

# Plavi FOKUS

Informativno Glasilo  
Hrvatske Komore Medicinskih Sestara



OBILJEŽEN

**MEĐUNARODNI  
DAN SESTRINSTVA**



**PREDSTAVLJAMO**

**NOVU PREDSJEDNICU  
VIJEĆE HKMS-a**

# Plavi FOKUS

Informativno glasilo  
Hrvatske Komore Medicinskih Sestara

## IMPRESSUM

Nakladnik:  
Hrvatska komora  
medicinskih sestara

ISSN: 1845-8165

Glavna urednica:  
Dragica Šimunec

Uredništvo:  
Biljana Kurtović  
Cecilija Rotim  
Marija Kadović  
Ljiljana Pomper  
Danijela-Lana Domitrović

Tajnica uredništva:  
Anastazija Sorić Uranić

Adresa uredništva:  
Hrvatska komora  
medicinskih sestara  
"Plavi fokus"  
Maksimirska 111/2  
10 000 Zagreb

E-mail: [hkms@hkms.hr](mailto:hkms@hkms.hr)

Grafički dizajn i priprema:  
Alfacommerce d.o.o., Zagreb

Tisak:  
Alfacommerce d.o.o., Zagreb

Tekstovi objavljeni u časopisu Plavi fokus izražavaju mišljenje autora i ne moraju se isključivo podudarati s mišljenjem Uredništva ili službenim stavom Hrvatske komore medicinskih sestara.

# Sadržaj

RIJEČ UREDNICE.....	3
PREDSTAVLJAMO: PREDSJEDNICU HKMS-A I VIJEĆE HKMS-A (1.DIO).....	4
TRAJNO PROFESIONALNO/STRUČNO USAVRŠAVANJE.....	7
ENTEROSTOMALNI TERAPEUT / E T /.....	8
NOVE INFORMACIJSKO-KOMUNIKACIJSKE TEHNOLOGIJE U PATRONAŽNOJ DJELATNOSTI.....	10
UČESTALOST KOMPLIKACIJA KOD BABINJAČA S OBZIROM NA KRONOLOŠKU DOB.....	14
ZDRAVSTVENA NJEGA DONORA ORGANA.....	18
UPRAVLJANJE TIMOVIMA IZVANBOLNIČKE HITNE MEDICINSKE POMOĆI.....	21
JESMO LI BOLESNIKE PRIPREMILI ZA ŽIVOT SA STOMOM I TKO JE MEDICINSKA SESTRA/TEHNIČAR, ENTEROSTOMALNI TERAPEUT U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU.....	28
NAJAVE/IZVJEŠĆE SA STRUČNIH SKUPOVA.....	36
PRIMJER DOBRE PRAKSE: OBJEDINJENI HITNI BOLNIČKI PRIJEM OPĆE BOLNICE ŠIBENIK .....	48
ENC NOVOSTI.....	50
IZ STRANE LITERATURE.....	54
UPUTE AUTORIMA.....	58

# Riječ urednice

srpanj 2016.



Dragica Šimunec

Drage kolegice i kolege, svi koji će u ove vruće i ljetne dane raditi svoj posao nabolje moguće, na svim radilištima, u ambulancama i jedinicama intenzivne skrbi i oni koji provode svoj zasluženi odmor.

Ove godine izlazi nova generacija medicinskih sestara opće njege. Za te sasvim mlade ponekad će biti jako teško, za one s malo više iskustva to će biti samo još jedno ljeto, kada je nas tako malo, a pacijenata sve više.

No, unatoč doista napornom i teškom poslu koji nam je u poslanju, interes za sestrinstvo sve je veći. Medicinske škole nemaju problema popuniti nove razrede, a interes za studije sestrinstva doista je velik. To su dobri i za sestrinstvo važni podaci. Izuzetno je važno da medicinske sestre zadrže entuzijazam i želju za što boljim obrazovanjem. To je zasigurno najvažnije za svaku profesiju, jer samo znanje pruža mogućnost obavljanja zdravstvene njege na siguran način. Sve zemlje bogatije od nas su to odavno riješile. Hrvatske medicinske sestre i tehničari shvatili su važnost pružanja zdravstvene njege temeljene na znanju i ništa ih u tome ne može omesti. Naučili smo da slijedimo ono što je sigurno i trajnije od izbornih razdoblja i obećanja. U vremenu kad su hrvatske medicinske sestre i tehničari dosegli najvišu razinu obrazovanja nema više povratka na „staro“. Razvijanje svijesti o vrijednosti pružanja zdravstvene njege temeljene na znanju, zdravstvene njege koja je sigurna za pacijenta, medicinsku sestru i radnu organizaciju, daje nam osjećaj samouvjerenosti i samopoštovanja. Učenje je proces, nema preskakanja i u tom kontekstu sestrinstvo se pozitivno razvija.

U ovom vam broju predstavljamo novu predsjednicu Komore koju, vjerujem, mnogi već poznaju, ako ne osobno onda po njezinim brojnim radovima, priručnicima i knjigama i dugogodišnjem stručnom radu u našim tijelima. Predsjednica Komore koja je u bolnici provela 40 godina rada zasigurno će najbolje znati kako voditi Komoru u vašem interesu.

Također vam predstavljamo vijećnike Komore, koje ste Vi u svojim županijama izabrali i koji su tu da predstavljaju vaš neposredni interes.

Nadam se da ćete u sadržaju pronaći i zanimljivih tekstova. Uvijek se zahvaljujemo svima koji su se potrudili za vas ih napisati i pripremiti.

U ime uredništva i djelatnika HKMS želim vam svima dobro ljeto.

**IZUZETNO JE VAŽNO DA  
MEDICINSKE SESTRE  
ZADRŽE ENTUZIJAZAM  
I ŽELJU ZA ŠTO BOLJIM  
OBRAZOVANJEM.**

## SLAVA ŠEPEC, diplomirana medicinska sestra

### PREDSJEDNICA Hrvatske komore medicinskih sestara



Slava Šepec rođena je 06. 12.1955., u Podrutama, Novi Marof.

Srednju školu za medicinske sestre i tehničare završila je 1974. u Varaždinu, Višu školu za medicinske sestre u Zagrebu 1980. godine.

Završetkom treće godine studija, 2003. godine stekla je naziv prvostupnica sestrinstva. Završetkom specijalističkog studija „Menadžment u sestrinstvu“ 2008. godine stekla je naziv diplomirana medicinska sestra.

Prvo radno iskustvo bilo je na odjelu intenzivne skrbi Instituta za plućne bolesti na Golniku, Republika Slovenija, a potom u Klinici za plućne bolesti Jordanovac, najprije kao smjenska sestra, a potom glavna sestra odjela i Kliničke bolnice Jordanovac. Nakon spajanja s KBC-Zagreb, obnaša dužnost glavne sestre Klinike za plućne bolesti Jordanovac, KBC-Zagreb.

Bila je član radne grupe za izradu Akreditacijskih standarda i edukator edukatora za uvođenje Akreditacijskih standarda u bolničke zdravstvene

ustanove u Agenciji za akreditaciju i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite, Ministarstva zdravstva, 2011. i 2012. godine. Edukator i mentor zdravstvene njege, Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu, je od 1986. godine.

