori Kliničkoj bolnici „Sveti Duh“ u zaštiti zdravlja njegovih građana i drugih građana Republike Hrvatske.“

Izvor podataka:

1.Dugački V. Osrt na medicinu i zdravstvene prilike u Europi i kontinentalnoj Hrvatskoj uoči osnivanja Zakladne bolnice u Zagrebu, Razvojni put Opće bolnice „Sveti Duh“ od osnutka do kraja Drugoga svjetskoga rata., Ravnatelji Bolnice. Monografija. Opća bolnica „Sveti Duh“: 202 godine. Gl.ur. Mladen Bušić. Zagreb: Opća bolnica „Sveti Duh“, 2006.14-40.

2.Arhiva Kliničke bolnice Sveti Duh.

Tanja Lupieri



Međunarodni dan sestrinstva

Sanja Ljubičić, Mirjana Kozina

Slijedom uspješne dugogodišnje suradnje, Međunarodni dan sestrinstva u Kliničkoj bolnici „Sveti Duh“, ove su godine zajedno obilježili učenici i nastavnice strukovnih predmeta Škole za medicinske sestre Vrapče te medicinske sestre i tehničari naše ustanove.



Pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo – glavna sestra bolnice Marina Rukavina, dipl.med.techn., svima prisutnima čestitala je Dan sestrinstva. Naglasila je da je 12. travnja rođendan Florence Nightingale, utemeljiteljice modernog sestrinstva koja je osnovala školu za medicinske sestre, uvela profesionalno obrazovane žene u sustav sestrinstva i postavila temeljna načela sestrinske etike. U prigodnom govoru naglasila je važnost stalnog napretka sestrinske profesije putem kontinuirane izobrazbe, jer samo kvalitetno obrazovane i motivirane medicinske sestre i tehničari mogu unositi promjene i savladavati izazove koji se pred njih postavljaju.

Ravnatelj Kliničke bolnice „Sveti Duh“ prof.dr.sc. Mladen Bušić, prim.dr.med. je uz prigodnu čestitku svim medicinskim sestrama i tehničarima, posebno istaknuo važnost humanog i stručnog sestrinskog rada u proteklih 210 godina djelovanja naše ustanove. Rekao je kako je rad medicinskih sestara i tehničara neophodan u zdravstvenom sustavu i kao takav uvijek je bio visoko vrijednovan kako od strane samih korisnika zdravstvenih usluga tako i od cijelokupne zajednice.

U ime Škole za medicinske sestre Vrapče, voditeljica Stručnog vijeća nastavnika strukovnih predmeta Silva Toplak, bacc.med.techn., čestitala je Dan sestrinstva svima prisutnima. Učenica Marija Kukec, koja je na ovogodišnjem Državnom natjecanju učenika medicinskih



škola „Schola medica 2014“ u Koprivnici iz Zdravstvene njegi osvojila 1. mjesto, predala je cvijeće Pomoćnici ravnatelja za sestrinstvo Marini Rukavina.

Povodom pete godišnjice osnivanja Centra za hitnu medicinu - središnjeg hitnog prijama, Glavna sestra Centra Dubravka Ivanić,

bacc.med.techn., okupljenima je prezentirala njegov dosadašnji rad. U svom izlaganju temeljito je predstavila specifičnosti sestrinskih zadataka i organizacije sestrinskog rada te stalne izazove koji zahtijevaju kontinuirano usvajanje novih znanja iz područja hitne medicine. Istovremeno je naglasila važnost motivacije i zajedništva koji u Centru postižu provodeći aktivnosti team buildinga.

Ovogodišnja tema Međunarodnog savjeta sestara (ICN) je „Medicinska sestra – snaga za promjene“. Cilj je motivirati sestre da promjene sliku sestrinstva i pokažu društvu da su sestre životni potencijal prema zdravlju nacije. Upravo ulaganjem u uspješnu suradnju medicinskih sestara i tehničara zdravstvenih i obrazovnih ustanova stvaramo potencijale za razvoj mladih naraštaja koji će svojom nesebičnom znatiteljom i voljom za edukacijom sustavno djelovati ne samo na sestrinskoj profesiji već i na kulturi kvalitete cijelokupne zdravstvene zaštite te biti naša „snaga za promjene“.

Program obilježavanja Dana sestrinstva završen je predavanjima na temu Zdravstvena njega na kraju života i Palijativna zdravstvena skrb kojima su se predstavile učenice četvrtog razreda i buduće medicinske setre, Petra Čičak i Petra Čižmešija, mentorirane od strane nastavnica strukovnih predmeta Višnje Vičić – Hudorović, magistre sestrinstva, Marice Miščančuk, bacc.med.techn., Mirjane Kozina, bacc.med.techn. i Silve Toplak, bacc.med.techn.

Aktivno sudjelovanje učenica Škole za medicinske sestre Vrapče u organizaciji obilježavanja Dana sestrinstva govori u prilog činjenici da su medicinske sestre u Hrvatskoj motivirane ići u korak s razvojem sestrinske profesije te uz potencijale nadolazećih mladih naraštaja medicinskih sestara i tehničara podržava vjeru u stalni napredak sestrinstva.



10 godina laboratorija za koronarografiju i kateterizaciju srca

Branka Horvatinec, Tomislav Maričić

Laboratoriј za koronarografiju i kateterizaciju srca pri Zavodu za bolesti srca i krvnih žila, Klinike za unutarnje bolesti ove godine obilježava



10-tu godišnjicu rada. Tom prigodom, 9. svibnja 2014. godine, u Kući srca u Zagrebu održan je stručni simpozij pod nazivom "Moderna kardiologija...lijekovi, stentovi, uređaji"

Otvorenje Simpozija uveličao je i nazočne pozdravio ravnatelj bolnice prof.dr.sc.Mladen Bušić. Simpoziju su prisustvovali brojni drugi domaći i strani ugledni gosti iz područja medicinskih znanosti. Pročelnica Zavoda za bolesti srca i krvnih žila dr.sc.Jozica Šikić, dr.med. održala je svečani pozdravni govor, nakon kojeg je zajedno sa ravnateljem bolnice uručila priznanja dugogodišnjim kolegama i suradnicima za poseban doprinos u radu na području Invazivne kardiologije.

Posebna zahvala, za dugogodišnji predani rad u području invazivne kardiologije, kao i edukacijskim medicinskim sestrama uručena je glavnoj sestri anglo-sale, Ani Hrvatić, bacc.med.techn.



Godine 2003. Zavod za bolesti srca i krvnih žila temeljito je obnovljen i obogaćen odjelom Invazivne kardiologije. U Laboratoriј za kateterizaciju krvnih žila srca instaliran je najnoviji radiološki aparat Axiom Artis koji koristi tehnologiju ravnih detektora sa direktnom konverzijom RTG zraka u digitalne podatke.

Današnje suvremene angiosale za kateterizaciju srca upotpunjaju nedostatak u liječenju bolesnika s koronarnom bolesti srca putem invazivnih dijagnostičkih koronarnih angiografija, kateterizacija srca te intervencijskih zahvata (perkutanih koronarnih intervencija s implantacijom stenta).



Od 1. listopada 2004. tadašnji Pročelnik Zavoda za bolesti srca i krvnih žila prof.dr.sc. Jure Mirat, u timu sa kolegama invazivnim kardiologozima, glavnom sestrom angio-sale Anom Hrvatić i glavnim ing. med. radiologije, Nikolom Gačićem uvodi i stalnu 24-satnu pripravnost za akutni infarkt miokarda. Ovim suvremenim načinom liječenja akutnog infarkta, smanjen je mortalitet sa 12% na 3%, što odgovara najboljim svjetskim rezultatima. Do danas je učinjeno više od 10.000 zahvata na koronarnim krvnim žilama, od toga preko 4.500 perkutanih koronarnih intervencija s implantacijom jednog ili više stenta. Isto tako Odjel za aritmije i elektrostimulaciju srca ima 32-godišnje iskustvo u ugradnji srčanih elektrostimulatora. Redovito se implantiraju trajni srčani elektrostimulatori te danas naj sofisticiraniji elektrostimulatori srca (CRT-biventrikularni elektrostimulator, ICD- intrakardijalni defibrilator).

Od kolovoza 2011.godine Pročelnica Zavoda za bolesti srca i krvnih žila je dr.sc. Jozica Šikić, dr.med, koja uvodi nove dijagnostičke i terapijske metode:

- ▶ Mjerjenje stenoze koronarne arterije metodom FFR (Fractional flow reserve)
- ▶ Liječenje najkompleksnijih lezija koronarnih arterija perkutanom koronarnom intervencijom (left main, bifurkacijske lezije, kronične okluzivne lezije)
- ▶ Implantacija elektrostimulatora za resinkronizacijsko liječenje (CRT)
- ▶ Liječenje bolesnika u perireanimacijskom postupku metodom pothlađivanja u koronarnoj jedinici.
- ▶ Obrada i liječenje bolesnika s terminalnom fazom liječenja srca prije i nakon transplantacije srca te prije i nakon implantacije mehaničke srčane potpore. Iz Zavoda je transplantirano i liječeno nakon srčane transplantacije 10 bolesnika a tri su dobila mehaničku potporu „Heart Mate II“. Osim u našem centru takvi bolesnici se zbrinjavaju još samo u kardiologiji KBC „Rebro“ i KB „Dubrava“.

Ova nova slika modernog, suvremeno opremljenog kardiološkog odjela, s visokom kvalitetom zdravstvene usluge, zasluga je svih eminentnih liječnika kardiologa, vrijednih medicinskih sestra i drugih djelatnika. Posebno moramo istaknuti doprinos u modernizaciji odjela, rad prof.dr.sc. Jure Mirata, dr.med i Pročelnice Zavoda za bolesti srca i krvnih žila, dr.sc. Jozice Šikić, dr.med., koja je svojim stručnim medicinskim znanjima i vještinama unaprijedila Zavod za bolesti srca i krvnih žila.

5 godina rada Centra za hitnu medicinu - Središnji hitni prijam KB „Sveti Duh“

Dubravka Ivanić

Centar za hitnu medicinu - SHP započeo je s radom 01.05.2009. godine kao treća objedinjena bolnička hitna u RH. Prva organizirana objedinjena hitna otvorena je u Općoj bolnici u Koprivnici a uskoro je uslijedilo i otvaranje u KBC-u Zagreb.

Glavna prednost Centra za hitnu medicinu - **SHP** je zadržavanje pacijenta na jednom mjestu a sva potrebita dijagnostika, medicinsko osoblje i terapija usmjereni su prema pacijentu. Pacijent koji treba hitnu skrb i zbrinjavanje u centru je zbivanja i time se uvelike skraćuje vrijeme čekanja i osigurava pravodobna medicinska pomoć.

Prvih godinu dana glavna sestra **CZHM-SHP** bila je **Željka Klobučar**, bacc.med.techn. kojoj se ovim putem zahvaljujemo na svemu što je učinila.

Trenutno u **CZHM-SHP** radi 10 prvostupnica sestrinstva i 30 medicinskih sestara/tehničara, od kojih se deset školuje za prvostupnike sestrinstva a jedna na sveučilišnom studiju sestrinstva.

Unazad tri godine aktivno sudjelujemo na kongresu Hrvatske udruge Hitne medicinske pomoći koji se održava u Novom Vinodolskom. Naše prvo sudjelovanje bilo je obilježeno i kao prvo sudjelovanje bolničke hitne službe na nivou RH. 2013. godine smo osvojili prva četiri mesta u posterskoj sekciјi. Sudjelovali smo na prvom simpoziju bolničke hitne u Koprivnici gdje smo prezentirali svoje radove i s ponosom predstavili našu hitnu i našu ustanovu. Svake godine zajedno sa Anom Sruk, dr.med. specijalistom neurologije, sudjelujemo u obilježavanju dana osoba sa epilepsijom, noseći simbolično ljubičastu boju. Vezano uz skrb bolesnika koji boluju od epilepsije izradili smo i edukativni poster bazirajući se na hitnoj pomoći osobi kod napada epilepsije.

U 2012. godini dobili smo ISO certifikat, gdje se po prvi put u povijesti jasno definira rad na svim radilištima u hitnoj službi. Završili smo tečajeve sa međunarodnim priznatim licencama: **ITLS** (International trauma life support) - 23 medicinske sestre/tehničara i Tečaj za neposredno održavanja života odraslih - **ILS** (Immediate Life Support Course) – 19 medicinskih sestara/tehničara ima certifikat iz reanimacije. U suradnji sa Hrvatskim Zavodom za hitnu medicinu polazimo na tečaj **Trening trijaže u CZHM-SHP** gdje se educiramo i usvajamo najnovije svjetske smjernice.

Sudjelujemo u edukaciji učenika, pripravnika i novo zaprimljenih medicinskih sestara/tehničara naše ustanove u edukaciji iz reanimacijskih postupaka, organiziramo dobrovorne akcije, itd.

Za što kvalitetniji rad u **CZHM-SHP** jako je bitan timski rad, suradnja sa svim članovima tima, kontinuirana edukacija, profesionalnost, znanje, izrazito visok prag tolerancije, odgovornost, razumijevanje i kolegijalnost.

Mi svi zajedno činimo jednu veliku obitelj koja i van posla uspješno funkcioniра (team building).

U proteklih pet godina susretali smo se s raznim problemima, iz njih učili, uvodili promjene i poduzimali razne korektivne radnje a sve uz veliku podršku i suradnju ravnatelja Prof.dr.sc. Mladena Bušića, prim.dr.med. i Pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo Marine Rukavine, dipl.med.techn.



Svečano otvorenje novoizgrađenog aneksa Klinike za očne bolesti

Dragi naši djelatnici,



s ponosom Vas upoznajem sa jednim posebno značajnim i lijepim događajem koji se dogodio u našoj Bolnici.

Gradonačelnik Grada Zagreba gospodin Milan Bandić dana 25. srpnja 2014. godine svečano je otvorio novoizgrađeni aneks Klinike za očne bolesti Kliničke bolnice "Sveti Duh" čiju je gradnju putem Gradskog ureda za graditeljstvo financirao Grad Zagreb. Ravnatelj prof.dr.sc. Mladen Bušić pozdravio je gradonačelnika, predstavnike tvrtki koje su poklonile uređaje za operaciju i elektrofiziologiju oka i sve prisutne djelatnike naše Bolnice te upoznao prisutne sa projektom "Ambliopija u četverogodišnje djece Grada Zagreba".

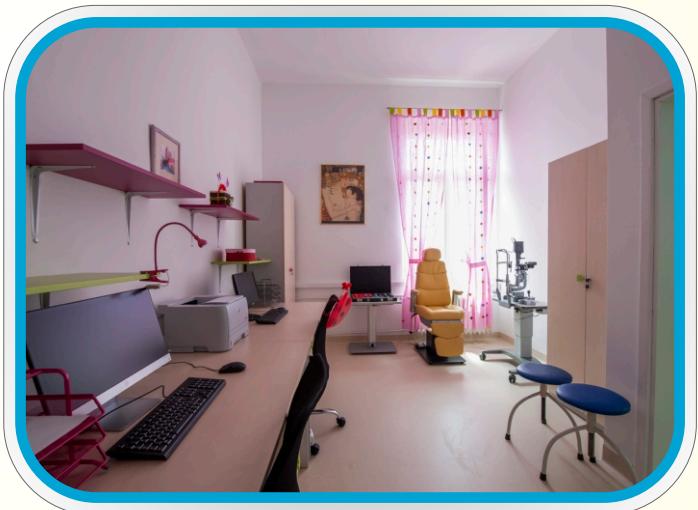
Dvije očne ordinacije za odrasle, Klinike za očne bolesti, koje se nalaze u prizemlju glavne zgrade i tri očne ordinacije za djecu na katu, koje se nalaze iznad ordinacija za odrasle, dobine su moderne klimatizirane čekaonice s dizalom za neometan pristup osoba s invaliditetom. Ujedno su preuređene, opremljene i klimatizirane ambulante za odrasle i za djecu.

Klinika za očne bolesti nositelj je najvećeg svjetskog projekta u području probira na slabovidnost "Ambliopija u četverogodišnje djece Grada Zagreba", koji je u protekle tri godine u potpunosti financirao Grad Zagreb preko svoja dva ureda (Ured za zdravstvo i Ured za obrazovanje, kulturu i šport). Djelatnici Klinike za očne bolesti Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera Kliničke bolnice "Sveti Duh" u tom su razdoblju pregledali preko 15000 djece u vrtićima Grada Zagreba.

Otvorenju su nazočili predstavnici tvrtke CIOS grupa koji su Klinici poklonili premium uređaj za operacije djece i odraslih, te predstavnici šest tvrtki (Astoria, Aurodomus, Croatia osiguranje, Henkel, Phoenix farmacija, Privredna banka Zagreb) koje su Klinici poklonile premium uređaj za elektrofiziologiju oka djece i odraslih.

Ovaj dan je veliki dan za sve djelatnike i pacijente Klinike za očne bolesti, a svim djelatnicima naše Bolnice koji su svojim prisustvom na svečanom otvorenju uveličali ovaj svečani događaj veliko hvala i nadamo se ponovnom susretu na nekom novom otvorenju u našoj Bolnici.

Tanja Lupieri



Intervju

Antun Jurinić, mag.physioth.

Glavni fizioterapeut Zavoda za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju KB „Sveti Duh“

Intervju vodila: Vesna Konjevoda



Molim Vas da nam se ukratko predstavite i upoznate nas sa svojim radnim tijekom.

Nekoliko crtica iz mog životopisa. Diplomirao sam fizioterapiju (temeljni studij) 1986. u Zagrebu, a ove godine magistrirao (sveučilišni diplomski studij fizioterapije pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci). Osim formalne edukacije, neformalno sam se usavršavao na desetak tečajeva u zemlji i inozemstvu, prvenstveno iz područja mišićno-koštane fizioterapije i nastavnih vještina. Petnaestak godina sam bio suradnik u nastavi na preddiplomskim studijima fizioterapije u Zagrebu i Splitu. Profesionalnu karijeru započeo sam krajem 1986. godine u tadašnjem Centru za dijagnostiku u Zagrebu, a od 1988. u KB „Sveti Duh“. Aktualni sam predsjednik Hrvatskog zbora fizioterapeuta (nacionalne stručne udruge fizioterapeuta) i Hrvatskog saveza za rehabilitaciju. Član sam uredništva stručno-znanstvenog

časopisa PhysiotherapiaCroatica i online stručno-informativnog časopisa Fizioinfo. Ravnatelj sam Centra za istraživanja u fizioterapiji HZF-a. Predsjednik sam Stručnog vijeća Hrvatske komore fizioterapeuta. Autor sam priručnika „Mehanički uzrokovana križobolja“ i više od šezdeset radova objavljenih u domaćim i stranim publikacijama.

Tijekom dosadašnjeg profesionalnog djelovanja prošao sam put od fizioterapeuta u polikliničkom radu, fizioterapeuta na odjelima bolnice, fizioterapeuta u rehabilitaciji (u razdoblju 1996.-2001. član sam interdisciplinarnog tima rehabilitacije u zajednici zajedno s kanadskim stručnjacima). Od 2001. na dužnosti sam glavnog fizioterapeuta Zavoda za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju KB „Sveti Duh“.

Na kojim sve radilištima unutar bolnice rade fizioterapeuti i kako su organizirani?

U Kliničkoj bolnici „Sveti Duh“ fizioterapeuti su zaposlenici Zavoda za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju. Fizioterapija je funkcionalno organizirana u tri cjeline: ambulantna fizioterapija, fizioterapija u funkcionalnoj i neurofiziološkoj dijagnostici i fizioterapija u ranoj

rehabilitaciji (uključuje rad na odjelima Bolnice i jedinicama intenzivnog liječenja). Većina fizioterapeuta je usavršena u nekom od kliničkih područja fizioterapije: mišićno-koštanom, neurološkom, kardiorespiratornom ili u funkcionalnoj i neurofiziološkoj dijagnostici.

Jeste li Vi i vaši djelatnici zadovoljni razinom kvalitete suradnje s ostalim profilima zdravstvenih djelatnika? Kako je unaprijediti po Vašem mišljenju?

Kolika je važnost timskog rada?

Načelno smo zadovoljni suradnjom, ali u mnogim područjima bi se moglo učiniti više. Prvenstveno mislim na formaliziranje timova u ranoj rehabilitaciji, u određenim kliničkim područjima kako bi se poboljšala komunikacija i koordinacija. Mi osjećamo nedostatnost kontinuiteta rehabilitacije u zdravstvenom sustavu. Iako smo na

tercijarnoj razini, nema iskazane potrebe za supervizijom, konzultacijom ili suradnjom na nižim razinama zdravstvene skrbi jer takvo što nije niti predviđeno. Da ne govorim o mobilnim timovima koji bi štedjeli i novac i ukupne resurse i istovremeno značajno podigli razinu kvalitete pružene skrbi.

Kako je organizirana ambulantna djelatnost unutar Zavoda?

Ambulantna fizioterapija organizirana je u dvanaest jedinica za fizioterapiju od kojih su dvije u izdvojenom radilištu u Zimskom plivalištu „Mladost“. Jedinice za ambulantnu fizioterapiju integralno su i problemski

organizirane (cijeli proces fizioterapije odvija se u jednom prostoru pod nadzorom jednog fizioterapeuta, dok su istovremeno u prostoru nekolicina pacijenata slične funkcionalne problematike).

S kojim se problemima najčešće susrećete u svom svakodnevnom radu te vidite li načina za njihovo rješavanje?

Svakodnevno dijelimo problematiku s ostalim zdravstvenim djelatnostima. Jedan značajni dio problema nastao je zbog katastrofalne gospodarske situacije jer se mnogi socijalni problemi nastoje rješavati kroz zdravstveni sustav (nezaposlenost, otkazi, pritisak poslodavaca i sl.). Ljudi postaju sve depresivniji, ali i sve

agresivniji (lako se ulazi u konfliktne situacije), otežavaju se uvjeti u kojima se radi iako je zdravstvo oduvijek povezano s visokom razinom stresa. Kao nužnost nam se nameće potreba ovladavanja vještinama obrane od stresa, vještinama komunikacije (asertivnost) i vještinama zaštite od agresije svih oblika.

Možete li ukratko opisati razlike u kompetencijama s obzirom na stupanj obrazovanja fizioterapeuta.

Trenutno na Zavodu imamo zaposleno 2 diplomirana fizioterapeuta, 1 magistar fizioterapije (uz napomenu da će još 10 njih uskoro magistrirati), 42 fizioterapeuta prvostupnika i 5 fizioterapeutskih tehničara. Fizioterapija je u Hrvatskoj uređena zdravstvena profesija s posebnim zakonom, Zakonom o fizioterapeutskoj djelatnosti koji propisuje temeljno obrazovanje fizioterapeuta na razini prvostupništva (stručni ili sveučilišni preddiplomski studij). Temeljna razina obrazovanja (fizioterapeut prvostupnik) donosi sve kompetencije kvalificiranog fizioterapeuta kojim se omogućava rad u svim kliničkim područjima fizioterapije i u svim okruženjima.

Više razine obrazovanja su diplomska razina: stručna (diplomirani fizioterapeut) i sveučilišna (magistar fizioterapije) koje donose kompetencije koje fizioterapeutima omogućavaju kompetitivnost u ostalim profesionalnim ulogama osim kliničke kao što su

upravljanje, izobrazba, istraživanje. Omogućavanje izobrazbe fizioterapeuta na sveučilišnoj diplomskoj razini napokon je srušena prepreka potpune vertikalne prohodnosti u visokoškolskom obrazovnom sustavu fizioterapeuta što znači da će uskoro i u Hrvatskoj zaživjeti poslijediplomska razina (treća razina bolonjskog sustava). Za profesiju je to od iznimnog značaja jer osigurava preduvjete za autonomnost i samoregulaciju profesije (fizioterapeut obrazuje fizioterapeuta, fizioterapeut predlaže mjere fizioterapeutske skrbi, fizioterapeut predlaže sva zakonska rješenja vezana za fizioterapeutsku djelatnost).

Fizioterapeutski tehničar sa završenim četverogodišnjim srednjoškolskim programom ima djelomične kompetencije u procesu fizioterapije i sukladno zakonu radi u okviru svojih kompetencija uz fizioterapeuta i pod njegovim nadzorom.

Svakim danom broj visokoobrazovanih fizioterapeuta raste (mag. i dipl.), gdje ih vidite u procesu rada i kojim smjerom smatrate da treba ići razvoju fizioterapije RH?

U Hrvatskoj će krajem 2014. biti više od 200 diplomiranih fizioterapeuta i prvih 30 magistara fizioterapije. Smatram da visokoškolski sustav izobrazbe fizioterapeuta (četiri visoka učilišta s preko 750 studenata dodiplomskih studija i preko 300 diplomskih studija) zahtijeva nekoliko stotina fizioterapeuta na diplomskoj i poslijediplomskoj razini sa specifičnim kliničkim, upravljačkim, nastavnim i znanstvenim kompetencijama. Također, rad fizioterapeuta na odjelima bolnice, u jedinicama intenzivnog liječenja, ali i u kući korisnika, ukoliko želimo učinkovitiju i racionalniju skrb, zahtijeva više razine izobrazbe fizioterapeuta od one stečene temeljnim obrazovanjem na dodiplomskom studiju.

Nije jasno zašto se ne uočava potencijal koji takvo

obrazovanje i stečene kompetencije donose zdravstvenom sustavu i bolesnicima, jer bi se već danas mogla pružiti kvalitetnija fizioterapeutска skrb i to samo kad bi se iskoristili svi postojeći fizioterapeuti više razine obrazovanja te akceptirale promjene u sustavu obrazovanja i mogućnosti djelovanja suvremenog fizioterapeuta. Čini mi se da bez objašnjivog razloga pokušavamo zadržati okvire iz sredine prošlog stoljeća, kao kad bi zrelu krušku željeli strpati u bocu uskog grla.

Fizioterapija u Hrvatskoj slijedi razvoj suvremene fizioterapije koja je znanstveno utemeljena disciplina, autonomna i samoregulirajuća zdravstvena profesija koja isključivo na partnerskim načelima izgrađuje odnose s ostalim profesijama unutar zdravstva i izvan zdravstva.

Također Vas molim da nam ukratko predstavite i Hrvatski zbor fizioterapeuta čiji ste predsjednik. Koji vam je program, ciljevi i planovi?

Hrvatski zbor fizioterapeuta (HZF) nacionalna je stručna organizacija fizioterapeuta koji djeluje sa sljedećim ciljevima: postizanje najviših standarda vrsnoće procesa fizioterapije kao i izobrazbe fizioterapeuta; uobličavanje zajedničkih stavova koje treba prenijeti javnosti; osiguranje uvjeta za publiciranje radova, knjiga i sličnog, članova HZF-a; stalno usavršavanje instrumenta fizioterapije (fizioterapeuta) kroz osobni razvoj članova HZF-a; promicanje temeljnih vrijednosti fizioterapije usmjerene čovjeku kao cijelovitom biću HZF (www.hzf.hr) trenutno djeluje kroz 12 stručnih društava, nakladnik je dva časopisa:

PhysiotherapiaCroatica i Fizioinfo. Aktualni predsjednik HZF-a, kao i glavne urednice oba časopisa, predsjednici pet predsjednika stručnih društava kao i ravnatelji

centara, fizioterapeuti su Zavoda. HZF je utemeljio i dva centra: Centar za istraživanja u fizioterapiji (www.cif.hr) s četiri aktivna projekta i dva završena i Centar za neformalnu edukaciju fizioterapeuta koji godišnje organizira dvadesetak stručnih skupova (prvenstveno tečajeva i radionica).

HZF organizira kongres s međunarodnim sudjelovanjem u Vukovaru, 16.-19. listopada 2014.

HZF je zajedno s Hrvatskim nacionalnim savezom sestrinstva i Hrvatskom udrugom radnih terapeuta 2012. godine osnovao Hrvatski savez za rehabilitaciju (<http://www.hzf.hr/HSZR/naslovnica.html>) jer smo prepoznali važnost zajedničkog djelovanja prvenstveno na polju rehabilitacije (jedan prioritet je razvoj rehabilitacije u zajednici u Hrvatskoj).

Prema Vašem mišljenju, kako ocjenujete i komentirate status visokoobrazovanih fizioterapeuta, kao i ostalih profila zdravstvenih djelatnika danas u RH?

Trenutni status fizioterapeuta, posebno onih s višim razinama obrazovanja, od temeljnog je u potpunosti neodgovarajući (slično drugim zdravstvenim profesijama koje nisu obuhvaćene ili su veoma selektivno obuhvaćene posljednjom Uredbom o plaćama u zdravstvu) u

materijalnom, ali i profesionalnom smislu (nije moguće iskoristiti kompetencije koje su stečene završetkom formalnog obrazovanja na javnim visokoškolskim ustanovama u Hrvatskoj sa dobivenim dopusnicama).

Vaše mišljenje za kraj...

Ono što žalosti je što smo u Hrvatskoj skloni tako lako odreći se stečevina na bilo kojem polju pa tako i u zdravstvu.

Načelo solidarnosti uzmiče pred tržišnim dok se

istovremeno rasipa zdravstveni novac jer ne koristimo resurse koje imamo. I nije daleko dan kada će nam najobrazovaniji fizioterapeuti napustiti zemlju možda i zauvijek.

Predstavljanje Zavoda za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju

Antun Jurinić, Vesna Konjevoda

Zavod za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju utemeljen je 15. srpnja 1960. godine pod nazivom Odjel za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju.

Do sada se izmijenilo tri predstojnika (1960.-1982. Valerija Pavletić, prim.dr.med.; 1982.-2001. prof.dr.sc. Ana Bobinac Georgievski, prim.dr.med.; 2001.-danas prof.dr.sc. Marija Graberski Matasović) i tri glavna fizioterapeuta (1961.-1985. Ljuba Baturan, vft.; 1985.-2001. Blanka Redenšek, vft.; 2001.-danas Antun Jurinić, mag.physioth.).

70-ih godina započinju prvi tečajevi psihofizičke pripreme trudnica za porođaj, 1977. uvodi se akupunktura, 1978. otvoren EMG laboratoriј, 1981. uvodi se EMG biofeedback trening, 1982./83. uvodi se elektrokinezioološka analiza kralježnice, kvantitativna elektromiografija, funkcionalno testiranje hoda. Od 1982. ambulantna fizioterapija je integralno organizirana, gdje se naglasak stavlja na sveobuhvatni pristup bolesniku i aktivnost. Od 1996.-2001. djeluje hrvatsko kanadski tim stručnjaka u okviru razvoja rehabilitacije u zajednici u Hrvatskoj. 2006. uvodi se ultrazvučna dijagnostika mišićno-koštanog sustava i biofeedback posturalne kontrole i propriocepcije. Od 2001. godine realizirano je nekoliko projekata, tijekom trajanja svih projekata djelatnici Zavoda pripremali su praktične brošure i plakate namijenjene korisnicima usluga (npr. Bol u vratu, Bol u leđima, Vježbe u uredu, Astma škola) koje zainteresirani mogu „skinuti“ s web stranice <http://www.kbsd.hr/Fizikalna-poklonicitateljima>

U nastavnim zvanjima su 15 zaposlenika Zavoda (1 profesor visoke škole, 1 viši predavač, 5 predavača, 8 asistenata) i jedan zaposlenik je u znanstvenom zvanju (viši znanstveni suradnik). Zaposlenici Zavoda godišnje publiciraju desetak stručnih i znanstvenih radova u domaćim i stranim publikacijama.