Djelujući na stručnom planu u Hrvatskoj komori medicinskih sestara, autor je, suradnik i recenzent brojnih publikacija, od kojih se posebno ističu Sestrinske dijagnoze 1 i 2 (sa suradnicima) te Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi. Jedan od najvažnijih projekata koje je vodila je izrada Sestrinske dokumentacije i njezinog elektroničkog oblika.

Aktivno sudjeluje na stručnim sestrinskim skupovima kao organizator i predavač. Bila je član tima unutarnje ocjene provođenja akreditacijskih standarda u KBC-u Zagreb, mentor zdravstvene njege studentima sestrinstva, te edukator za uvođenje sestrinske dokumentacije.

Od 2008. godine je dopredsjednica Komore i predsjednica Stručnog vijeća.

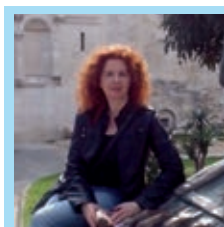
Stručno djeluje u Hrvatskom pulmološkom društvu HUMS-a, a od 2011. godine u Hrvatskom torakalnom društvu.

23.05. 2016. godine izabrana je za predsjednicu Hrvatske komore medicinskih sestara.

VIJEĆE

# VIJEĆE HRVATSKE KOMORE MEDICINSKIH SESTARA 1. DIO

Vijeće Komore ima 20 članova. U ovom broju predstavljamo ih 10.



Brodsko-posavska županija

**SANDRA VILAGOŠ, pvostupnica sestrinstva**

Zaposlena je u Domu zdravlja Slavonski Brod u patronažnoj službi kao patronažna sestra 8 godina. U struci radi 9 godina. Želi unaprijediti i vratiti ugled sestrinskoj profesiji te svoj posao radi s ljubavlju.

Udana, majka jedne sedamnaestogodišnjakinje, voli sport, dobru knjigu i životinje.



Dubrovačko-neretvanska županija

### SNJEŽANA BUSANČIĆ, prvostupnica sestrinstva

Apsolventica Diplomskog studija „Kliničko sestrinstvo“ Sveučilišta u Dubrovniku, ima 28 godina staža. Zaposlena je u OB Dubrovnik, Služba za Kirurške djelatnosti. Vanjski je suradnik Sveučilišta u Dubrovniku, Odjel za stručne studije, Studij sestrinstvo.

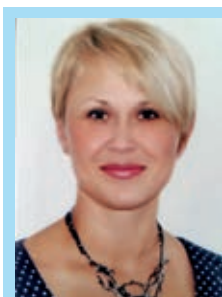
Od 2004. je tajnica Podružnice HKMS Dubrovačko-neretvanske županije, od 2006. predsjednica Podružnice. Članica je Vijeća HKMS od 2007. godine.



Istarska županija

### NADA TADIĆ, dipomirana medicinska sestra

Radi u OB Pula već 30 godina. Trenutno je glavna sestra ORL odjela, a članica je Vijeća HKMS od 10. mjeseca 2015. god.

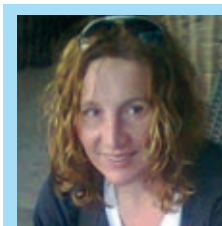


Karlovačka županija

### KAROLINA VIŽINTIN, magistra sestrinstva

2013. godine završila je Sveučilišni diplomski studij pri Medicinskom fakultetu Zagreb.

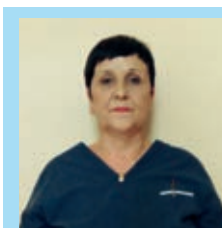
Radi kao pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo od 2008. godine u OB Karlovac. Članica je tima Palijativne skrbi u Karlovačkoj županiji, članica Radne skupine za razvoj profesije sestrinstva, razvoj sustava edukacije i evaluacije u zdravstvu u Ministarstvu zdravlja.



Ličko-senjska županija

### DUBRAVKA JAKŠETIĆ, magistra sestrinstva

Radi kao v.d. ravnateljice Doma zdravlja Gospić. Ima 27 godina radnog staža, od toga 20 godina radi u Domu zdravlja Gospić, prvo kao patronažna sestra, a zatim kao glavna sestra i pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo. Završila je diplomski stručni studij menadžment u sestrinstvu u Zagrebu, a zatim i sveučilišni diplomski studij sestrinstva u Osijeku. Od 2003. do 2011. bila je predsjednica Podružnice HKMS Ličko-senjske županije. Članica je Vijeća HKMS od osnutka Komore, a dopredsjednica Vijeća bila je u mandatu 2008.-2012.

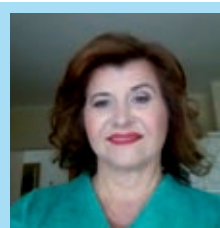


Osječko-baranjska županija

### VERICA ALERIĆ, magistra sestrinstva

Nakon završenog srednjoškolskog obrazovanja i prvostupništva 2013. godine završila je sveučilišni diplomski studij sestrinstva i stekla naziv magistra sestrinstva. Ima 33 godine radnog iskustva i u KBC Osijek je glavna sestra Odjela za torakalnu kirurgiju.

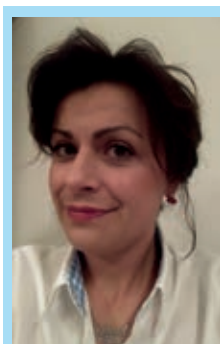
Članica je Vijeća Komore od njezinog osnutka, a 9. lipnja 2016. imenovana je dopredsjednicom Hrvatske komore medicinskih sestara.



Požeško-slavonska županija

### LJERKA MARUKIĆ, magistra sestrinstva

Srednju medicinsku školu završila je u Požegi 1979.godine. Višu medicinsku školu završila je 1985.godine, a razlikovni studij sestrinstva 2005.godine. Na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu 2008.godine završila je studij Menadžment u sestrinstvu i stekla naziv „diplomirana medicinska sestra“. Sveučilišni diplomski studij sestrinstva završila je 2014.godine te stekla naziv „magistra sestrinstva“. Radi u OŽB Požega u Jedinici za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite. Članica je Vijeća HKMS od 2007.godine.



Primorsko-goranska županija

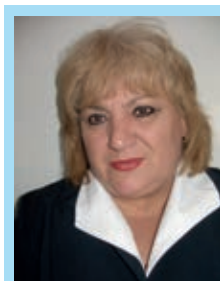
### RENATA VOLKMER STAREŠINA, magistra sestrinstva

Rođena 12.04.1981., udata, majka dvojice sinova. Zaposlena u Odsjeku bolničke dijagnostike u Thalassoterapiji Crikvenica.

Autor nekoliko znanstvenih i stručnih članaka te aktivni sudionik domaćih i stranih kongresa.

Motiv za kandidaturu u Vijeće HKMS-a su promjene koje će sestrinstvo podići na zasluženom mjesto te prepoznavanje sestrinstva i važnosti uloge naše profesije u sustavu zdravstva.

Uvjeren je da će ovaj sastav Vijeća u svome mandatu to i ostvariti.