Očekujemo da će vrlo skoro Zavod postati Klinika za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu.

HZF (www.hzf.hr) trenutno djeluje kroz 12 stručnih društava, nakladnik je dva časopisa:

PhysiotherapiaCroatica i Fizioinfo. Aktualni predsjednik HZF-a, kao i glavne urednice oba časopisa, predsjednici pet predsjednika stručnih društava kao i ravnatelji

centara, fizioterapeuti su Zavoda. HZF je utemeljio i dva centra: Centar za istraživanja u fizioterapiji (www.cif.hr) s četiri aktivna projekta i dva završena i Centar za neformalnu edukaciju fizioterapeuta koji godišnje organizira dvadesetak stručnih skupova (prvenstveno tečajeva i radionica).

HZF organizira kongres s međunarodnim sudjelovanjem u Vukovaru, 16.-19. listopada 2014.

HZF je zajedno s Hrvatskim nacionalnim savezom sestrinstva i Hrvatskom udrugom radnih terapeuta 2012. godine osnovao Hrvatski savez za rehabilitaciju (<http://www.hzf.hr/HSZR/naslovica.html>) jer smo prepoznali važnost zajedničkog djelovanja prvenstveno na polju rehabilitacije (jedan prioritet je razvoj rehabilitacije u zajednici u Hrvatskoj).



Slike 1 i 2. Zavod nakon velike rekonstrukcije, 2009. godine.

Perioperativna zdravstvena njega kuka

Mirjana Samaržija,

Sažetak

Totalne endoproteze kuka (u dalnjem tekstu TEP kuka) ugrađuju se kod bolesnika kod kojih je oštećenje zglobova kuka takvo da se ne može popraviti nikakvim konzervativnim liječenjem. Bolest koja uzrokuje promjene u zglobovima zove se osteoartroza i povezana je sa procesom starenja, trošenjem i opterećenjem. Posljedica tih promjena je pojava boli, koja se u početku javlja samo kod opterećenja, a kasnije razvojem degenerativnih promjena, bol postaje stalna i u mirovanju. Bolesnici kojima je dijagnosticirana bolest i predviđeni su za operaciju ugradnje totalne endoproteze kuka su uglavnom starije populacije - oko 80% njih starije je od 65 godina. Upravo zbog te činjenice njega bolesnika treba biti usmjerena specifičnostima starije populacije. Vodeći računa o dobi bolesnika sestra mora planirati zdravstvenu njegu, uzimajući u obzir smanjenu pokretljivost kao posljedicu bolesti kao i mogući kognitivni deficit - oštećenje vida, sluha, mogućoj smanjenoj mogućnosti pamćenja. Važno je sve postupke koje izvodi sestra raditi po svim pravilima asepse da bi se spriječio nastanak infekcija koje kod operacija endoproteze mogu biti jako opasne i na kraju dovesti do ponovne operacije, tj. do odstranjenja proteze. Takav ishod jako produljuje i poskupljuje liječenje te nije dobar ni za bolesnika ni za zdravstvenu ustanovu. Izuzetno je važno educirati bolesnika o svemu što ga čeka u pripremi za operaciju, samoj operaciji, ali i ponašanju poslije operacije, kada se treba pridržavati određenih preporuka. Suradnja bolesnika i njegovo razumijevanje samih postupaka od ključne je važnosti za uspjeh operacije, a sestra je ta koja treba dati svoj maksimum, uvijek biti spremna odgovoriti na sva pitanja i dati sve informacije da bi bolesnik razumio postupke i pridržavao se preporuka.

Osteoartroza

Osteoartroza je degenerativna bolest zglobova nepoznate etiologije u kojoj dolazi do razaranja i gubitka hrskavice u zglobu, sekundarnih promjena u kosti i do poremećaja pokretljivosti zglobova.

Simptomi bolesti

Bol je najčešća manifestacija osteoartroze. U početku je podmukla, prisutna samo kod jačih opterećenja, a kod mirovanja prestaje. Kasnije, kako bolest izaziva sve veće degenerativne promjene, i blago opterećenje i pokret izazivaju bol u zglobu koji postaje sve manje pokretljiv, a bol postaje stalna i u mirovanju. Karakteristika boli kod artroze kuka je da se prvo javlja u preponi te se kasnije širi u natkoljenicu i koljeno. Pojačava se kod promjena vremena, izlaganja hladnoći i vlazi

Ostali simptomi bolesti su: ograničena pokretljivost, jutarnja zakočenost, krepitacije u zglobu, deformitet zglobova, hipotrofija ili atrofija mišića

Dijagnostika

Dijagnozu postavlja liječnik na temelju kliničkog pregleda, uzimanjem anamneze i RTG snimkama bolesnog kuka koje pokazuju suženje zglobnog prostora kao znak propadanja hrskavice.



Slika 1. Rtg snimka osteoartroze lijevog kuka

Cilj liječenja umjetnim zglobovima je smanjenje boli, povećanje pokretljivosti i nadomještanje funkcije ozlijedenog zgloba. Vrste proteza koje se danas ugrađuju su: cementna - koštanim se cementom fiksira za kost, bescementna - kost je prihvata u čvrst spoj zbog posebnih materijala od kojih je napravljena (legure titana, koralta za femoralni dio te polietilen ili keramika za glavu proteze), parcijalna ili totalna.

Vrsta proteze koja se ugrađuje ovisi o životnoj dobi, svakodnevnim aktivnostima, uzroku oštećenja kuka, koštanoj masi. Proteze kuka imitiraju oblik zgloba te se sastoje od čašice, glave, vrata i trupa proteze.



Slika 2. Totalna proteza desnog kuka

Indikacije za artroplastiku kuka: idiopatske artroze, nekroza glave bedrene kosti, posttraumatska oštećenja kuka, prirodna iščašenja ili displazije, frakture vrata bedrene kosti

Kontraindikacije za artroplastiku: bolesnici mlađi od 65 godina s frakturom vrata femura, teške dekompenzacije srca, akutni koksitis, lokalne infekcije kuka, pertrohanterni prijelomi

Moguće komplikacije kod operacije ugradnje endoproteze: krvni ugrušak ili tromb, iščašenja (luksacije), infekcija, osteoliza, paraliza živca, nejednakost duljina nogu, preosjetljivost na metale i toksičnost metala

Prijeoperacijska priprema bolesnika

Prijeoperacijska priprema obuhvaća psihološku i fizičku pripremu.

Psihološka priprema za operaciju

Operacija totalne endoproteze spada u elektivne zahvate pa priprema bolesnika počinje odmah nakon konačne odluke o zahvatu (stavljanja na listu čekanja). Tada se počinje edukacijom, čime se nastoji olakšati bolesniku vrijeme čekanja na zahvat i pripremiti ga za boravak u bolnici. Bolesniku se savjetuje: upotreba pomagala (štaka), čime se rasterećuje oboljeli ekstremitet i smanjuje bol, održavanje maksimalne moguće mobilnosti zgloba, jačanje muskulature, smanjenje tjelesne težine da bi se smanjilo opterećenje na protezu i time povećalo vrijeme trajanja proteze.

Potrebno je educirati bolesnika o važnosti saniranja ev. upalnih žarišta (urinarnih infekcija), upala grla, oštećenih zuba. Takva žarišta mogu kasnije uzrokovati infekciju proteze zbog moguće migracije mikroorganizama. Preporučuje se i maksimalna moguća regulacija internističkih bolesti (dijabetes, hipertenzija) te redovito uzimanje sve propisane terapije (do operacije).

Hospitalizacija izaziva kod bolesnika osjećaj zabrinutosti. Najčešći uzroci zabrinutosti su strah od operacije, anestezije, strah od poslijeoperacijske boli. Sestra prvo treba utvrditi problem vođenjem intervjua s bolesnikom. Nakon utvrđivanja problema, u individualnom razgovoru treba bolesniku pružiti obavijesti o predstojećem zahvatu, dati mu emocionalnu podršku, sve prijeoperacijske postupke objasniti na razumljiv način te objasniti razloge za njihovo poduzimanje. Treba bolesniku osigurati razgovor s anesteziologom, jer je anestezija često glavni uzrok anksioznosti kod bolesnika. U edukaciju uvijek treba uključiti i obitelj. Samom uspostavom pozitivnih odnosa između bolesnika i osoblja smanjuje se potištenost kod bolesnika i stvaraju preduvjeti za konačan uspjeh liječenja.

Fizička priprema za operaciju

Fizička priprema obuhvaća laboratorijske i radiološke pretrage, pripremu operativnog polja, probavnog trakta, neposrednu prijeoperacijsku pripremu i premedikaciju.

Prijeoperacijske sestrinske dijagnoze

- ▶ Bol u/s osnovnom bolesti, što se očituje izjavom bolesnika o postojanju jake boli i nemogućnosti izvođenja nekih pokreta
- ▶ Anksioznost u/s anestezijom, operacijom, poslijeoperacijskom boli i ishodom operativnog zahvata
- ▶ Neupućenost u/s prijeoperacijskom pripremom, operacijskim zahvatom i ishodom

Poslijeoperacijska zdravstvena njega

Nakon operacije sestra odlazi po bolesnika u operacijsku salu gdje od anesteziologa dobiva informacije o vrsti anestezije, eventualnim komplikacijama u toku anestezije, lijekovima koje je bolesnik primio, transfuziji i njezinom tijeku (ako je bila potrebna) te upute o daljnjoj terapiji i pretragama koje treba učiniti na odjelu.

Po dolasku na odjel zadaci sestre su:

·udobno smjestiti bolesnika, utopliti ga, kontrolirati vitalne znakove - u početku svakih 15 minuta ili po potrebi, pratiti stanje svijesti, provjeriti venski put te primjeniti propisanu infuziju i terapiju, kontrolirati drenažu i zavoje rane, kontrolirati krvne nalaze, primjeniti infuziju s analgetikom, pravodobno uočiti moguće komplikacije (krvarenje, pad tlaka, alergije na lijekove ili krvne derivate) te odmah obavijestiti liječnika, redovito, kako je propisano, primjeniti antibiotike i tromboprofilaksu

·U fazi oporavka potrebna je i dalje intenzivna edukacija bolesnika o pravilnoj upotretbi pomagala. Nadalje, bolesnika treba naučiti da ne smije izvoditi pokrete adukcije i vanjske rotacije operiranog ekstremiteta, ustajati iz kreveta na operiranu stranu, ne smije sjedati na nisko (osigurati nastavke za WC). Ležanje na boku dozvoljeno je na zdravu stranu s jastukom između nogu. Kod ležanja i sjedenja ne smije križati noge i ne smije se sagibati.

Ove upute vrijede i za kasniji život s protezom, jer nepridržavanje istih može dovesti do luksacije proteze.

Tijekom boravka na odjelu, cijeli tim (liječnici, sestre, fizioterapeuti) trude se postići što veći stupanj samozbrinjavanja kod bolesnika. Bolesnik ostaje na

odjelu oko 10 dana, kada se odstranjuju šavovi rane te se premješta u ustanovu za stacionarnu rehabilitaciju. Prije samog premještaja sestra treba utvrditi koliko je bolesnik usvojio znanja o životu s protezom i ukoliko je potrebno ponoviti mu preporuke.

Poslijeoperacijske sestrinske dijagnoze

Bol u/s operativnim zahvatom

Cilj

- ▶ u poslijeoperacijskom periodu bolesnik će osjećati bol malog intenziteta i znati će primijeniti neke postupke za ublažavanje boli

Intervencije

- ▶ procijeniti stupanj boli na skali boli
- ▶ smanjiti ili ukloniti utjecaj činitelja koji pojačavaju bol
- ▶ u suradnji s bolesnikom odabrati i primjeniti postupke za ublažavanje boli (oblozi), relaksacija, distraktori
- ▶ primjeniti propisane analgetike, procijeniti vitalne znakove prije primjene lijekova, pratiti učinkovitost i neželjene učinke analgetika, spriječiti i ublažiti negativne učinke, prilagoditi postupke fazama boli
- ▶ educirati bolesnika da nas na vrijeme izvijesti o početku boli
- ▶ podučiti bolesnika učincima i načinima relaksacije
- ▶ podučiti bolesnika da nas u slučaju nagle i jake boli u području operiranog kuka odmah izvijesti

Visok rizik za infekciju

Cilj

- ▶ tijekom poslijeoperativnog razdoblja kod bolesnika neće biti simptoma i znakova infekcije
- ▶ bolesnik će demonstrirati pravilnu tehniku pranja ruku i znati objasniti njezinu važnost
- ▶ bolesnik će biti bez simptoma infekcije, upalni parametri normalni, bez povišene tjelesne temperature

Intervencije

- ▶ mjeriti vitalne znakove (izvijestiti o svakom porastu tjelesne temperature iznad 37°C)
- ▶ pratiti promjene laboratorijskih nalaza i izvijestiti o njima
- ▶ redovito prati ruke i koristiti zaštitne rukavice

- ▶ pratiti promjene laboratorijskih nalaza i izvijestiti o njima
- ▶ redovito prati ruke i koristiti zaštitne rukavice
- ▶ pratiti pojavu znakova i simptoma infekcije operativne rane (crvenilo, bol, oteklinu, sekreciju)
- ▶ aseptično previjati ranu
- ▶ pomoći bolesniku da redovito pere ruke
- ▶ koristiti sterilne setove i instrumente
- ▶ provoditi vježbe disanja i iskašljavanja s ciljem sprečavanja respiratornih komplikacija
- ▶ svaki postupak kod bolesnika (kateterizacija, uvođenje i njega i.v.kanile, previjanja) obavljati strogo aseptički
- ▶ primijeniti antibiotsku profilaksu prema odredbi liječnika

Mogućnost komplikacija - krvarenje

Visok rizik za pad

Cilji

- ▶ bolesnik neće pasti
- ▶ bolesnik će prepoznati rizike koji doprinose padu
- ▶ bolesnik će prepoznati, objasniti i primijeniti postupke usmjerene prevenciji padova

Intervencije

- ▶ osigurati sigurnu okolinu, čiste i suhe podove, rukohvate u kupaonicama, osigurati dobro osvjetljenje noću, zakočiti kotače na krevetima, staviti zvono nadohvat ruke
- ▶ upoznati bolesnika s okolinom i prilagoditi uvjete u okolini potrebama bolesnika
- ▶ savjetovati da nosi obuću koja se ne kliže
- ▶ educirati bolesnika o važnosti polaganog ustajanja iz kreveta da bi sprječili vrtoglavice
- ▶ upoznati bolesnika s pomagalima pri kretanju prije njihove upotrebe, pomagala staviti nadohvat ruke, pomoći bolesniku pri kretanju
- ▶ educirati obitelj o stvaranju sigurne okoline u kući
- ▶ bolesnika redovito obilaziti, a na poziv odmah otići do njega
- ▶ pomoći bolesniku pri eliminaciji-staviti povišenu WC sjedalicu

Visok rizik za poremećaj venske cirkulacije: tromboza dubokih vena

Cilji

- ▶ bolesnik će održati normalnu cirkulaciju
- ▶ bolesnik će znati prepoznati simptome i znakove poremećaja venske cirkulacije
- ▶ bolesnik će znati postupke za sprječavanje nastanka tromboze

Intervencije

- ▶ često mijenjati položaj u krevetu, dok miruje staviti noge u povišen položaj (iznad razine srca)
- ▶ primijeniti elastični zavoj – stavљa se prije ustajanja iz kreveta
- ▶ na vrijeme dati bolesniku propisanu tromboprofilaksu
- ▶ educirati o važnosti ranog poslijeoperacijskog pokretanja i ustajanja
- ▶ redovito provoditi pasivne i aktivne vježbe donjih ekstremiteta i vježbe dubokog disanja
- ▶ educirati bolesnika da izbjegava položaje tijela koji ometaju cirkulaciju (dugotrajno sjedenje, stajanje)
- ▶ educirati bolesnika o simptomima i znakovima tromboze i važnosti da nas izvijesti o pojavi istih

Zaključak

Osteoartroza je sve učestalija bolest današnjeg društva prvenstveno zbog dužeg životnog vijeka, štetnih utjecaja iz okoline i suvremenog nezdravog načina života (sedentarni način života, brza hrana, zagađen okoliš).

Kod bolesnika sa totalnom endoprotezom kuka najvažniji zadatak sestre je edukacija koja mora biti kontinuirana. Počinje postavljanjem dijagnoze i odlukom o operacijskom zahvatu, nastavlja se za vrijeme boravka bolesnika u bolnici i kontinuirano traje kroz postupak rehabilitacije. Uspješno obavljen operacijski zahvat i poslijeoperacijski tijek i dalje nije garancija kvalitetnog života s protezom. Bolesnik se i kasnije mora pridržavati određenih preporuka čije nepridržavanje može dovesti do komplikacija - moramo naučiti bolesnika kako će sjediti, saginjati se te se ponašati u običnim životnim situacijama. Da bi mogla sustavno provoditi zdravstvenu njegu sestra mora imati znanja i vještine koje omogućuju rješavanje svih bolesnikovih problema. Svakom bolesniku treba pristupiti individualno, holistički. Uvijek treba biti dostupna te spremna odgovoriti na sva pitanja, savjesno i odgovorno obavljati svoj posao.

Literatura

- 1.Jajić I., Jajić Z. Osteoartroza, Hrvatska liga protiv reumatizma, Zagreb, 2000.
- 2.Prpić I. i suradnici: Kirurgija za medicinare, Školska knjiga, Zagreb, 2005.
- 3.Keros P., Pećina M., Ivančić-Košuta M. Temelji anatomije čovjeka, Naprijed, Zagreb, 1999.
- 4.Kalauz S. Zdravstvena njega kirurških bolesnika s odabranim specijalnim poglavljima, Zagreb, siječanj 2000.
- 5.Čuklješ S.
- 6.Proces zdravstvene njegе - nastavni tekstovi, Zagreb, svibanj 2006.
- 7.Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze, skripta

Perioperacijski infarkt miokarda (PMI)

Jelena Tereza Čepo, Dorotea Bedeničić, Petar Pekić

Ključne riječi:

perioperacijski infarkt miokarda, kardijalni čimbenici rizika, pacemaker

Uvod

Rizik od perioperacijskih kardijalnih komplikacija ovisi o stanju bolesnika prije operacije, prisustvu komorbiditeta te opsegu i trajanju kirurškog postupka. Kardijalne komplikacije mogu se očekivati u bolesnika s dokumentiranom ili asimptomatskom ishemijском bolesti srca (IBS), disfunkcijom lijevog ventrikula (LV) i bolesti srčanog zališka (BSZ) kod kojih se primjenjuju postupci povezani s dugotrajnim hemodinamskim i srčanim opterećenjima.

Incidencija smrti zbog srčanih uzroka nakon velikog operacijskog zahvata varira između 0,5 i 1,5%, dok su nefatalne kardijalne komplikacije prisutne u 2,0 do 3,5% slučajeva. Smjernice preporučuju praktičnu procjenu bolesnika primjenom sedam predloženih koraka, integrirajući na taj način kardijalne čimbenike rizika i rezultate pretraga s procijenjenim opterećenjem zbog planiranog kirurškog postupka.

Perioperacijski infarkt miokarda.

Mnogi patofiziološki mehanizmi su implicirani. Prvo stres od operacije može biti okidač oslobođanja kateholamina koji mogu povećati potrebe miokarda za kisikom, aktivacija simpatičkog sustava uzrokuje rast viskoznosti krvi, srčanog ritma i protrombotske aktivnosti udruženo sa rastom trombocitne agregacije te smanjenjem fibrinolitičke aktivnosti. Drugo, unatoč hemodinamskoj stabilnosti, ukoliko postoji prethodna bolest miokarda, bolesnik može biti osjetljiv na suptilne hemodinamske promjene koje ne registrira monitor za krvni tlak. U bolesnika sa značajnom ishemijском bolešću (IBS) infarkt miokarda (IM) može biti uzrokovani i postojanom neravnotežom odnosa opskrbe/potražnje miokarda zbog tahikardije i pojačane kontraktilnosti miokarda.

Istraživanja nalaza autopsije pokazuju da kod polovine fatalnih IM postoje direktni dokazi nestabilnosti plaka (pukotina u plaku ili ruptura plaka) i krvarenja unutar plaka.

Kako bi se smanjio rizik od perioperacijskih kardijalnih komplikacija, veoma je važno napraviti kardijalnu

procjenu na temelju bolesnikove anamneze do trenutka predviđenoga kirurškog zahvata i to iz dva razloga. Bolesnike u kojih postoji nizak kardijalni rizik od kardijalne smrti i IM-a (<1%) može se sigurno podvrgnuti operacijskom zahvatu bez daljnog odgađanja. Smanjenje rizika farmakološkim liječenjem je najkorisnije (u smislu odnosa trošak/korist) u bolesnika kod kojih postoji sumnja da je kardijalni rizik povišen.

Korak 1

Procijeniti stupanj hitnosti kirurškog zahvata

Korak 2

Ima li bolesnik ikakvo nestabilno srčano stanje?

- ▶ Nedavni IM (unutar 30 dana) i rezidualnu ishemiju
- ▶ Nestabilnu AP (anginu pektoris)
- ▶ Akutno srčano zatajenje
- ▶ Značajne srčane aritmije
- ▶ Simptomatsku bolest srčanih zalistaka

Korak 3

Potrebno je utvrditi stupanj rizika operacijskog zahvata(u%)

Nizak stupanj rizika <1%	Srednji stupanj rizika <1-5%	Visok stupanj rizika >5%
Operacijski zahvat: Dojke	Operacijski zahvat: Abdomena	Operacijski zahvat: Aorte i veći vaskularno-kirurški
Stomatološki	Karotide	Periferna arterijska angioplastika
Endokrinološki	Periferna arterijska angioplastika	Periferni vaskularni
Oka	Endovaskularni popravak aneurizme	
Ginekološki	Vrata i glave	
Rekonstruktivni	Neurološki (npr. kuka i kralježnice)	
Manji ortopedski (npr. koljena)	Pluća, transplatacija bubrega/jetre	
Manji urološki	Veći urološki	

Korak 4

Utvrđivanje funkcijskog kapaciteta smatra se ključnim korakom u procjeni perioperacijskog rizika. Funkcijski kapacitet mjeri se metaboličkim ekvivalentima (MET).

Tabela 2

Funkcijski kapacitet			
1 MET	Možete li...	4 MET	Možete li...
	se sami brinuti o sebi? jesti, oblačiti se ili ići na toalet? hodati po cijelom stanu/kući? hodati 100 m po ravnome pri brzini od 3 do 5 km/h?		se popeti dva kata stubama ili hodati uzbrdo? pretrčati kraću udaljenost? raditi teži fizički posao u kućanstvu npr. pranje podova ili podizanje ili premještanje teškog namještaja? sudjelovati u zahtjevnim sportovima npr. plivanju, tenisu, nogometu, košarcima ili skijanju?
4 MET			Više od 10 MET

Korak 5

Potrebno je s anesteziologom i kirurgom razmotriti nastavak kronične terapije acetilsalicilnom kiselinom. U bolesnika s IBS neredovito uzimanje kiseline ili potpuni prestanka uzimanja povezan je s trostruko višim rizikom od poslijoperacijskih kardijalnih događanja.

Korak 6

U bolesnika koji su predviđeni za srednje rizičan kirurški zahvat može se prije razmotriti primjena statinske terapije i titrirane niske doze beta-blokatora. U bolesnika sa sistoličkom disfunkcijom LV dokazanom EF (ejekcijska frakcija) <40%, preporučuje se primijeniti prije operacijskog zahvata ACE-inhibitor (inhibitor angiotenzin-konvertirajućeg enzima) ili ARB (blokatori receptora angiotenzina II). U bolesnika s jednim ili više kardijalnih čimbenika rizika preporučuje se učiniti prijeoperacijski EKG kako bi se mogle primijetiti ili pratiti promjene u perioperacijskom razdoblju.

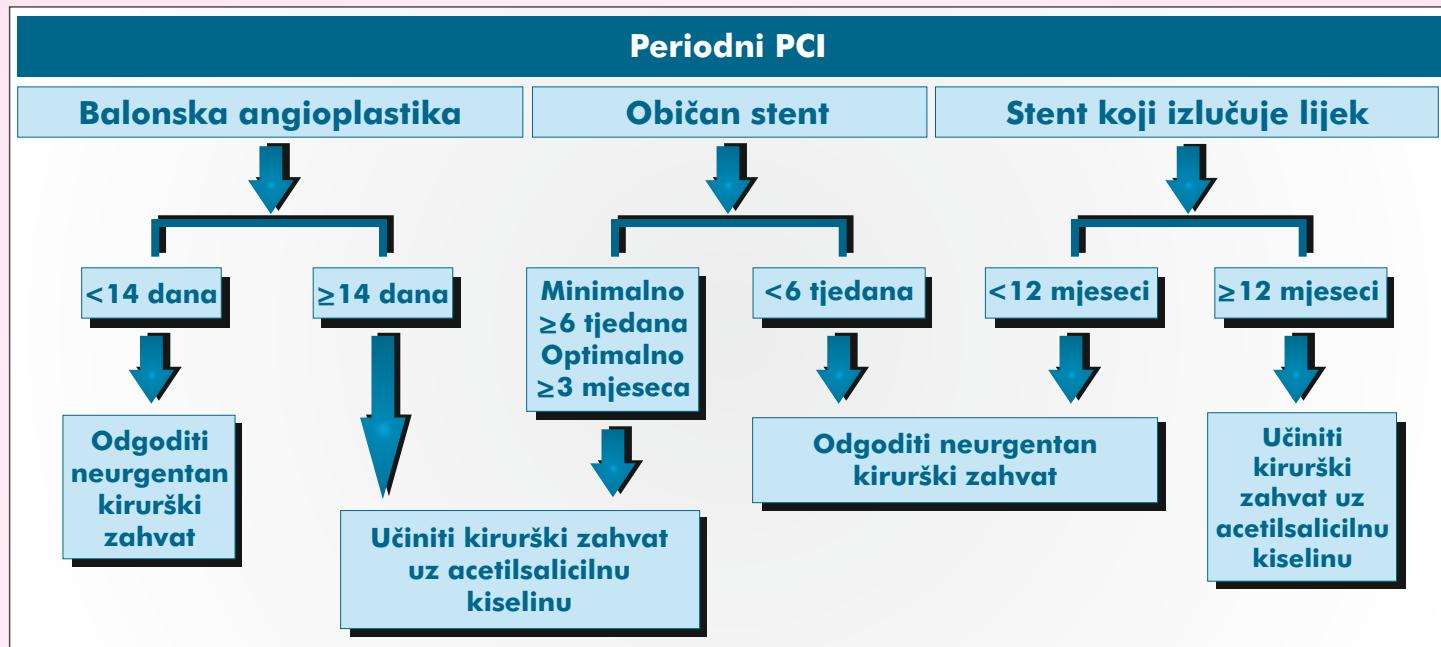
U bolesnika koji su predviđeni za visokorizičan kirurški zahvat vrijede gore navedene smjernice, uz ukoliko u bolesnika postoje više od tri kardijalnih čimbenika rizika, preporučuje se učiniti neinvazivne pretrage.

Kardijalni čimbenici rizika:

- ▶ AP (angina pektoris)
- ▶ Prethodni IM
- ▶ Zatajivanje srca
- ▶ CVI/Prolazna ishemijska ataka (TIA)
- ▶ Bubrežna disfunkcija (serumski kreatinin > 170 mikromol/L ili 2 mg/dl) ili klirens kreatinina <60 ml/min
- ▶ Šećerna bolest koja zahtjeva primjenu inzulinske terapije

Korak 7

Interpretacija rezultata neinvazivnih testova opterećenja.



Prijeoperacijska procjena

EKG, neinvazivno testiranje, Ehokardiografija u mirovanju, Ergometrija

CASE REPORT

Pacijentica F.M., 88.g. iz Zagreba, naručena u 4.mj. 2014.g. na reviziju ventrikulske elektrode dvokomornog elektrostimulatora te zamjenu baterije.

Anamneza: neupadljiva; od prije: 1972.g. histerektomirana i 1996.g. adnektomirana. 2006. ugrađen PM zbog AV bloka II stupnja. Zadnja kontrola 2008.g. Od. 2007.g. DM, dugogodišnji hipertoničar, 2009.g. dg. esencijalna trombocitopenija, zadnja kontrola u hematološkoj amb. 2012.

Sadašnji status: opća slabost, klonulost, osjeća da srce sporije kuca, omaglice ali bez gubitka svijesti. Apetit, stolica i mokrenje. b.o.

Th: Folacin 5mg, Lacipil 4 mg, Tritazide 2,5/12,5 mg.

Alergije na lijekove negira.

Status: TT 61kg, TV 158cm, BMI 24,43, Glava i vrat izvana b.o. Pluća: uredan šum disanja, lijevo bazalno krepitacije. Srce: akcija ritmična, tonovi jasni, bez šumova, RR 162/57, c/p 37. Ekstremiteti: bez edema, arterijske pulzaciјe uredne. Nizak stupanj rizika za pojavu neželjenih kardijalnih događanja (<1%), MET 2

Na dan 28.04.2014. pacijentica je zaprimljena u bolnicu na reviziju disfunkcionalne ventrikulske elektrode.

Preoperacijska sestrinska priprema

na odjelu: prethodna dezinfekcija kompletног tijela Dermoguard-om, oblačenje u mantil, smještanje u bolesnički ležaj, skidanje nakita i Zubne proteze, provjera je li natašte, provjera uzimanja medikamentozne terapije. Provjera je li pacijent upoznat sa postupkom samog zahvata i mogućih komplikacija, potpisana suglasnost za zahvat.

Operacijska priprema: Pacijentica se smješta na operativni stol, provjerava se venski put, fiksiraju se ruke i stavlja kapa, montiraju se RTG zaštite na adekvatnu poziciju i spaja se EKG na operativni stol za monitoriranje za vrijeme zahvata te EKG na programator za intraoperativno testiranje praga i amplitude elektrostimulatora.