Varaždinska županija

### MARTA DRETAR, diplomirana medicinska sestra

Pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo – Glavna sestra u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Varaždinske Toplice. Bila je tajnica Podružnice Varaždinske županije od samog početka rada Komore. Četiri godine bila je predsjednica Povjerenstva za trajno usavršavanje medicinskih sestara pri HKMS. Članica je Vijeća HKMS u drugom mandatu. Njezin cilj rada u tijelima HKMS je boljitak i unaprjeđenje struke prema obrazovanju i zasluženom vrednovanju na staleškoj razini kakva i pripada medicinskim sestrama.



Vukovarsko - srijemska županija

### AGNEZA ALEKSIJEVIĆ, magistra sestrinstva

Srednju medicinsku školu završila je u Vukovaru 1981. godine. Studij za više medicinske sestre upisala je u Zagrebu, godine 1991 po izlasku iz Vukovara, gdje dolazim kao dragovoljac Domovinskog rata i prognanik. Specijalistički stručni studij – Menadžment u sestrinstvu u Zagrebu završila je 2008. godine i stekla naziv diplomirana medicinska sestra. U Osijeku je 2014. godine završila Sveučilišni diplomski studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Osijeku i stekla naziv magistra sestrinstva. Polaznik je treće godine poslijediplomskog doktorskog studija management u Osijeku.

Prvo radno iskustvo stekla je u Medicinskom centru Vukovar od 1984. Godine, gdje i danas radi kao pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo.

Članica je Vijeća Komore od 2007. Godine.

PRIPREMILA: Normela Radoš

# TRAJNO PROFESIONALNO/STRUČNO USAVRŠAVANJE



Obaveza trajnog usavršavanja je potreba i zakonska obaveza svih reguliranih profesija, pa tako i sestrijske. Stalne promjene i brz razvoj biomedicinskih znanosti i produljenje životnog vijeka nameću nužnu prilagodbu novim tehnologijama i metodama liječenja i njege, što zahtjeva stalno učenje i usavršavanje medicinskog osoblja nakon formalnog obrazovanja bilo koje razine. Razina kvalitete zdravstvene njege i odgovarajuća briga za pacijenta su najvažniji pokazatelji uspješnosti u primjeni stečenih znanja i kompetencija.

Medicinske sestre u RH imaju obavezu trajnog usavršavanja definiranu Zakonom o sestrištvu (čl.12), a propisuje ga i Direktiva EU. Pravilnikom Komore je dodatno definiran sadržaj, rokovi i postupci, kao i vrednovanje pojedinih sadržaja trajnog usavršavanja.

U EU postoje različiti modeli trajnog usavršavanja, ali zajedničko svim je da su obvezni. U ovom broju predstavljamo jedan od modela usavršavanja u Republici Irskoj, koji se provodi kroz visokoobrazovne institucije.

## KAKO FUNKCIONIRA MODEL TRAJNOG USAVRŠAVANJA U IRSKOJ?

Održavanje razina kompetencija u Republici Irskoj je moguće kroz (1) trajnu edukaciju i (2) trajno stručno usavršavanje. Trajna edukacija obuhvaća planirano iskustvo učenja u svrhu **povećanja razine** znanja i vještina koje se primjenjuju u praksi, njezi pacijenata, edukaciji, administraciji i istraživanju.

Trajno usavršavanje predstavlja nužan proces **usvajanja novih znanja i kompetencija** koje omogućavaju svim sestrama provođenje sestrijske prakse u svakom zdravstvenom sustavu.

Vrste programa koji se smatraju trajnim usavršavanjem su:

- ✓ Usvajanje novih vještina
- ✓ Radionice za napredne vještine
- ✓ Predavanja
- ✓ Mentorstva

- ✓ Održavanje naprednih tečajeva
- ✓ Konferencije
- ✓ Specifični ciljani programi učenja

Minimalno trajanje programa je 40 minuta što obuhvaća jednu jedinicu za bodovanje pojedinog programa.

Kako bi bili prihvatljivi za vrednovanje, programi moraju obuhvatiti sljedeće:

- ✓ Naznačiti jasno potrebu za predloženom vrstom edukacije
- ✓ Biti objektivni i utemeljeni na iskustvu
- ✓ Uključiti sestre u proces planiranja edukacije
- ✓ Biti relevantan za kliničku, edukacijsku, istraživačku ili drugu stručnu aktivnost u sestrištvu
- ✓ Identificirati ciljeve i rezultate edukacije temeljem jasnih, specifičnih, mjerljivih i izvedivih pokazatelja
- ✓ Imati određenu profesionalnu razinu i standard u prenošenju znanja
- ✓ Doprinijeti širenju kliničke prakse i biti fokusiran na dobrobit pacijenta, ali uključiti i područja upravljanja, zakonske regulative i etičkih standarda sestrijske prakse
- ✓ Uključiti sadržaj edukacije utemeljen na dokazima i sukladan zakonu, zdravstvenim politikama i standardima





**MEDICINSKE SESTRE U RH IMAJU OBAVEZU TRAJNOG USAVRŠAVANJA DEFINIRANU ZAKONOM O SESTRINSTVU (ČL.12), A PROPISUJE GA I DIREKTIVA EU. PRAVILNIKOM KOMORE JE DODATNO DEFINIRAN SADRŽAJ, ROKOVI I POSTUPCI, KAO I VREDNOVANJE POJEDINIH SADRŽAJA TRAJNOG USAVRŠAVANJA.**

- ✓ Uključiti metodu ocjenjivanja (ne samo sudionika, nego i regulatora, te neovisnih profesionalnih tijela)
- ✓ Priložiti životopise predlagatelja programa i predavača.

Odobrenje ili akreditacija pojedinog programa ili predavanja prijavljuje se u elektronskom obliku ili putem pošte na akreditacijski odjel trajnog usavršavanja.

Prijava mora sadržavati: naziv programa, detalje o organizatoru predavanja, sažetak programa, značaj tečaja, opravdanost provedbe programa, ciljevi i ishodi programa koji moraju biti mjerljivi, ciljna skupina sudionika, trajanje programa u satima/ danima, mjesto događanja, resursi potrebni za održavanje programa, sadržaj i satnica događanja, strategije i metode učenja, procjena ishoda predavanja, mogućnost pitanja i odgovora i ocjene predavanja, te detalji o vanjskim sponzorima (ukoliko postoje) te lista sudionika. Potvrdu o sudjelovanju izdaje institucija koja odobrava program i nadležna Komora.

*Preuzeto sa <https://www.rcsi.ie>*

/ ET /

PRIPREMILA: Marija Hegeduš Matetić, prvostupnica sestrinstva, ET

STOMA MEDICAL d.o.o.

Viši stručni suradnik za ostomiju

## ENTEROSTOMALNI TERAPEUT

Povijest enterostomalne terapije veže se uz povijest razvoja kirurških tehnika formiranja stome.

Riječ stoma grčkog je podrijetla i znači „otvor“. Postoje različite vrste stoma: kolostoma, ileostoma, urostoma, traheostoma, gastrostoma... Kada govorimo o crijevnim stomama, jedna od najčešćih su kolostoma i ileostoma v- okrugli ili ovalni otvor na koji se debelo crijevo (kolostoma) ili tanko crijevo (ileostoma) izvodi na površinu trbušne stijenske i postaje završni dio probavnog sustava kroz koji spontano izlazi feces, a ako je riječ o urostomi - kroz taj otvor izlazi mokraća.