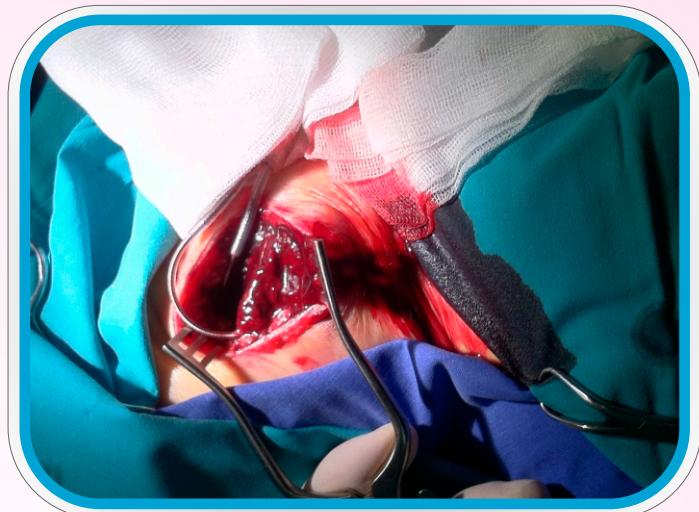
Regija zahvata konkretno kod ove pacijentice je lijevo subklavikularno što je najčešći pristup kod desnorukih pacijenata. Sestra instrumentarka priprema stol i instrumente za zahvat, liječnik dezinficira operativno polje. Slijedi sterilno pokrivanje te pristup zahvatu za koji vrijede svi aseptični uvjeti kao i kod svakog kirurškog zahvata; sterilno pokrivanje i priprema operativnog polja, adekvatna odjeća (kape i maske), dodatno radi zone RTG zračenja nošenje zaštitnih pregača i naočala za osoblje koje se nalazi u zoni zračenja (instrumentarka, operater i ing. medicinske radiologije). Minimalno kretanje i cirkuliranje osoblja u sali i osoblja izvan sale.

Zahvat se radi u lokalnoj anesteziji, 20ml 5% Lidocaina. Implantira se nova ventrikulska elektroda Medtronic 58cm u apeks desnog ventrikula. Spoji se na bateriju Medtronic Sensia DDD zajedno sa od ranije prisutnom atrijskom elektrodom.

Periproceduralno pacijentica počinje zijevati, povraća i javlja bolove u prsim. Nakon osiguravanja stabilnosti pacijentice koja je cijelo vrijeme hemodinamski i ritmološki stabilna primjeni se ampula Torecana. Zahvat se privodi kraju te se pacijentica smješta u koronarnu jedinicu.

U koronarnoj jedinici pacijentica razvija kliničku sliku plućnog edema. Praćenjem kardioselektivnih enzima verificira se infarkt miokarda; u podlozi bez promjena u EKG-u budući da se radi o stimuliranom srčanom ritmu. Započne se sa diuretskom terapijom na koju dolazi do kliničkog poboljšanja te primjenom standardne trojne antikoagulantne i antiagregacijske terapije prema važećim smjernicama (dalteparin, actilsalicilna kiselina i klopidogrel).

Radi navedene antikoagulantne i antiagregacijske terapije razvija se u operativnoj regiji hematoma koji je zbog veličine, kompresivnog efekta i rizika za nastanak infekcije zahtijeva operativnu evakuaciju. Pristupa se evakuaciji hematoma 5. operativni dan. Evakuira se hematoma uz prethodno uzimanje aspirata za mikrobiološku analizu. Rana se obilno ispere hidrogenom i fiziološkom otopinom uz instilaciju 1g vankomicina te uobičajeno zatvori.



Nakon zahvata rana uredno cijeli, serijskim praćenjem ne uočava se porast upalnih parametara, a pristigli mikrobiološki uzorci ostali su sterilni.

Pacijentica se otpušta kući.

Zaključak

Unatoč niskom riziku čimbenika rizika <1% za pojavu neželjenih kardijalnih događanja, uz prisustvo kardijalnih čimbenika rizika (hipertenzija) te unatoč minimalnom kirurškom zahvatu u lokalnoj anesteziji pacijentica razvija perioperacijski infarkt.

Dodatni uzrok visoka životna dob i koronarna bolest u skladu sa visokom dobi.



Planiranje postupaka zdravstvene njage kod postavljanja i održavanja centralnog venskog katetera

Marina Kos, Valentina Belas Horvat

Sažetak:

Centralni venski kateter (CVK) se koristi kod životno ugroženih bolesnika i jedan je od najčešćih postupaka koji se izvodi u jedinicama intenzivnog liječenja (JIL). Primjena intravaskularnih katetera zbog krvožilnog pristupa i hemodinamskog monitoriranja bolesnika postala je središnji dio suvremene medicine.

Ipak, najčešći razlog za inserciju intravaskularnog katetera je nedostatak odgovarajućih perifernih žila. Intravaskularni kateteri koriste se za parenteralnu prehranu, za primjenu infuzija koje iritiraju male periferne vene, za dugotrajnu primjenu infuzijskih otopina, krvi i krvnih preparata, brzo davanje lijekova u hitnim stanjima te istodobno davanje inkopatibilnih lijekova kroz više lumenski kateter.

Prilikom insercije treba osigurati optimalne standardizirane uvjete aseptičkog načina rada.

Prevencija infekcija podrazumijeva mjere koje zdravstveni radnik mora rutinski primjenjivati tokom uvođenja i njega centralnih venskih katetera.

Ključne riječi: centralni venski kateter, postupnik uvođenja, infekcija

Uvod:

Četiri najčešća mesta za postavljanje centralnog venskog katetera su vena jugularis externa, vena jugularis interna, vena subclavia i vena femoralis.

Najčešće se intravaskularni kateter postavlja u potključnu venu (v. subclavia), unutarnju jugularnu venu (v. jugularis interna) i bedrenu venu (v.femoralis).(3)

Većina ozbiljnih infekcija povezanih s kateterima u vezi je s centralnim venskim kateterima (oko 90%) osobito kod bolesnika koji su smješteni u JIL. Ključni čimbenici u patogenezi su adherencija bakterija, obrambeni sustav bolesnika i materijal od kojeg je načinjen kateter. Ukoliko se potvrdi ili posumnja na infekciju povezanu s uporabom intravaskularnih katetera, u većini slučajeva zahtijeva njegovo odstranjivanje. Budući da velik broj infekcija ima podrijetlo s kože i unutrašnjosti katetera, preventivne mjere smanjuju učestalost infekcije.(2)

Razrada teme:

Venski pristup predstavlja jednu od osnovnih komponenti skrbi bolesnika. Kakav će biti venski pristup ovisi o potrebama bolesnika, tipu infuzije, njenom trajanju i učestalosti.

Postavljanje centralnih venskih katetera indicirano je u bolesnika u kojih su indicirani invazivni nadzor centralnog venskog tlaka (CVT), nadomjestak volumena i krvnih pripravaka, parenteralna prehrana, eventualno postavljanje privremenog elektrostimulatora srca ili ukoliko bolesnik nema pristupačne periferne vene.

Postupak uvođenja intravaskularnih katetera smatra se kirurškim zahvatom te kateterizaciju centralne vene izvodi liječnik u strogo aseptičnim uvjetima.

U kliničkoj praksi preferira se unutarnja jugularna vena jer je lagana za inserciju katetera, uspjeh kateterizacije se procjenjuje na 90-95% i ima relativno malo komplikacija. Kateteri se razlikuju po konstrukciji i materijalu iz kojeg su načinjeni. Kateteri za kratkotrajanu primjenu (nekoliko dana) izrađeni su od poliuretana. Kateteri za dugotrajnu uporabu (nekoliko tjedana) izrađeni su od fleksibilnijih i manje trombogenih slitina silikona.

Postupnik uvođenja centralnog venskog katetera



Slika 1. pribor potreban za postavljanje CVK-a

1. Informiranje bolesnika o postupku koji se planira izvesti sa ishodovanjem potpisanoj informiranog pristanka.

2. Ukoliko je dostupan, poželjno je prije izvođenja postupka, UZV-om pogledati venu koja se planira punktirati (provjera anatomske pozicije i anatomske varijacije, kompresibilnost).

3. Prije izvođenja postupka liječnik i medicinska sestra koja će asistirati higijenski operu ruke i stave zaštitne maske.

4. Druga medicinska sestra priprema bolesnika za zahvat (skidanje odjeće, stavljanje u ravni ležeći položaj na leđima i okreće glavu bolesnika u suprotnu stranu od mesta insercije).

5. Dezinfekcija kože mesta gdje se planira insercija CVK-a izvodi se tako da se peanom uzimaju pojedinačni sterilni tupferi koji se namoče dezinficijensom slijedećim redoslijedom: 3 x dezinfekcija Dermoguardom; 3 x ispiranje sterilnom 0,9% NaCl; 1 x suho brisanje; 3 x dezinfekcija Skin-Des-om, s time da se nakon svakog nanošenja pričeka da se oprano polje posuši.

6. Liječnik i sestra koja asistira oblače sterilni ogrtač, stavljuju zaštitne kape, sterilne rukavice i masku

7. Sestra dodaje liječniku sterilnu kompresu kojom se prekriva mjesto insercije.

8. Nakon toga dodaje sterilnu iglu i sterilnu špricu u koji se navlači lokalni anestetik (2% Lidokain).

9. Sestra dodaje liječniku set sa CVK primjenjujući „no touch“ tehniku.

10. Liječnik uzima dijelove seta i stavlja ih na sterilnu kompresu (iglu, šprica, žica vodilica, dilatator, CVK, leptirići za fiksaciju).

11. Sestra dodaje liječniku tri sterilne šprice od 10ml koje se ispune sa sterilnom 0,9% NaCl. Liječnik propire krakove CVK sa pripremljenom špricom ispunjenom 0,9% NaCl.

12. Ukoliko se postupak izvodi pod kontrolom UZV-a na sondu se najprije staviti gel, a potom preko sonde postaviti sterilna vrećica koja prekriva sondu i kabel.

13. Liječnik stavi špricu iz seta za CVK ispunjenu manjom količinom sterilne 0,9% NaCl na iglu iz seta i pod kontrolom UZV ili na „slijepo“ punktira venu (jugularnu, potključnu ili femoralnu).

14. Nakon što je vena ispuntirana kroz iglu se uvodi žica vodilica.



Slika 2, 2a, 2b postupak postavljanja CVK

15. Po uvođenju žice vodilice, vadi se igla i po žici vodilici se uvodi dilatator.

16. Nakon što je dilatatorom prošireno područje kojim će prolaziti kateter dilatator se odstrani i preko žice se uvodi CVK.

17. Vrh CVK se prevuče preko žice vodilice do na oko 2cm od kože. CVK se dalje ne uvodi već se izvlači žica vodilica dok se ne pojavi na distalnom kraju CVK.

18. Po vađenju žice vodilice na distalni krac sa sterilnom 0,9% NaCl aspirira krv te se na distalni krac spaja sistem za infuziju sa infuzijskom otopinom.



Slika 2c, 2d, 2e postupak postavljanja CVK

19. Proksimalni krak se također otvara i aspirira krv sa sterilnom 0,9% NaCl. Ako se krak neće koristiti, nakon što je aspirirana krv, krak se propere sa 10ml 0,9% NaCl i potom heparinizira s 1ml standardnog heparina i na vrh stavi pripoj.

20. CVK se potom fiksira kirurškim koncem. Nakon što je CVK fiksiran mjesto insercije se prekriva sterilnim tupferom i fiksira prozirnom nepromočivom prekrivkom ili flasterom.



21. Dokumentiranje postupka na za to predviđeno mjesto.(4)

22. Dokumentacija obuhvaća otvaranje nadzorne liste gdje se upisuju osnovni podaci o vrsti i mjestu postavljanja CVK te javljanju mogućih komplikacija. Svakodnevno se bilježe intervencije i postupci koje medicinske sestre provode te mikrobiološki uzorci i njihovi nalazi.

Na smanjivanje rizika pojave komplikacija utječe postupak njege mesta gdje je kateter postavljen. Najčešći put infekcije je migracija mikroorganizma s kože mesta insercije katetera duž vanjske površine katetera. Kada se kateter kolonizira mikroorganizmima on postaje permanentno ishodište bakterijemije i septikemije.

Čimbenici rizika za nastanak infekcije su: prolongirana kateterizacija, česta manipulacija kateterom, nepridržavanje aseptične tehnike tijekom postavljanja i održavanja, propuštanje intersticijskog edema, intravenoznih otopina, krvi ili akumulacija znoja ispod pokrivala koje vlaži mjesto insercije, u kojima nema povratnog dotoka krvi, netočno usmjereni, savijeni i

djelomično izvučeni kateteri.

Logičan pristup prevencije infekcija vezanih za CVK je promatranje ovog problema sa dva aspekta; sa aspekta katetera i sa aspekta zdravstvenog radnika. Pojava infekcije u velikoj mjeri doprinose porastu troškova hospitalizacije kao i dužini trajanja bolničkog liječenja.(2,3). Standardi i protokoli u ovom su području od velike važnosti zbog stvaranja okvira za učinkovitije i lakše provođenje terapije medicinskim sestrama, praćenje kvalitete rada te osiguranja veće sigurnosti za medicinske sestre i pacijente.

Standardna operativna procedura njege intravaskularnog katetera

- ▶ osigurati adekvatne uvjete rada, odrediti vrijeme izvedbe postupka te delegirati medicinsku sestru odgovornu za izvedbu
- ▶ prilikom održavanja endovenoznog katetera primijeniti aseptične uvjete rada koristeći pri tome masku, sterilne rukavice, ukoliko je potrebno staviti masku i bolesniku
- ▶ kontrolirati mjesto uboda - crvenilo, otok, gnojni iscijedak
- ▶ očistiti kateter na ulaznom mjestu te okolinu kože po protokolu
- ▶ sterilno previti ulazno mjesto katetera svakih 24-48 h, može se premotati samo suho sterilno ili prekriti posebnom prozirnom folijom
- ▶ ulazno mjesto katetera blizu otvorene rane na tijelu (npr. traheotomija, fistula i sl.) zaštитiti vodootpornim flasterom

Vrlo je važno spomenuti da se ruke moraju oprati prije i nakon njege intravaskularnih katetera, bez obzira na sterilne rukavice. Svaku aktivnost, uočenu promjenu evidentirati u nadzornu listu za praćenje CVK-a.

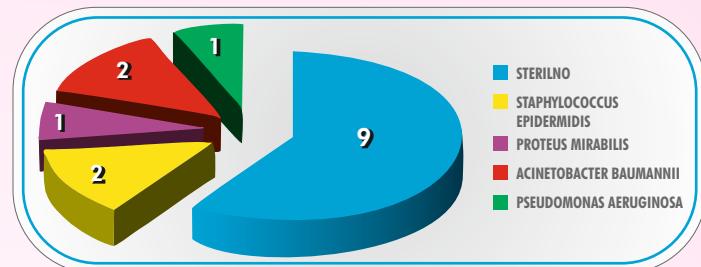
Najčešće sestrinske dijagnoze i sestrinsko-medicinski problemi koji se javljaju kod bolesnika s uvedenim CVKsu:

- ▶ zabrinutost u/s nedostatkom znanja
- ▶ bol u/s provođenjem invazivnog zahvata
- ▶ visok rizik za infekciju
- ▶ visok rizik za kontaminaciju CVK u/s neadekvatnim načinom uvođenja
- ▶ visok rizik za ispadanje CVK u/s popuštanjem šavova
- ▶ ograničena pokretljivost u/s kontinuiranom potrebotom za parenteralnom terapijom
- ▶ socijalna izolacija
- ▶ visok rizik za komplikacije: crvenilo, pečenje, krvarenje.

Prikaz praćenja dnevнog nadzora centralnih venskih katetera kroz 2013-tu godinu u Jedinici za intenzivno liječenje neuroloških bolesnika

Nalazi mikrobiološke obrade vrhova CVK poslanih na analizu glavni su indikatori kvalitete zdravstvene njegе te pokazatelj dobre kliničke prakse kod samog uvođenja katetera i svakodnevne toalete.

Cilj: analiza podataka u svrhu utvrđivanja postojanja povezanosti duljine primjene CVK i pojave bakterijemije i septikemije te identifikacije najčešćeg uzročnika infekcije. U 2013-toj godini u Jedinici za intenzivno liječenje neuroloških bolesnika imali smo 31 postavljen CVK kateter. Broj dana CVK bio je 173 a 15 vrhova nakon odstranjivanja poslano je na analizu. U prosjeku CVK je stajao 5,58 dana.



Grafikon 3. Najčešći izolati vrhova poslanih na analizu

Zaključak:

Infekcije su jedna od vodećih komplikacija postavljenih CVK i jedan su od vodećih uzroka nastanka nazokomijalnih infekcija u JIL-u.

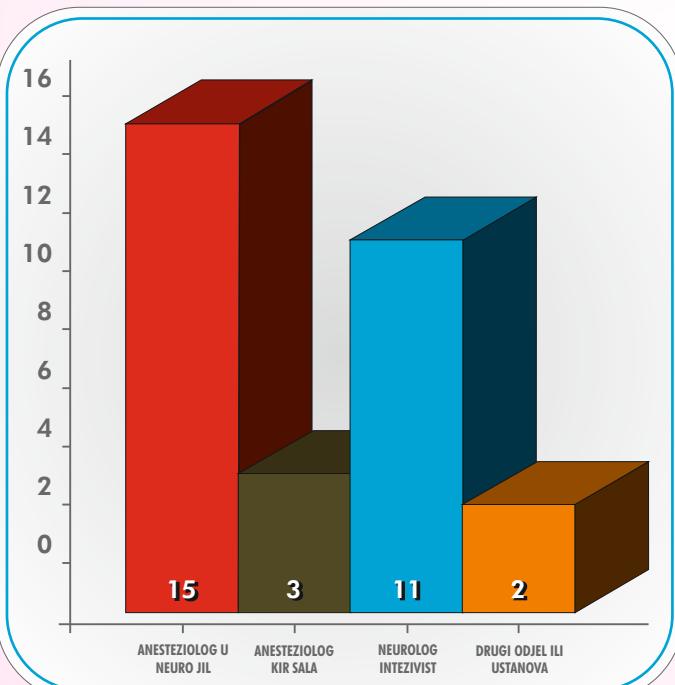
Dijagnostika i liječenje ovih infekcija je teška a troškovi veliki te je nijihov nastanak najvažnije spriječiti. Postupak s infekcijama povezanih s ovim kateterima podrazumijeva točnu dijagnozu, preventivne mjere, odgovarajuću terapiju i odstranjivanje katetera i po potrebi promjena mesta ponovne insercije. Važno je da se prate i primjenjuju postupnici o pravilnom uvađanju i njezi CVK, provode edukacije medicinskih sestara i liječnika o pravilnom rukovanju kao i osiguranje dovoljnog broja medicinskih sestara za njegu bolesnika koji imaju CVK.

Isto tako važno je procijeniti potrebu i korist postavljanja CVK naspram velikom riziku koji on predstavlja.

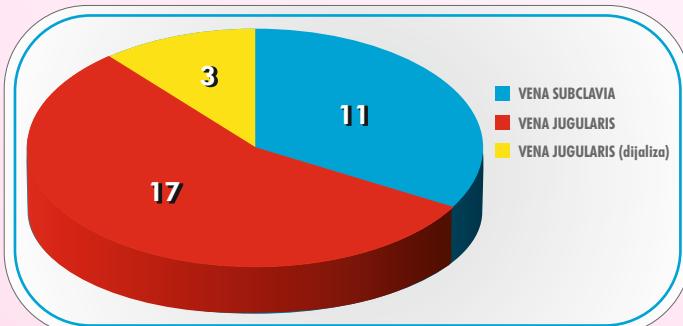
Dnevni nadzor i toaleta moraju biti samostalan postupak a ne u sklopu zdravstvene njegе ili neke druge intervencije. Pridržavanje protokola za higijenu ruku, primjenu maksimalne sterilne barijere, dezinfekciju ubodnog mesta kao i pravovremeno uklanjanje nepotrebnih CVK temelj je dobre prakse i preduvjet za smanjenje infekcija koje su povezane sa centralnim venskim kateterom.

Literatura:

1. Keros P., Pećina M., Ivančić-Košuta M., Temelji anatomije čovjeka,. Zagreb: Medicinska biblioteka; 1999.g.
2. <http://www.medix.com.hr/>, Infekcije povezane s centralnim venskim kateterom; V.Krajnović, dr.med; Dr. Fran Mihaljević
3. Kalauz, S., Zdravstvena njega kirurških bolesnika. Visoka zdravstvena škola., Zagreb., 2000.g.
4. Škrlić J., Infekcije u jedinicama intenzivnog liječenja. U: Huseđinović I. (ur). Novosti u prepoznavanju i liječenju sepsa, Medicinska naklada Zagreb, 2005;70-72.
5. Fučkar G., Uvod u sestrinske dijagnoze. Hrvatska udružba za sestrinsku edukaciju, Zagreb: 1996; 126-148
6. KB Sveti Duh, Povjerenstvo za kontrolu bolničkih infekcija: postupnik o postavljanju i dnevnom nadzoru mesta insercije centralnih venskih katetera, Zagreb 2012.
7. Sestrinske dijagnoze, HKMS, Zagreb 2011.



Grafikon 1. Mjesto uvođenja CVK



Grafikon 2. Najčešće korišteni venski pristup

Uloga medicinske sestre u peri i intraoperativnoj skrbi bolesnika kod operacije radikalne cistektomije, te kontinentne ortotopične derivacije mokraće po Hautmannu

Danijela Jokić, Ljubenka Jakopec

Ključne riječi:

Radikalna cistektomija, Hautmann, uloga medicinske sestre, mono J proteza, epiduralni kateter, urinarni kateter, preoperativna skrb, intraoperativna skrb, postoperativna skrb, pouch, novoformirani mokračni mjeđur, ispiranje mokračnog mjeđura.

Uvod

Na Zavodu za urologiju, KB „Sveti Duh“, svakodnevno se vrši ekstenzivna operacija radikalna cistektomija, te ortotopična kontinentna derivacija mokraće po Hautmannu. Radikalna cistektomija podrazumijeva; kod muškaraca uklanjanje mokračnog mjeđura zajedno sa prostatem i sjemenim mjeđurićima, te regionalnih limfnih čvorova. Kod žena uklanjanje mokračnog mjeđura zajedno sa maternicom, jajnicima, jajovodima, prednjom stjenkom rodnice i limfnih čvorova. Indikacije za radikalnu cistektomiju su: infiltrativni karcinomi mokračnog mjeđura (mišićno invazivni), recidivirajući površni karcinomi mokračnog mjeđura s niskim stupnjem diferencijacije (slabo diferencirani – G3), kao i karcinomi koje nije moguće odstraniti endoskopskim putem.

Faktori rizika: kronične infekcije mokračnog mjeđura, izloženost kemikalijama, konzumacija crne kave i umjetnih sladila, pušenje, prekomjerno konzumiranje analgetika i drugih lijekova koji se izlučuju mokračnim putem. Znakovi koji se pojavljuju u 85% slučajeva su bezbolna mikro i/ili makrohematurija, učestalo mokrenje, neodgovid nagon za mokrenje, bolno mokrenje, bolovi u zdjelici.

Nakon cistektomije ostaje problem zbrinjavanja urina, za što danas postoji brojni niz kirurških mogućnosti (sam odabir ovisi o dobi bolesnika, stadiju bolesti, komorbiditetima, a ponekad i o samom izboru bolesnika). Jedna od najpopularnijih je kontinentna ortotopična derivacija segmentom tankog crijeva po Hautmannu. Metodu je usavršio i osmislio slavni Prof. Hautmann 1987.g. u Ulmu, gdje je prvo za kreiranje takvog jednog novog mjeđura (engl. pouch) koristio 80 cm tankog crijeva.

Danas se koristi oko 40cm terminalnog ileuma od kojega se konstruira pouch sferičnog oblika, na kojeg se kranijalno anastomoziraju mokračovodi, a sam pouch se distalno anastomozira na mokračnu cijev što omogućuje bolesniku mokrenje na prirodan način. Takva jedna derivacija pruža bolesniku bolju kvalitetu života sa kontrolom kontinencije.

Kontraindikacije za ortotopičnu derivaciju mokraće su: kronična renalna insuficijencija, sumnja na zahvaćenost uretre tumorom, strukture uretre, te status pacijenta koji podrazumijeva nedostatak koordinacije za samokateterizaciju (ako bi bila potrebna).

Uloga medicinske sestre u preoperativnoj pripremi

Psihička priprema bolesnika:

Bolesnicima koji dolaze na izvršavanje ovog elektivnog zahvata dijagnosticirana je bolest terminalnog ishoda i samim time već prilikom postavljanja dijagnoze od strane liječnika započinje psihička priprema za operativni zahvat. Po hospitalizaciji medicinska sestra nastavlja s psihičkom pripremom bolesnika na način da njega i obitelji informira i pruži odgovore na sva pitanja i nejasnoće u/s bolešcu, postupkom prije, za vrijeme i nakon operacije, odgovarajućem zdravstvenom ponašanju tijekom hospitalizacije i životu nakon operativnog zahvata. Dobrom psihološkom pripremom, kao i edukacijom o zdravstvenom ponašanju nakon operacije medicinska sestra nastoji riješiti problematiku slijedećih sestrinskih dijagnoza: neupućenost, preoperativnu tjeskobu, nesanici, strahove u/s ishodom operacije.

Fizička priprema sastoji se od standardne rutinske i specijalne preoperativne pripreme. Specijalna priprema uključuje pripremu probavnog trakta, a započinje dva dana prije operativnog zahvata. Prvi preoperativni dan je prvi dan tekuće dijete (čaj, voda, juha za ručak) s konzumiranjem sredstva za čišćenje crijeva. Drugi dan se nastavlja tekuća dijeta (čaj i voda) s konzumiranjem sredstva za čišćenje crijeva. Zadnji unos tekućine u 22 sata.

U jutro prije operacije brije se operativno područje (od sredine prsne kosti do sredine bedara, uključujući urogenitalnu i perinealnu regiju), nakon čega slijedi tuširanje u antiseptičkom sapunu.

Medicinska sestra predaje bolesnika u operacijsku dvoranu s popratnom dokumentacijom (sestrinska premještajna operacijska lista, potvrda o naručenoj krvi u transfuziji /2-3 doze/, povijest bolesti, nalazi EKG-a, Rtg srca/pluća, cistoskopski nalaz, UVZ nalaz mokraćnog mjeđura i bubrega, MSCT nalaz i drugi, povijest bolesti anesteziologa i potpisani pristanak za anesteziju, potpisani pristanak za operativni zahvat).

Uloga medicinske sestre u operacijskoj dvorani i tijekom op zahvata

Medicinska sestra instrumentarka i anesteziološki tehničar zaprimaju bolesnika u operacijskoj dvorani. Identificiraju bolesnika i provjere ispravnost popratne dokumentacije. Nakon postavljanja epiduralnog katetera bolesnika se postavlja u pravilan položaj na operacijski stol na način da bolesnik leži na leđima, s izbočenom zdjelicom, a noge su ispružene i raširene pod kutom od oko 70°. Lijeva ruka je ispružena, abducirana i na njoj je osiguran venski put. Desna ruka je fiksirana za držać ruke iznad vrata i glave položena u ramenu i laktu pod pravim kutom.

Noge se zamotaju u elastični zavoj ili elastične čarape zbog tromboprofilakse zbog položaja i duljine trajanja zahvata. Na površinu kože iznad mišića (uobičajeno m.quadriceps) postavlja se samoljepiva elektroda za uzemljenje.

Medicinska sestra prije početka operativnog zahvata priprema materijal potreban za ovaj operativni zahvat, a to su odgovarajući konci, Mono J proteze, urinarni kateteri, abdominalni dren, uz standardni materijal-sterilni sanitetski materijal, sterilan instrumentarij. Druga medicinska sestra sudjeluje u pranju operativnog područja prema protokolu. Neposredno nakon operativnog zahvata medicinska sestra provjerava položaj izvoda i ranu, te pokriva sterilno.

Izvodi postavljeni intraoperativno: Mono J proteza (x2), urinarni silikonski Foley kateter 20ch, urinarni lateks Foley kateter 16ch za pouchostome, abdominalni dren 28ch, nazogastrična sonda, CVK, epiduralni kateter

Medicinska sestra instrumentarka zajedno s anesteziološkim tehničarom i liječnikom anesteziologom predaje bolesnika i popratnu dokumentaciju medicinskoj sestri koja prati bolesnika u JIL.

Uloga medicinske sestre u postoperativnoj skrb

Nakon operativnog zahvata bolesnik se premješta u JIL. Specifična postoperativna skrb odnosi se na sestrinske postupke tretiranja (prema protokolu) svih izvoda, pravilnog uzimanja uzorka za mikrobiološku analizu, ispiranja novog mokraćnog mjeđura (ispiranje pouchostome), na uočavanje i promatranje promjena u bolesnikovom izgledu i stanju. Neophodno je promatrati, mjeriti i zabilježiti količinu, izgled, konzistenciju, boju, miris svih izlučevina, a posebna pozornost obraća se na iste koji se izlučuju putem izvoda. Bilježenjem svih općih i specifičnih podataka i parametara, promjena, izvedenih postupaka u sestrinsku dokumentaciju i temperaturnu listu bolesnika osigurava se kontinuirani nadzor nad bolesnikom i kvalitetnija zdravstvena skrb.

U našem JIL-u rad medicinske sestre usmјeren prema bolesniku odvija se prema protokolu JIL-a. Po primitku bolesnika provjeravaju se svi izvodi i zavoj na rani, te se bolesnika postavlja na trajni „monitoring“. **Sestrinske dijagnoze:** visok rizik za krvarenje, visok rizik za infekciju, smanjena mogućnost brige o sebi, mučnina, bol. Multi postoperativni dan zdravstvena njega usmјerenja je na zbrinjavanje potreba iza operativnog zahvata i provjera vitalnih znakova, diureze te promatranje i mjerjenje svih izlučevina.

Prvi postoperativni dan uzimaju se uzorci prema protokolu za mikrobiološku analizu iz svih izvoda. Isti postupak ponavlja se 4. postoperativni dan obzirom da je bolesnik intra i postoperativno na preventivnoj antibiotskoj terapiji cefalosporinske skupine, a 4. postoperativni dan je terapija izostavljena.

Postupak ispiranja novog mjeđura prema protokolu vrši se svaka 2 sata da bi se suzbilo začepljenje katetera od crijevne sekrecije sluzi. Postupak se vrši prema pravilima antisepse i asepse. U štrcaljku od 50ml se oduzme 20ml fiziološke otopine, te se uštrca u izvod pouchostome, i naizmjence u izvod urinarnog katetera. Završetak urinarnog katetera odvoji se od urinarne vrećice, te se dozvoli da slobodnim padom u sterilnu bubrežastu zdjelicu ističe sadržaj iz mjeđura, nakon čega se i aspirira.

Postupak se ponovi 2-3 puta tijekom jednog ispiranja, a ukoliko postoji otpor ili veća količina sluzi ponavlja se da se postigne dobra prohodnost i vidljivo manja ili gotovo nikakva količina sluzi. Ukoliko nema komplikacija urinarni kateter uklanja se 14.-15. postoperativni dan, nakon čega medicinska sestra educira bolesnika kako nanovo mokriti.

Mono J proteze medicinska sestra ne smije ispirati, ali obavezna je aspirirati ukoliko procijeni da postoji mogućnost začepljenja iste. Uobičajeno Mono J proteze uklanja liječnik 10. postoperativni dan.

CVK se tretira prema protokolu. Nakon uklanjanja vrh se katetera proslijeđuje na mikrobiološku analizu. CVT mjeri se dva puta dnevno. Rana se previja i kontrolira svakodnevno od strane liječnika, te ukoliko secernira medicinska sestra previja po potrebi.