Već sama pomisao na kirurški zahvat nije ugodna, a ako se uz to treba suočiti i s izvođenjem stome na trbušnoj stijenci, to će zasigurno izazvati strah i

nelagodu. Neugodni sadržaj (feces, mokraća), koji izlazi iz stome na nefiziološkim mjestima, stvara

veliku psihološku zapreku u resocijalizaciji i povratku uobičajenom načinu života. To od zdravstvenih djelnika zahtijeva i posebna znanja i vještine u zdravstvenoj njezi bolesnika sa stomom. Tako se razvija potreba za specifičnom zdravstvenom njegom- **enterostomalnom terapijom**.

Začetnica enterostomalne terapije je gđa Norma Gill, koja je sama imala ileostomu.

1958. godine Norma Gill i dr Turbul otvorili su prvu Školu enterostomalne terapije (ET) u Cleveland Clinic.

/ ET /



Ispočetka je to bila škola za laike, a kasnije su se u školu uključile medicinske sestre.

1968. godine diplomiralo je prvih 12 enterostomalnih terapeuta (ET), koji su kasnije osnovali i Udrugu medicinskih sestara ET.

1978. godine doc. dr. Pavle Košorok posvetio se širenju potrebe za enterostomalnim terapeutima u UKC Ljubljana. Prvi enterostomalni terapeut u Sloveniji, 1981. godine bila je medicinska sestra Metka Zima, s diplomom Clevelandske klinike. Potom slovenske medicinske sestre nastavljaju sa školovanjem za enterostomalne terapeute u Njemačkoj i Engleskoj gdje takve škole već postoje.

1980. godine u Clevelandu je održan Svjetski kongres enterostomalnih terapeuta, WCET, a glavni zaključak tog kongresa je bio da **Enterostomalni terapeuti mogu biti samo zdravstveni djelatnici**, a gđa Norma Gill je ostala počasna članica. Na tom kongresu je osnovan i Fond Norma Gill koji je imao zadatak širiti ideju o razvoju i obrazovanju prvih enterostomalnih terapeuta diljem svijeta. Tako je školovanje za enterostomalne terapeute počelo u Pensilvaniji, u državi Michigan, u Njemačkoj- u Berlinu, te u Engleskoj- u Londonu.

Kako je u to vrijeme izbor pomagala za pacijente sa stomom bio vrlo skroman, jednako tako je bilo skromno i znanje zdravstvenih djelatnika o njezi same stome. Tek u drugoj polovici 20. stoljeća dolazi do razvoja stoma pomagala, popularno zvanih „vrećica“ u jednodijelnom i dvodijelnom sustavu. Uz skrb o zbrinjavanju stome, trebalo je paziti da koža oko stome ostane zdrava. Kvaliteta života tih pacijenata bila je loša. Stoma je postala stigma (negativno obilježavanje osobe samo zato što ima stomu, sram...), koju još do danas, usprkos modernim i kvalitetnim stoma pomagalima i dobroj zdravstvenoj skrbi, nismo uspjeli u potpunosti odmaknuti.

1992. godine po smjernicama WCETA otvorena je Škola enterostomalne terapije u Ljubljani, koja je dala prvu generaciju slovenskih medicinskih sestara, enterostomalnih terapeuta s međunarodnim certifikatom, a m.s. Metka Zima bila je i prvi međunarodni delegat za Sloveniju.

Tako je Škola enterostomalne terapije u Sloveniji u skladu sa smjernicama svjetskog udruženja dopunjavala svoj program i ponovila nekoliko Tečajeva.

2008. godine Slovenija je bila domaćin WCET-a- Svjetski kongres enterostomalne terapije, održan je u Ljubljani na kojem sam kao i na mnogim drugima, bila prisutna.



Značka  
Enterostomalnog terapeuta

## POSTOJE:

- ✓ **ECET**- European Council of Enterostomal Therapist - Kongres će se održati 2017. godine u Berlinu, i
- ✓ **WCET**- World Council of Enterostomal Therapist, koji se ove godine održava u ožujku u South Africa, Cape Town

**09.02.2015.** Školu Enterostomalne terapije u Ljubljani, uz još 17 medicinskih sestara iz Slovenije, upisujemo i tri medicinske sestre iz Zagreba:

**IVANKA BENČIĆ,**  
*KBC Sestre milosrdnice*

**IVANKA GAŠPARIĆ,**  
*KBC Sestre milosrdnice*

**MARIJA HEGEDUŠ MATETIĆ,**  
*Stoma medical d.o.o.*

Škola traje 8 tjedana ili 320 sati s teorijskom i praktičnom, kliničkom nastavom. Potrebno je napisati Istraživački rad, a nakon kliničkog dijela nastave po odjelima, položiti ispit iz znanja i vještina kliničkog osposobljavanja. Završni ispit je test od 194 pitanja.

## KOJE SU KOMPETENCIJE U PROGRAMU SPECIJALIZACIJE ZA ET:

- ✓ Zdravstvena njega pacijenata sa svim stomama
- ✓ Zdravstvena njega pacijenata s kroničnom ranom
- ✓ Zdravstvena njega pacijenata s fistulom
- ✓ Zdravstvena njega pacijenata s inkontinencijom
- ✓ Zdravstveno- odgojni rad
- ✓ Istraživački rad
- ✓ Vođenje dokumentacije
- ✓ Informiranje i edukacija članova u zdravstvenom timu

## MJESTA RADA ET SU:

- ✓ **Bolnice** - odjeli kirurgije, urologije, ginekologije, Dječji odjeli, ORL, Interna, Onkološki odjeli, Dermatološki odjeli, Polikliničke djelatnosti
- ✓ **Domovi Zdravlja** - Ambulante, Savjetovališta, Patronažna djelatnost
- ✓ **Zdravstvena njega u kući bolesnika**
- ✓ **Domovi za stare i nemoćne**
- ✓ **Društva zdravstvenih djelatnika**
- ✓ **Udruge pacijenata**

Vizija kvalitetne zdravstvene njege temelji se na postignuću ciljeva, a osnovni cilj je samostalnost pacijenta u obavljanju osnovnih životnih aktivnosti.

Vjerujem da sam Vam uspjela približiti širinu i kompetencije medicinske sestre ENTEROSTOMALNOG TERAPEUTA - ET.

Neizmjerljivo sam ponosna što je i Hrvatsko sestrinstvo obogaćeno sa tri medicinske sestre sa međunarodnim certifikatom ET.

Vjerujem da ćemo svojim znanjem, radom i aktivnostima doprinjeti još kvalitetnijoj njezi naših bolesnika.

Pred nama su veliki izazovi!?

Podjela certifikata: HRVATSKI ENTEROSTOMALNI TERAPEUTI:  
Ivanka Benčić, Ivanka Gašparić, Marija Hegeduš Matetić



## INFORMACIJSKO-KOMUNIKACIJSKE TEHNOLOGIJE U PATRONAŽNOJ DJELATNOSTI

PRIPREMILE:

Danijela - Lana Domitrović, bacc.med.techn.