Unos tekućine je isključivo parenteralnim putem što je olakotna okolnost za mjerjenje diureze. Diurezu mjerimo prema sadržaju iz izvoda dviju Mono J proteza, urinarnog katetera i pouchostomae (uzimajući u obzir gubitak tekućine i ostalim putovima).

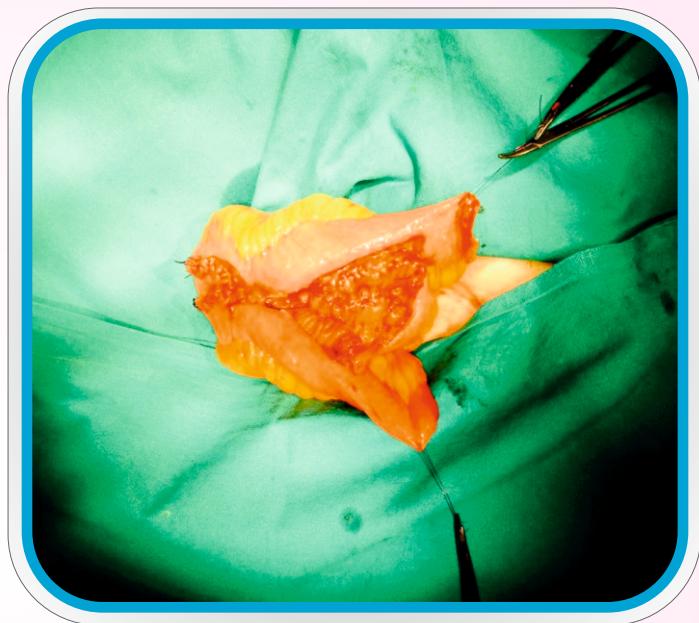
Nazogastična sonda uklanja se, ako nema komplikacija,

2. postoperativni dan. Do tada je bolesnik na parenteralnoj prehrani pripravaka koji sadrže elektrolite, elemente u tragovima, aminokiseline, masti, šećer, vitamine, a 1., 3. i 5. dan pripravke albumina i proteina uz redovite kontrole balansa elektrolita i kreatinina u krvi. Nakon uklanjanja NGS bolesnik peroralno dobije šalicu čaja/24h, te ukoliko podnese dobro drugi dan dobije čaj i juha, a treći dan čaj, juhu i dvopek. Nakon prve stolice započinje se prehrana obrocima sa smanjenim udjelom masti, soli, irritansa za želudac (ulkus III dijeta).

Medicinska sestra provodi respiratorne vježbe i pasivne vježbe u krevetu. A već od prvog postoperativnog dana aktivne vježbe i ustajanje iz kreveta provodi fizioterapeut. Epiduralni kateter postavljen neposredno prije operativnog zahvata od strane anesteziologa u operacijskoj dvorani ima višestruko djelovanje. Kao epiduralna anestezija intraoperativno djeluje hipotenzivno što smanjuje gubitak krvi tijekom zahvata. Postoperativno ima funkciju provođenja kontinuirane analgezije. Lijek izbora je opijatni analgetik u kombinaciji s lokalnim anestetikom. Spojen na infuzomat reguliranog na otpuštanje analgetika na 4-8ml/h osigurava konstantnu kontrolu analgezije, te mjeranjem statičke i dinamičke boli prema VAS skali postiže se kvalitetna skrb i

pravovremena reakcija na suzbijanje boli. Medicinska sestra promatra mjesto izlaska katetera, te promatra bolesnika očekujući neurološke znakove kod bolesnika da bi pravovremeno reagirala obaveštavajući liječnika o nepoželjnim reakcijama. Liječnik anesteziolog odstranjuje kateter

3. postoperativni dan. Vrh katetera proslijeđuje se na mikrobiološku analizu.



Slika 1. Ortotopična kontinentna derivacija urina po Hautmannu

Upute pacijentu za zdravstveno ponašanje nakon podvrgavanja operativnom zahvatu

- ▶ ovim operativnim zahvatom uklanja se tumor zajedno s Vašim mokraćnim mjeđuhrom, te će novonačinjeni mjeđur od tankog crijeva preuzeti ulogu skupljanja urina. Stoga nećete više imati isti osjet (nagon) za mokrenje, tako da ćete slijedećih nekoliko mjeseci mokriti „na sat“. Nakon uklanjanja urinarnog katetera na odjelu svaka 2 sata (i noću), u drugom tjednu svaka 3 sata, nadalje svakih 3-4 sata, a noću ustajati 2 puta kako biste ispraznili mjeđur
- ▶ mokrite na način da sjednete na nužnik, lagano se nagnete prema naprijed, rukama se držeći za trbuh, te napinjite trbušne mišiće i mišiće zdjelice kako bi se mjeđur potpuno ispraznio. Budite strpljivi.
- ▶ unosite više tekućine. Tekućina ispire sluz iz novog mjeđura, te se tako sprječava začepljenje mokraćnog puta i smanjuje mogućnost opstipacije. Također možete koristiti lijekove za omekšavanje sluzi i smanjenje njenog stvaranja (mukolitici).

- ▶ u prehranu uključite namirnice koje sprječavaju opstipaciju i potiču motilaciju crijeva (mahunarke, povrće, sok od šljive, naranče), a ukoliko dođe do opstipacije uzmite lijekove za omešavanje i poticanje stolice
- ▶ sljedeća 4 tjedna izbjegavajte napore, ne dižite teški teret (veći od 5kg), ne saginjite se i ne napinjite se
- ▶ ne upravljavajte vozilom sljedeća 4 tjedna

Zaključak

Medicinska sestra dio je zdravstvenog tima, a za njezinu ulogu u peri i intraoperativnoj skrbi bolesnika kod operacije cistektomije treba staviti naglasak na to da je ona preliminarna u konačnom ishodu procesa zdravstvene njege, te da individualnim i holističkim pristupom bolesniku osigurava adekvatnu prijeoperacijsku pripremu, što dovodi do sigurnije intraoperacijske skrbi, kao i smanjenju komplikacija u postoperativnoj njezi.

Dobrom psihološkom pripremom, kao i edukacijom o zdravstvenom ponašanju nakon operacije medicinska sestra nastoji riješiti problematiku sljedećih sestrinskih dijagnoza: preoperativnu tjeskobu, strahove u/s ishodom operacije, neupućenost. Fizička priprema bolesnika obuhvaća sve elemente preoperativne pripreme bolesnika, a specifična je u pripremi probavnog trakta.

Po izlasku iz operacijske dvorane bolesnik se premješta na JIL. Specifična postoperativna skrb odnosi se na sestrinske postupke tretiranja (prema protokolu) urinarnog katetera,

drena, proteza, rane, centralnog venskog katetera, nazogastrične sonde, pravilno uzimanje uzoraka za mikrobiološku analizu, ispiranje novog mokraćnog mjehura, uočavanje i promatranje promjena u bolesnikovom izgledu i stanju. Neophodno je promatrati, mjeriti i bilježiti količinu, izgled, konzistenciju, boju, miris svih izlučevina, a posebna pozornost obraća se na iste koji se izlučuje putem izvoda. Bilježenjem svih općih i specifičnih podataka i parametara, promjena, izvedenih postupaka u sestrinsku dokumentaciju i temperaturnu listu bolesnika osigurava se kontinuirani nadzor nad bolesnikom i kvalitetnija zdravstvena skrb. Uloga medicinske sestre je i sprečavanje nastanka postoperativnih komplikacija. Među najnepoželjnije komplikacije ubrajamo infekciju. Sve sestrinske postupke izvoditi prema pravilima asepse i antisepse i prepoznati prve znakove upale i pravovremeno reagirati. Od iznimne je važnosti uloga medicinske sestre u edukaciji i informiraju bolesnika i obitelji o zdravstvenom ponašanju tijekom hospitalizacije i životu s novonačinjenim mokraćnim mjehurom.

19. stručni skup medicinskih sestara i tehničara intenzivne skrbi

Tomislav Maričić

Od 16. do 19. lipnja 2014. godine na Brijunima je održan 19. stručni skup medicinskih sestara i tehničara intenzivne skrbi s međunarodnim sudjelovanjem.

Teme stručnog skupa bile su: strojna ventilacija – jučer, danas, sutra; postupci neuroprotekcije i zdravstvena njega kod vitalno ugroženog bolesnika; zdravstvena njega kritično bolesnog djeteta, te slobodne teme.

Djelatnici KB „Sveti Duh“, Klinike za unutarnje bolesti, ove su godine na stručnom skupu sudjelovali s tri rada.

Snježana Benko (predavač), Maja Čačko, Ivana Fortunić i Nikolina Marić, Odjel za hitnu i intenzivnu medicinu, prezentirali su temu „**Timski pristup zbrinjavanja bolesnice s ARDS-om**“. Akutni respiratorni distres sindrom (ARDS) je ozbiljno, vitalno ugrožavajuće stanje bolesnika, uzrokovano ozljedom ili upalnim procesom plućnog parenhima. ARDS dovodi do neadekvatne izmjene plinova u krvi, hipoksije i ponekad oštećenja drugih organa (MODS). Osnova liječenja je mehanička ventilacija pluća.

Ivana Fortunić, Maja Čačko, Ana Nimac i Ariana Štefanac (predavač), Odjel za hitnu i intenzivnu medicinu, autori su rada „**Prijem, pristup i zbrinjavanje bolesnika s KOPB-om**“. KOPB je jedna od najslabije prepoznatih bolesti i kod bolesnika i kod liječnika, a smatra se da će do 2020. godine KOPB postati treći vodeći uzrok smrtnosti u svijetu.



Tomislav Maričić, Zavod za bolesti srca i krvnih žila, autor je rada „**Inducirana hipotermija – prikaz slučaja**“. Blaga hipotermija, definirana kao središnja tjelesna

temperatura- "core body temperature" (32-34°C) djeluje neuroprotektivno te poboljšava ishod nakon globalne cerebralne hipoksije – ishemije. Primarna indikacija: u pacijenata nakon vanbolničkog kardijalnog aresta (uzrokovanih VF ili VT bez pulsa), te u bilo kojem inicijalnom arrestnom ritmu nakon unutarbolničkog kardijalnog aresta uključujući asistoliju i PEA (električna aktivnost bez pulsa) u kojih nakon ROSC („return of spontaneous circulation“ - uspostava spontane cirkulacije) nema neposrednog neurološkog oporavka (definiran kao verbalni odgovor). Induciranu hipotermiju treba započeti čim prije nakon povratka spontane cirkulacije (ROSC), idealno unutar 10min, do maksimalno 6h.



Nagradu za najbolju usmenu prezentaciju dobole su kolegice Jelena Slijepčević, Marinka Knežić, Mario Bespaljko i Mirjana Meštrović, KBC Zagreb, s temom: „Komunikacijom do boljeg ishoda zdravstvene skrbi u jedinicama intenzivnog liječenja“.

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

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

Bojana Miličević

Od 24.-27.4.2014. u hotelu Solaris u Šibeniku održan je tradicionalni 7. Kongres Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivnog liječenja i transfuzije. Nakon što je predsjednik Društva Adriano Friganović otvorio kongres sudionike je pozdravila i glavna sestra-pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo O. B. Šibenik.

Tokom tri radna dana, u kongresnom centru hotela „Ivan“ kolege iz Hrvatske i inozemstva prezentirali su 70-ak stručnih radova, a sudionici su mogli pohoditi i desetak organiziranih stručnih radionica s temama iz područja anesteziologije i intenzivne medicine. Kroz nekoliko prezentacija moglo se također saznati ponešto o aktualnostima u našoj struci, a zanimljivo je napomenuti da su kolege iz Bosne i Hercegovine upriličili predstavljanje novog stručnog časopisa u regiji koji nosi naziv „Rausche“. Osim u stručnom dijelu Kongresa, preko 250 registriranih sudionika ponovno je imalo priliku uživati u međusobnom druženju, razmjeni iskustva i stjecanju novih poznanstava.

Teme 7. Međunarodnog kongresa HDMSARIST-a bile su: Upravljanje kvalitetom u intenzivnoj skrbi; Primjena ultrazvuka u anesteziji i JIL-u; Novi trendovi u liječenju boli; Unapređenje procesa temeljnih postupaka oživljavanja; Sustav kvalitete u transfuziji; Zbrinjavanje otežanog dišnog puta; Pedijatrijska i neonatalna intenzivna skrb te slobodne teme.

Pozvani predavači / Invited speakers: doc. dr. sc. Sonja Kalauz – HR, Brigitte Claes - BE, Brankica Rimac, mag. med. techn., FRCN – HR, Andreas Schafer - DE, prim. dr. sc. Marinko Vučić - HR, Irena Kovačević, dipl. med. techn. - HR, Dejan Doberšek, dipl. mt. - SI, Snježana Benko, dipl. physioth. - HR



Na kongresu su sudjelovale medicinske sestre i tehničari iz Hrvatske, Slovenije, Bosne i Hercegovine, Srbije, Danske i Belgije. Iz naše bolnice na kongresu su kao slušači sudjelovale medicinske sestre i tehničari s klinike za anesteziju reanimaciju i intenzivno liječenje, klinike za kirurgiju i zavoda za urologiju.

Izvješće sa sudjelovanja na međunarodnom kongresu enterostomalnih sestara

15.-19.06.2014., Gothenburg, Švedska
Vesna Konjevoda



Jubilarni 20. kongres svjetskog udruženja enterostomalnih sestara održao se od 15.-19.06.2014. u Gothenburgu. Kongresu je prisustvovalo 1750 sudionika iz čak 52 zemlje. Simboličnim naslovom kongresa „Life is a journey not a destination”, (Život je putovanje, ne odredište), ponovno je stavljen naglasak na pacijente sa stomom kao središte našeg djelovanja. Nakon uvodnog pozdravnog govora gđe Eve Carlsson, predsjednice organizacijskog odbora, koja nas je pozvala na zajedničko znanstveno, socijalno i profesionalno druženje, uslijedio je pozdrav i dosadašnje predsjednice WCET-a Louise Forest-Lalande iz Kanade. Kratkim osvrtom na povijest saznali smo da je ideja o osnivanju društva za pomoć pacijentima sa stomom nastala 1961. godine na inicijativu Norme Gill iz Australije a prvi sastanak održan je 1976.god.u Londonu. Strast, upornost, profesionalizam, vizija i ljubav prema čovjeku bili su i ostali temelji WCET-a. Enterostomalne sestre predano rade kako bi osigurale i garantirale najbolju moguću profesionalnu skrb po najboljim standardima prakse, uključujući individualno kliničko iskustvo i skupno znanstveno istraživanje i promišljanje. Također smo se upoznali sa najnovijim pomagalima i tehničkim dostignućima renomiranih proizvođača. Usvojili smo također i neke nove vještine postavljanja i manipuliranja sa stoma pomagalima. Velik dio predavanja odnosio se

na prikaze slučaja rješavanja komplikacija vezanih uz stому te se diskutiralo o načinima njihovih rješavanja. Prisustvovali smo i na nekoliko predavanja na temu kroničnih rana, fistula, važnosti adekvatne i pravilne prehrane, naročito u prevenciji poslijeoperacijskih komplikacija i što bržeg oporavka, kao i predavanjima koja se odnose na inkontinenciju iz područja urološke skrbi. Kongresu su iz KB „Sveti Duh“ prisustvovali Ljiljana Mihulja, Marica Jelić, Radmila Vrbat, Željka Klobučar, Bojana Miličević i Vesna Konjevoda.