Anita Struški, bacc.med.techn.

# NOVE INFORMACIJSKO-KOMUNIKACIJSKE TEHNOLOGIJE U PATRONAŽNOJ DJELATNOSTI

Živimo u doba u kojem nam je IT komunikacija omogućila dostupnost i učinkovitost. Prije 30 godina o ovakvoj budućnosti nismo ni razmišljali. Vrhunska tehnologija u zdravstvenom sustavu iz dana u dan donosi novitete što nije zaobišlo ni primarnu zdravstvenu zaštitu i patronažnu djelatnost. IT komunikacija u patronažnoj djelatnosti omogućuje brzu i učinkovitu komunikaciju sa ostalim djelatnicima unutar zdravstvenog sustava, poglavito liječnicima obiteljske medicine, bolju radnu učinkovitost, olakšanu edukaciju pacijenata i nadzor nad zdravstvenim stanjem pacijenta što u konačnici smanjuje troškove liječenja.

U Domu zdravlja Zagreb Centar patronažne sestre uključene su u dva projekta koja u bliskoj budućnosti mogu olakšati rad i postati glavni alati u prevenciji bolesti, edukaciji populacije i promociji zdravlja.

## UNIGLUKO

UNIGLUKO je inovativni sustav koji na siguran i jednostavan način prikuplja podatke o izmjenjenim vrijednostima šećera u krvi iz gotovo svih tržišnih dostupnih glukometara. Primjenom uniGluko sustava zdravstveni djelatnici su u stanju pratiti svakog pacijenta temeljem stvarnih podataka u realnom vremenu te uputiti pacijenta na vrijeme nadležnom liječniku za eventualnu promjenu terapije kako bi dobili optimalnije vrijednosti šećera u krvi. UniGluko sustavom omogućujemo rano otkrivanje same bolesti (svega je 58% oboljelih ima dijagnosticiran dijabetes) i još važnije rano otkrivanje komplikacija koje su posljedica lošeg reguliranog dijabetesa (samo 7.39% oboljelih nema komplikacija). Na



taj način se smanjuje broj nepotrebnih odlazaka liječniku, nepravilno korištenje trapije i trakica za mjerenje GUK-a, a u konačnici smanjujemo troškove liječenja.

## DIJABETES

Dijabetes je poremećaj metabolizma koji dovodi do povišene razine šećera u krvi.

Postoje 2 tipa dijabetesa:

Iako je tip-1 teži oblik dijabetesa, gdje su pacijenti ovisni o terapiji inzulinom, tip-2 čini 90% ukupne populacije dijabetičara, a nastaje zbog povećanja otpornosti jetre na inzulin, većinom kao posljedica loše prehrane i nedostatka fizičke aktivnosti.

## U ČEMU JE PROBLEM?

Iako se razina šećera u krvi mjeri digitalnim glukometrima, pacijenti ručno upisuju rezultate mjerenja u papirnatu dnevnik samokontrole, što rezultira nepouzdanim i netočnim podacima.

Kako se samo na tržištu RH nalazi 37 različitih glukometara, liječniku je očitavanje podataka gotovo neprovedivo u praksi, jer svaki uređaj zahtjeva svoj kabel i softver.

Ipak, najznačajniji problem su komplikacije nekontroliranog dijabetesa – oštećenja očiju, otkazivanje bubrega te kardiovaskularnog i cerebrovaskularnog sustava.

Kako upravo komplikacije čine 86% troškova dijabetesa od ukupno 3 milijarde kuna (RH), da bi ih smanjili, moramo pacijentima omogućiti veći broj mjerenja razine šećera u krvi, a zdravstvenim djelatnicima pristup rezultatima mjerenja bez obzira na korištenje glukometara.

## UNIGLUKO SUSTAV

Riješenje problema je uniGluko sustav - plod više-godišnjeg istraživanja i suradnje sa zdravstvenom zajednicom, financiran sredstvima EU fondova. UNIGLUKO se sastoji od 3 glavne komponente:

- UniGluko MOBILE – služi za osobnu upotrebu pacijenta, svi podaci se prenose u UniGluko CLOUD platformu te su time dostupni svim zdravstvenim djelatnicima koji se brinu o pacijentu
- UniGluko CLINIC – trenutno u pilot projektu, svaka ordinacija koja brine o bolesnicima sa dijabetesom ima UNIGLUKO uređaj pomoću kojeg sinkronizira podatke sa pacijentovog aprata za mjerenje GUK-a te liječnik dobiva uvid u samokontrolu i liječenje pacijenta
- UniGluko CLOUD – za ustanove, svi rezultati mjerenja se pohranjuju u cloud platformu, osigurana je privatnost i sigurnost podataka, čime

su zadovoljeni uvjeti za rad unutar CEZIH-a, svi podaci dobiveni i pohranjeni na UNIGLUKO cloud platformi mogu se koristiti u kliničkim studijama, a pilot projekt je do sada pokazao veću kontrolu liječenja dijabetesa, smanjenje komplikacija kao i troškova liječenja.

## UniGluko CLINIC

Informacijsko-komunikacijski pilot projekt „Ponesi glukometar u svoj Dom zdravlja“ započeo je krajem prošle godine lecima i plakatima po zagrebačkim tramvajima i autobusima te na ukupno deset lokacija Doma zdravlja Zagreb Centar i Doma zdravlja Zagreb Zapad koji su operativno uključeni u projekt. Ovaj pilot omogućuje liječnicima i patronažnim sestrama jednostavniji i brži uvid u točne podatke o mjerenjima glukoze u krvi obavljenim izvan zdravstvenih ustanova čime se

**PONESI GLUKOMETAR U SVOJ DOM ZDRAVLJA**

**U ČEMU JE PROBLEM**

- ▶ U Hrvatskoj ima preko 230.000 oboljelih od dijabetesa.
- ▶ Samo 74% oboljelih ostvaruje željeni nivo terapije i tako bez komplikacije.
- ▶ Bitna je ispravni dijabetesom „na vrijeme“, što uključuje i redovitu samokontrolu.

**ZAŠTO TREBATE PONIJETI SVOJ GLUKOMETAR**

- ▶ Redovna samokontrola i mjerenje šećera u krvi su ključni u liječenju dijabetesa.
- ▶ Mjereni podaci su temelj za ispravnu odluku o terapiji.
- ▶ Ključno je izgraditi pravilan stav bolesnika prema svojoj bolesti.

*Pilot projekt omogućuje ne-povratno poboljšanje zdravstvene skrbi za osobe s dijabetesom*

značajno povećava djelotvornost njihovog stručnog savjetovanja. Projekt na kojem uspješno surađuju tvrtke uniGluko, Ericsson Nikola Tesla i MCS Grupa, koristi postojeće mehanizme razmjene podataka u Centralnom zdravstvenom informacijskom sustavu RH (CEZIH) te se u potpunosti uklapa u već implementirane procese.

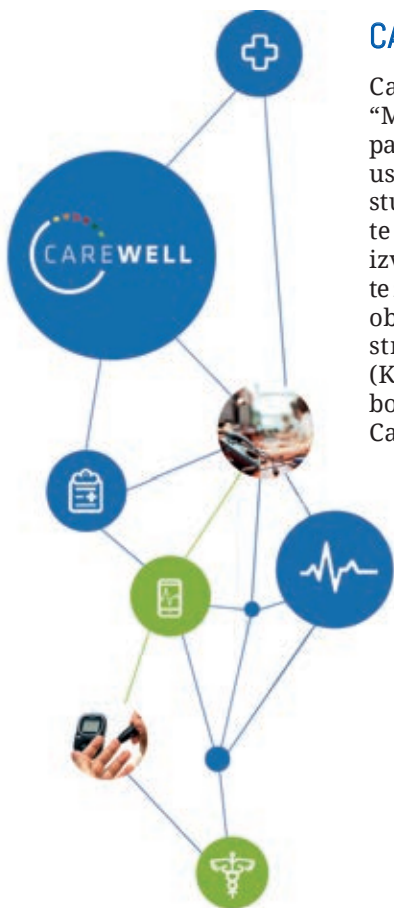
Podaci očitani iz glukometara tako zamjenjuju često netočne ili nepotpune podatke iz dnevnika samokontrole pa se očekuje da će to smanjiti broj komplikacija kao i troškove terapije dijabetesa u zdravstvenom sustavu. Ministarstvo zdravlja i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje dobivaju ovim pilot projektom uvid u novi suvremeni ICT alat za poboljšanje učinkovitosti, pravovremenosti, sigurnosti i kvalitete medicinskih usluga kao i realan temelj za kreiranje jedinstvenog registra glikemija.



Sa stajališta korisnika procedura je jednostavna: treba samo ponijeti svoj glukometar u Dom zdravlja na ukupno desete pristupnih točaka. Tamo će patronažna sestra pomoću uniGluko uređaja podatke dobivene svakodnevnim višekratnim mjerenjima za nekoliko minuta sinkronizirati i dostaviti ih u nacionalni sustav za pohranu mjerenja učinjenih izvanbolničkim uređajima mZdravlje koji je već integriran je u CEZIH. Patronažna sestra uvidom u dobivene grafove na temelju dnevnih, tjednih i mjesečnih mjerenja educira pacijenta o važnosti pravilne prehrane, važnosti tjelovježbe kao i važnosti pravilne samokontrole u poboljšanju kvalitete liječenja same bolesti, a time i smanjenju mogućnosti komplikacija. Pomoću aplikacije Medicus.net ti podaci postaju dostupni izabranom liječniku svakog pojedinog pacijenta što olakšava prilagodbu terapije i savjete za kontrolu bolesti.

## CAREWELL

CareWell, punim nazivom "Multi-level integration for patients with complex needs", usmjeren je na povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite te na unaprjeđenje procesa izvanbolničke skrbi i kvalitete života bolesnika, primarno oboljelih od kroničnih opstruktivnih plućnih bolesti (KOPB), kardiovaskularnih bolesti i dijabetesa. U projekt CareWell sudjeluje ukupno 6 zemalja članica EU. Operativna provedba uključuje paralelne pilot-projekte u šest europskih regija i to Baskija iz Španjolske, Apulija i Veneto iz Italije, Donja Šleska iz Poljske te Powys iz Velike Britanije.



## M-ZDRAVSTVO IMA VELIKI POTENCIJAL RAZVOJA U HRVATSKOJ, I OVIM SMO PROJEKTOM DOKAZALI DA MOŽEMO DOSTIĆI SVJETSKJE REZULTATE, A SA INOVATIVNOŠĆU I KORIŠTENJEM IT TEHNOLOGIJE U ZDRAVSTVU POSTIŽEMO BOLJU ZDRAVSTVENU SKRB ZA NAŠE KORISNIKE.

Projekt je započeo 2014.g, a završetak je planiran početkom 2017.g. Projekt je vrijedan 3 milijuna eura, a financiran je sredstvima EU iz Okvirnog programa za konkurentnost i inovativnost (EU CIP), te je Europska unija postavila stroge kriterije za njegovu provedbu. U hrvatskom pilotu sudjeluje Hrvatsko društvo za farmakoeonomiku i ekonomiku zdravstva, koji su prepoznali koliko je briga za starije osobe u središtu interesa zdravstvenih projekata, Ericsson Nikola Tesla, kompanija koja je postigla značajne rezultate na uspostavi i razvoju zdravstvenih informacijskih sustava, Fakultet elektrotehnike i računarstva, kao regionalni lider u razvijanju i uspostavi elektroničkog zdravstva, te Dom zdravlja Zagreb Centar, ustanova na čijem je području značajan udio starijih i kroničnih bolesnika, a u kojoj su već uloženi veliki naponi i inicijative za poboljšanje skrbi za starije osobe.

Dom zdravlja Zagreb Centar (DZZC) predstavlja šest timova iz primarne zdravstvene zaštite, sastavljenih od liječnika obiteljske medicine i patronažnih sestara te 110 pacijenata starosti iznad 65 godina.

Projekt se sastoji od dvije faze:

- Pripremna (izrada edukacijskih materijala, regrutiranje pacijenta)
- Operativna (provođenje mjerenja)

Za potrebe projekta razvijen je atraktivan i suvremeni edukacijski materijal koji su napravile patronažne sestre, a sadrži 3D animacije iz područja dijabetesa, plućnih bolesti i bolesti krvožilnog sustava i kreiran je na hrvatskom jeziku posebno za potrebe edukacije pacijenata te sadrži i informacije vezane uz pravilnu prehranu i tjelovježbu. Edukacija je prilagođena starijim osobama, slabovidnim osobama kao i slijepima. Edukacijske filmove pacijenti mogu pregledavati na svojim mobilnim telefonima ili svojim televizorima, inovaciji Home Health Smart TV koju su posebno za ovaj projekt razvili na FER-u. Ovi edukacijski kratki filmovi dostupni su i široj javnosti korištenjem popisa za reprodukciju (Playlists) na YouTube kanalu Ericssona Nikole Tesle.

Korištenjem mobilnih tehnologija te bežičnih mjernih senzora, patronažne sestre tijekom mjesečnih kućnih posjeta educiraju pacijente novim digitalnim edukacijskim materijalima te svakom pacijentu mjere vitalne parametre i čine ih u istom trenutku dostupnima liječniku obiteljske medicine, uz evaluacijske upitnike koje ispunjavaju vezano uz stanje i promijene pacijenta tri puta godišnje. Timovi koriste Ericsson Mobile Health sustav za udaljeni medicinski nadzor pacijenata, a svi su opremljeni vlastitim kompletima uređaja za praćenje vitalnih parametara (12 kanalni EKG, spirometar, tlakomjer, pulsni oksimetar, aparat za mjerenje GUK-a, vaga) koje je donirala kompanija Ericsson Nikola Tesla. Carewell je integriran sa Medicus.Net programom liječnika koji su uključeni u pilot projekt. Liječnik redovito, na mjesečnoj razini, pregledava rezultate kućnih posjeta te daje mišljenja i koordinira s patronažnom sestrom aktivnosti za naredne posjete. Usluga pacijentima omogućuje učinkovitu komunikaciju sa zdravstvenim sustavom te potporu u promjeni životnog stila i preuzimanju aktivne ulogu u poboljšanju vlastitog zdravlja.