Kroz predavanja koja su uslijedila obnovili smo neka saznanja, usvojili puno novih, napunili baterije pozitivnom energijom, sigurnošću te se spremni na promjene i nove izazove u pristupu skrbi vratili svojim pacijentima.



Izvješće sa 3. Međunarodnog kongresa „Urology today 2014“

Maja Kukec

Međunarodni kongres pod nazivom „Urology today 2014“ (Urologija danas 2014) održan je u razdoblju od 22. do 25. svibnja 2014. godine u Hotelu Olympia u Vodicama. Bilo je to treće uzastopno izdanje ovog međunarodnog znanstveno-stručnog skupa iz područja urologije u organizaciji Odjela kirurgije i urologije šibenske bolnice i Hrvatskog urološkog društva. Protekle dvije godine u radu kongresa sudjelovalo je više od 300 liječnika urologa, medicinskih sestara i tehničara iz Hrvatske, Slovenije, Bosne i Hercegovine, Srbije, Poljske, Češke, Moldavije, Turske, Grčke, Mađarske, Rumunjske, Bugarske i Njemačke. Na ovom kongresu svoja izlaganja imaju vodeći europski stručnjaci iz područja urologije, a održava se i Simpozij za medicinske sestre i tehničare koji rade u području urologije. Sudionici kongresa imaju priliku u kongresnoj dvorani Hotela Olympia uživo pratiti video prijenose operacijskih zahvata iz operacijske dvorane u šibenskoj bolnici. Na 3. Kongresu uroloških medicinskih sestara i tehničara sudjelovale su sestre i

tehničari većine uroloških klinika, odjela i zavoda iz cijele Hrvatske. Prezentirano je 16 stručnih radova, a sa Klinike za urologiju, KB „Sveti Duh“, dvije medicinske sestre aktivno su sudjelovale i prezentirale svoj rad sa slijedećom temom:

Uloga medicinske sestre u peri i intraoperativnoj skrbi bolesnika uslijed operacije cistektomije - derivacija urina po Hautmannu,

Danijela Jokić i Ljubenka Jakopec.

Kongres je bio sjajna prigoda za razmjenu ideja tijekom plodonosnih rasprava, zatim za stjecanje novih iskustva i znanja te nastavak ranijih, ali i za početak neke nove suradnje. Glavna obilježja kongresa bila su: kvalitetna predavanja, razmjena iskustava, nova poznanstva, pozitivno ozračje i lijepa druženja. Kongresni program bio je vrlo bogat, moglo se uživati i u razgledavanju grada s vodičem. Posjet katedrali sv. Jakova, izlet u Nacionalni park Krka, posjet samostanskom otoku Visovcu itd.

Urology today

MEĐUNARODNI SIMPOZIJ

Hotel Olympia Vodice, Šibenik, Hrvatska

22-25/05/2014

Stručna predavanja

Video prijenos uživo iz operacijske dvorane

Radionice

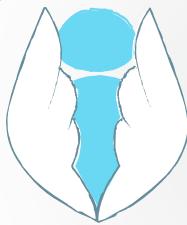
Simpozij za medicinske sestre i tehničare

Više informacija

OPĆA BOLNICA ŠIBENSKO-KNINSKE ŽUPANIJE
Odjel Kirurgije i Urologije
Dr. Danijel Rešić, Dr. Marin Pač
e-mail: endoururology-today@bolnica-sibenik.hr

Tehnički organizator:
AMADEUS d.o.o.
Biskupa Jeronima Miletic 33
22 000 Šibenik CROATIA
018-05082888736
e-mail: ana@amadeusadiatic.hr
tel/fax: +385 22 310 861
mob. + 385 99 312 0181
www.urology-today.com

Palčić gore



**KLUB RODITELJA
NEDONOŠČADI
PALČIĆI**

**Palčić
gore**

NAZOVITE 060 9098

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

Žiro račun akcije "Palčić gore!":

Societe Generale - Splitska banka d.d.:

2330003-1552050516

Akcija Palčić gore

Željka Vučko

Klub roditelja nedonoščadi "Palčići" 21. ožujka 2012. pokrenuo je veliku, nacionalnu, humanitarnu akciju pod nazivom "**Palčić gore**" s ciljem prikupljanja sredstava za nabavku opreme koja nedostaje u liječenju i skrbi o prijevremeno rođenoj i bolesnoj novorođenčadi u svim rodilištima na području RH, uključujući i najmanja.

Akcija „Palčić gore“ je pod pokroviteljstvom Predsjednika RH prof.dr.Ive Josipovića, Ministarstva zdravlja RH i Grada Zagreba.

Do danas je na račun za posebne namjene i donacije akcije „Palčić gore“, (odvojen od računa Kluba roditelja nedonoščadi "Palčići") prikupljeno ukupno **4.535.846,83Kn** i donirana su 22 rodilišta i neonatologija širom RH, uključujući i ona najmanja i ona najveća, opremom u ukupnoj vrijednosti od **3.915.401,43Kn** (25% tog iznosa nažalost smo donirali državi za PDV što je iznos otprilike dostatan za kupnju još cca 9 inkubatora).

2012. godina:

1. donacija: OB Dubrovnik – reanimacijski topli stolić, sredstva donirala Udruga kronično bolesnog djeteta "Zajedno do zdravlja" iz Dubrovnika – 83.125,00kn
2. donacija: KBC Zagreb – aparat za terapijsko pothlađivanje koji pomaže novorođenčadi koja su pri porodu ostala bez kisika i aparat za intenzivno praćenje funkcija mozga, sredstva donirala INA – 354.300,00kn
3. donacija: OŽB Vukovar – reanimacijski topli stolić s neopuffom i vagom, sredstva donirale Narodne novine – 120.375,00kn
4. donacija: DZ Metković – Aspirator, Neopuff, Baby blanket i transkutani bilirubinometar, sredstva donirali B Braun Adria, Klinika Svetlost, Dubrovačko-Neretvanski županijski nogometni savez, Grad Zagreb, Grad Opuzen, Grad Split, Zračna luka

Dubrovnik, Allianz osiguranje, Primorsko goranska županija, Dubrovačko-Neretvanska županija, Hypo Alpe Adria banka, CIOS i Udruga lađara Neretve -76.250,00kn

5. donacija : DZ "Ante Franulović" Vela Luka (rodilište) – CTG uređaj – 18.290,00kn

6. donacija – DZ Sinj (rodilište) CTG uređaj sa dodatnom opremom, sredstva donirala Udruga sa četvero i više djece iz Sinja i građani Sinja – 25.370,00kn

7. donacija – KB Sveti Duh – dva intenzivna inkubatora i respirator, jedan inkubator je donacija tvrtke Mediva i GE – 456.316,86kn

8. donacija: KBC Rijeka – intenzivni inkubator, sredstva donirala Splitska banka – 106.158,44kn

9. donacija: OB Čakovec – intenzivni inkubator i Bubble CPAP, sredstva za inkubator donirala tvrtka MediLab, a za Bubble CPAP C.I.O.S. - 150.158,44kn

10. donacija: OB Karlovac – Neopuff – sredstva donirali Povjerenstvo za duhovnu obnovu, Županijski savjet mladih i građani Karlovca na koncertu klape Furešti - 16.500,00kn

2013. godina:

11. donacija: KBC Osijek - intenzivni inkubator za koji je sredstva donirala Splitska banka i UZV uređaj za koji su sredstva donirali gospodin Branko Ostović i Palčići uz pomoć Grada Osijeka i Osječko Baranjske županije – 256.958,44kn

12. donacija: Klinika za dječje bolesti Zagreb – intenzivni inkubator i respirator za koje su sredstva prikupljena na humanitarnom koncertu "Pjesmom za Palčiće" u sklopu HRT ovog projekta "Uz nas niste sami", te dva perfuzora, za jedan je sredstva donirao Kozmo, a za drugi Sajam vjenčanja – 386.040,93kn

13. donacija : Klinika za ženske bolesti i porode KBC Zagreb – intenzivni inkubator i respirator za koje je sredstva donirao Grad Zagreb, te tri perfuzora, za dva je sredstva donirao Veterinarski institut – 397.882,18kn

14. donacija: OB Zabok – intenzivni inkubator za koji su sredstva donirale "Narodne novine" - 106.158,44kn
 15. donacija: OB Pula – intenzivni inkubator – 106.158,44kn
 16. donacija: OB Hrvatski ponos Knin - UZV uređaj sa kontinuiranim praćenjem doplera, aspirator, perfuzor i dva kompleta višekratnih ambua s maskicama za koje je sredstva donirao Centar za vozila Hrvatske – 265.549,50kn
 17. donacija: OB Šibensko Kninske županije - Transkutani bilirubinometar za neinvazivno određivanje razine novorođenačke žutice i monitor za praćenje vitalnih funkcija – 44.875,00kn
 18. donacija: OB Zadar - Topli krevetić, monitor za mjerjenje i praćenje vitalnih funkcija, perfuzor, pumpa za preciznu terapiju lijekovima i foto svjetlo ili fototerapijsku lampu Baby blanket – 145.391,00kn
 19. donacija: OŽB Vinkovci – intenzivni inkubator Giraffe GE , Bubble CPAP, pulsni oksimetar i Neopuff – 172.833,44kn
 20. donacija : KBC Split - Brain monitor - 239.925,00kn
 21. donacija – OB "Josip Benčević" – Slavonski Brod - intenzivni inkubator Giraffe GE u vrijednosti od 106.158,44kn
 22. donacija – KB "Merkur" - dva intenzivna inkubatora Giraffe GE, topli stol sa termoregulacijom, liftom i reanimacijskim modulom Neopuff s blenderom kisik/zrak i protokom, te dva pulsna oksimetra – 298.916.88kn

Ponosni smo na Vas, velike ljudi za velika djela!

Preostalo nam je još svega osam bolnica koje očekuju našu pomoć i pomoći svih Vas kako bi dobili uređaje po popisu dostavljenom prije početka same akcije, koji život znače našim najmanjim herojima.

Mi roditelji Palčića ne odustajemo od borbe za život naših najmanjih, jer ni oni onako maleni i krhki nikada ne odustaju! Bore se za svaki dah, za svaki kucaj malenog hrabrog srca! Svojim borbama naučili su nas i zadužili da se i mi borimo za bolje sutra svih njihovih malenih, hrabrih prijatelja, bez obzira na kojem kraju Lijepe naše se oni rodili.

Akciju „Palčić gore“, najveću borbu za najmanje i najhrabrije heroje nastavljamo dok i posljednje rodilište u RH ne dobije opremu koja nedostaje u liječenju i skrbi o prijevremeno rođenoj i bolesnoj novorođenčadi, po popisu dostavljenom do 21. ožujka 2012., odnosno početka akcije „Palčić gore“.

Sve Vas koji ste u mogućnosti pozivamo da nam se pridružite, da se uključite u akciju i svojim i najmanjim doprinosom darujete život najmanjim i najhrabrijim herojima.

U akciju se možete uključiti pozivanjem našeg humanitarnog broja 060 9098 (cijena po pozivu 6,25kn s uključenim PDV-om) ili uplatama na račun za posebne namjene i donacije humanitarne akcije "Palčić gore": Societe Generale Group Splitska banka

2330003-1552050516
IBAN : HR1723300031552050516

Podignite i Vi svoj palac visoko za Palčiće - najmanje i najhrabrije heroje! Najveća zahvala svima nama biti će njihov život i najljepši i najvrjedniji osmeh naših najmanjih heroja!

PALČIĆ GORE ZA PALČIĆE - PALČIĆ GORE ZA ŽIVOT !!!

Odjeća za dušu

Dušica Lekić

Izgubili smo se

Pozdravih jutro i zaljubih ponovno u taj čarobni dio prirode
sigurna da je izvor naše životne energije.

Duboko udahnuh, jer svjesnost svog postojanja nije mala stvar.

Nije ni činjenica, da ne mogu više ignorirati glasne korake čovjeka sa kojima se udaljava od prirode.
Zašto ne shvaćamo da bit prirode nije pobjeda ako trčimo uz potporu drugih, bit je u individualnim suprotnostima, čiji
je krajnji cilj zajednički rast.

Čovjek, dišući kroz prizmu svoje „pravednosti”, često ne uspije uživati u
bojama istine i ljubavi, te kroz prirodu traži prečace, a one zaciјelo ne daju duhovni „rast”.

I tako udahnuvši, osjetih miris života, jabuke, sjena, i neke daleke lipe kroz čije krošnje vjetar donosi priče . . .
pojedine stvari nemaju miris, prolazne su i gorkog okusa.

Put me vodio i na mjesta gdje tamu osvjetjava mjesec pa pomislih kako je i tamna strana prirode lijepa, prepuna
energičnih sjena.

No, odjednom zastadoh i ne usudih se okrenuti.

Tiko je...samo u daljini zvuci...

Bojim se pogledati iza sebe, čini mi se da ne čujem korake.

Da li smo to mi, tu negdje, izgubili čovjeka?

Ne smijemo se ljutiti

	JEDAN OD PREGLEDA ODOZDO	RIJEČ KOJE SE UŽASAVAJU DEŽURNI KIRURŠKI INSTRUMENTARI	VRŠILAC DUŽNOSTI	NOVI IZUM	STARΑ DRŽAVA U AZIJI	TK	DUGO VREMENSKO RAZDOBLJE	PRVA SLOVA OD „LJEPOTA POROKA OSOBLJA BOLNICE“		ŠESTO SLOVO ABECEDA
GLAVNI POLICAJAC PROTIV ODLASKA NA KAVU									AUTO OZNAKA ZA NJEMAČKU	PRKOS
OPTIČKI INSTRUME-NTI ZA PREGLED IZNUTRA										
BILJARSKI ŠTAP			ZAMJENICA MNOŽINE OZNAKA ZA MINUTU			BAKA U DALMACIJI STARO IME OTOKA VISA				SUSTAVI KOJI NAS UPOZORAVAJU
IZRASLINE							SVEĆANI PLESNI DOGAĐAJ UPIŠI EK			
GLASNO PREKO SVAKE MJERE							POKAZNA ZAMJENICA SASTAVNI VEZNIK			
SUESKI KANAL SA ISTOKA ZATVARA... POLUOTOK								RADIJUS PRIMJEDBA		
KAZNENI ZAKON			EGIPATSKI BOG SUNCA AUTO OZNAKA ZA NOVI SAD				JEDINICA OTPORA U FIZICI TANKO CRIJEVO			
LATINSKA RIJEČ ZA SVE					ŠVEDSKA POP ROCK GRUPA	KLUB STUDENATA ELEKTROTEHNIKE	KRATICA ZA INTERNACIONAL PRESS INSTITUT VREDNOVANJE			
IZGRDITI NEKOГA NA...										TANKO SLOVO
AUTO OZNAKA ZA ITALIJU		SIMBOL ZA AMPER	UPALNI PROCESI NAMJERA							
ČEŠKO MUŠKO IME				NAŠA DR. OSJETLJIVA NA ZELENU BOJU SKRAĆENICA ZA II SVIJEȚSKI RAT KOJU VIŠE NE KORISTIMO						
AUTO OZNAKA ZA AUSTRIJU		LATINSKA RIJEČ ZA PROKLETSTVO IZOPĆENJE POTVRDNA RIJEC								PRVO LICE JEDNINE
	DVA PJEVAČA ĆINE				ZNAK ZA URAN	OZNAKA ZA SJEVER OZNAKA ZA LITRU		OZNAKA ZA SJEVER	SIMBOL ZA JOD OZNAKA ZA TONU	
	OMILJENO RADILIŠTE NAŠIH LIJEĆNIKA									



210
GODINA

KLINIČKA BOLNICA "SVETI DUH"



www.kbsd.hr / moj.glas@kbsd.hr