Cilj projekta je analiza efekta poboljšane usluge na zdravstvene parametre starijih pacijenata s kompleksnim potrebama koji boluju od kroničnih bolesti, na kvalitetu njihovog života te na efikasnost zdravstvenog sustava. Cilj je i bolja integracija službi unutar Doma zdravlja, a dugoročno i izvan njega.

Dosadašnje pozitivne reakcije kroničnih pacijenta i njihovih obitelji, te vidljiva poboljšana skrb za starije ukazuju na potrebu nastavka provođenja mjerenja. Projekt bi se mogao implementirati na razini nekoliko županija ili cijele Hrvatske te bi se za znatno veći broj osoba, uz manje sredstava, postignu bolji rezultati u kontroli kardiovaskularnih bolesti, KOPB-a i dijabetesa.

M-zdravstvo ima veliki potencijal razvoja u Hrvatskoj, i ovim smo projektom dokazali da možemo dostići svjetske rezultate, a sa inovativnošću i korištenjem IT tehnologije u zdravstvu postizemo bolju zdravstvenu skrb za naše korisnike.



**IT KOMUNIKACIJA U PATRONAŽNOJ DJELATNOSTI OMOGUĆUJE BRZU I UČINKOVITU KOMUNIKACIJU SA OSTALIM DJELATNICIMA UNUTAR ZDRAVSTVENOG SUSTAVA, POGLAVITO LIJEČNICIMA OBITELJSKE MEDICINE, BOLJU RADNU UČINKOVITOST, OLAKŠANU EDUKACIJU PACIJENATA I NADZOR NAD ZDRAVSTVENIM STANJEM PACIJENTA ŠTO U KONAČNICI SMANJUJE TROŠKOVE LIJEČENJA.**

## STRUČNI ČLANCI

# UČESTALOST KOMPLIKACIJA KOD BABINJAČA S OBZIROM NA KRONOLOŠKU DOB

Valentina Matic<sup>1</sup>, Ana Mihalina<sup>2</sup>, Una Mujčić Čančarević<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Valentina Matic,  
studentica sestrištva  
Zdravstveno veleučilište  
Mlinarska ul. 38, 10 000 Zagreb  
e-mail: valentina.matic@yahoo.com

<sup>2</sup>Ana Mihalina,  
studentica sestrištva  
Zdravstveno veleučilište  
Mlinarska ul. 38, 10 000 Zagreb  
e-mail: ana.mihalina@gmail.com

<sup>3</sup>Una Mujčić Čančarević,  
studentica sestrištva  
Zdravstveno veleučilište  
Mlinarska ul. 38, 10 000 Zagreb  
e-mail: mujcic.una@gmail.com

## SAŽETAK

**UVOD:** Suvremena medicina prebacuje svoj fokus s kurativnog aspekta na preventivni aspekt. U domeni opstetricije, pridaje se veća pozornost djelovanju na rizične čimbenike unutar perinatalnog razdoblja. Iako se na određene rizične čimbenike ne može djelovati, adekvatnom skrbi može se utjecati na pojavnost određenih nepovoljnih stanja, kako za majku tako i za dijete. Osnova kvalitetne antenatalne skrbi ponajprije su redoviti klinički pregledi trudnica, savjetovanje trudnica o higijeni i prehrani tijekom trudnoće, redoviti pregledi ultrazvukom te psihofizička priprema trudnica za porođaj (1).

**CILJ:** Glavni cilj rada bio je istražiti učestalost komplikacija kod roditelja i babinjača u odnosu na kronološku dob u KBC Sestre milosrdnice.

**METODE ISTRAŽIVANJA:** Tijekom istraživanja dodijeljen je anoniman upitnik zatvorenog tipa roditeljama, distribuiran vlastoručno na odjelima te obrađen odgovarajućim statističkim metodama.

**REZULTATI:** Prema istraživanju provedenom na uzorku od 114 babinjača, uočeno je da je najveća učestalost provedbe carskog reza u dobnoj skupini od 31. do 35. godine (tablica 1). Nadalje, prilikom ispitivanja utjecaja bračnog statusa na moguće komplikacije, uočeno je kako je 97 ispitanica (N=114) udano (tablica 2). Uz to, uočeno je kako su najčešće komplikacije gestacijski dijabetes, prijevremeni porod i prenešena trudnoća (tablica 4) te je promatrana incidencija pojedine komplikacije u odnosu na kronološku dob trudnice (tablica 3). Posljednje istraživanjem dobiveno je da je većina ispitanica obavila prvi ginekološki pregled prije navršnih 18 godina života (tablica 5).

**ZAKLJUČAK:** Zaključno je da se specifične komplikacije vezane uz kroničnu dob ne javljaju kao pravilo, već kao iznimka. Potrebno je provesti dodatna kompleksnija istraživanja kako bi se utvrdila statistika na većem broju ispitanika.

## KLJUČNE RIJEČI:

komplikacije, roditelje, babinjače, kronološka dob, porod

## UVOD

Trudnoća predstavlja razdoblje ženina života tijekom kojeg ona nosi plod (oplođeno jajašce), a u prosjeku traje oko 280 dana. Većina trudnica trudnoću iznese bez ikakvih komplikacija, no ponekad se ipak javljaju pa ih je nužno na vrijeme prepoznati i intervenirati. Važno je naglasiti da je ključna uloga antenatalne skrbi koja obuhvaća niz preventivnih, higijenskih i socijalnih mjera s ciljem očuvanja zdravlja trudnica i osiguranja normalnog razvoja ploda s ciljem snižavanja perinatalnog mortaliteta i morbiditeta. Antenatalna skrba je sustav zaštite materinstva tijekom trudnoće. Sastoji se u potpunom obuhvaćanju svih trudnica dovoljnim brojem kvalitetnih pregleda. Već pri prvom pregledu na temelju faktora ugroženosti probiru ugrožene trudnoće, njih 15-20% kojim je potrebna pojačana ciljana antenatalna skrba.<sup>1</sup> Nužno je osigurati adekvatnu perinatalnu skrbi čiji postupak dovodi do smanjenja broja nedonošene djece, posebice one vrlo niske porođajne težine. Rana dijagnoza i liječenje raznih patoloških stanja trudnoće uz odgovarajući suvremeni

nadzor i vođenje poroda, omogućavaju prevenciju komplikacija. Zaštita u porodu uključuje brigu za pravilne trudove i odgovarajuću analgeziju što je preduvjet za dobru progresiju poroda.

*Gestacijski dijabetes* teži je poremećaj regulacije glukoze u krvi povezan s perinatalnim komplikacijama. Podatci iz Ljetopisa dokazuju da se učestalost gestacijskog dijabetesa u Hrvatskoj u posljednjih 10 godina povećala 4 puta s 0,93% 2005. godine na 2,23% 2010. godine te 4,57% 2014. godine. Istraživanja pokazuju da se gestacijski dijabetes javlja u 15% trudnoća diljem svijeta te da predstavlja najčešći metabolički poremećaj u trudnoći (2). Spontani pobačaj, infekcija mokraćnog sustava, ketoacidoza i prerani porođaj predstavljaju najčešće komplikacije uzrokovane gestacijskim dijabetesom (3). Prema najnovijim smjernica dijagnoza gestacijskog dijabetesa postavlja se ukoliko je vrijednost glukoze na tašte  $\geq 7,0$  mmol/L. Također gestacijski dijabetes se potvrđuje ukoliko su vrijednosti 2 sata nakon OGGT testa  $>11.1$  mmol/L<sup>2</sup> (2).

*Gestacijska hipertenzija* očituje se vrijednošću sistoličkog tlaka trudnice iznad 160 mmHg i/ili dijastoličkog tlaka iznad 90 mmHg. Prognoza je u većini slučajeva povoljna, ukoliko ne dođe do razvitka proteinurije te prijem u bolnicu nije potreban. Međutim, hipertenzija je jedan od glavnih uzroka smrtnosti trudnica, a iznosi čak 10-15% u razvijenim zemljama ukoliko se ne liječi. Hospitalizacija je nužna kod povišenja tlaka iznad 100 mmHg ili ukoliko se primijeti pojava glavobolje ili bolova u epigastriju (4).

*Prijevremeni porod*, prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, predstavlja bilo koji porod prije 38. tjedna trudnoće. Komplikacija prijevremenog poroda odgovorna je za 35% neonatalnih smrti godišnje u svijetu (5). Kod otprilike 7-10% žena trudovi počinju između 20. i 38. tjedna trudnoće te je mortalitet ploda u takvim slučajevima proporcionalan stupnju prijevremenog poroda. Klinički znakovi prijevremenog poroda manifestiraju se trudovima (najmanje 1 u minuti), vaginalnim krvarenjem, skraćivanjem ili širenjem cervikalnog kanala te prijevremenim prsnućem vodenjaka (6). Istraživanja su pokazala da učestalost prijevremenom poroda ponajprije ovisi o samom okolišu: puštenju i BMI-u (7).

*Krvarenja u ranoj trudnoći*, odnosno u prvom tromjesečju, pojava je koja zahvaća između 20% i 40% trudnica. (8) Glavni uzroci su pobačaj (10-20%) i ektopična trudnoća (1-2%). Nadalje, ono može biti povezano s endometrijskim implantantom, te u rjeđim slučajevima s prisutnošću cervikalnih i vaginalnih lezija te uroinfekcija (9).

*Rh imunizacija* jedna je od ozbiljnijih komplikacija trudnoće. Iako lakši oblici bolesti većinom ostaju neprepoznati, pretpostavlja se kako se radi o 6 do 7 slučajeva na 1000 živorođene djece, dok se s težim oblikom susreće 2 od 1000 živorođene djece. „Prije uvođenja profilakse anti D imunoglobulina učestalost Rh imunizacije bila je između 1-2% svih trudnoća s perinatalnim mortalitetom i do 50%.“ (9).

*Uroinfekcije* su česta pojava kod trudnica te predstavljaju veliki izazov uz liječenje, s obzirom na ozbiljnost mogućih komplikacija za majku i dijete. „Prevalencija asimptomatske bakteriurije (ASB) varira između 2% i 13%, akutni cistitis se pojavljuje u 1-4% trudnoća, dok se akutni pijelonefritis javlja u 0,5% do 2% slučajeva.“ (10) Iako je direktna povezanost između asimptomatske bakteriurije i razvoja akutnog pijelonefritisa i dalje tema diskusije, stručnjaci se slažu kako je netretirana ASB može dovesti do razvoja akutnog pijelonefritisa. (11) Najčešći uzroci gestacijskih uroinfekcija su: prisutnost uroinfekcije prije trudnoće, niži socioekonomski status, seksualna aktivnost, starija dob etc.

## CILJ

Prikazivanje učestalosti komplikacija s obzirom na kronološku dob, odnosno postoji li značajnija učestalost pojedinih komplikacija kod granično mlađih i starijih babinjača. Istaknuti važnost provedbe novih istraživanja na ovom području kako bi se uklonile predrasude te istaknuti važnost rada medicinskih sestara u opstetriciji. Potaknuti daljnja istraživanja koja bi pratila faktore koji utječu na nastanak mogućih komplikacija, odnosno proširuju li se granice dobi poroda bez komplikacija.

## METODE

Interno izrađenim upitnikom ispitano je ukupno 114 roditelja na odjelu za babinjače i roditelje Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice. Ovo kvantitativno istraživanje provedeno je priloženim upitnik koji je sadržavao podatke o kronološkoj dobi, stupnju obrazovanja, prvom ginekološkom pregledu, načinu poroda te pojedinim komplikacijama. Također, roditeljama su dodjeljene suglasnosti u kojima su im objašnjeni postupci istraživanja, zajamčena anonimnost kao i povjerljivost podataka odnosno da njihovi podatci neće biti korišteni u druge svrhe osim istraživačkih.

## REZULTATI

Tablica (1).  
Učestalost carskih rezova s obzirom na dob

Dob	Broj carskih rezova
18-25	1
26-30	6
31-35	17
36-40	6

Tablica (2).  
Prikaz bračnog statusa

Bračni status	frekvencija
Udana	97
Neudana	8
Vanbračna zajednica	9

Tablica (3). Učestalost komplikacije s obzirom na kronološku dob

KOMPLIKACIJA	DOBNA SKUPINA			
	18-25 (N=14)	26-30 (N=32)	31-35(N=48)	36-40(N=20)
Nema komplikacija	42,85%	37,5%	39,58%	35%
Gestacijski dijabetes	14,28%	21,88%	20,83%	40%
Prijevremeni porod	0%	12,5%	12,5%	20%
Prenešena trudnoća	7,14%	12,5%	14,58%	5%
Gestacijskauroinfekcija	14,29%	18,75%	4,17%	0%
Krvarenje u ranoj trudnoći	7,14%	3,13%	14,58%	5%
Rh imunizacija	7,14%	3,13%	8,33%	5%
Gestacijska hipertenzija	0%	6,25%	4,17%	5%
Placenta previa	0%	3,13%	0%	5%
Izvanmaterična trudnoća	0%	0%	0%	5%

Tablica (4).  
Učestalost komplikacija  
kod ukupnog broja ispitanika

KOMPLIKACIJA	UČESTALOST (N=114)
Nema komplikacija	38,59%
Gestacijski dijabetes	23,68%
Prijevremeni porod	12,28%
Prenešena trudnoća	11,40%
Gestacijskauroinfekcija	8,77%
Krvarenje u ranoj trudnoći	8,77%
Rh imunizacija	6,14%
Gestacijska hipertenzija	4,39%
Placenta previa	1,75%
Izvanmaterična trudnoća	0,87%

## DISKUSIJA

Rezultati istraživanja provedenog u Kliničkom bolničkom centru Sestre milosrdnice na odjelu za roditelje i babinjače te u razdoblju od ožujak do svibnja 2016.godine, pokazali su iduće rezultate. Tijekom provedenog istraživanja, proučavala se učestalost carskog reza unutar određene dobne skupine. Rezultati su pokazali kako je primijećena najveća učestalost carskog reza kod ispitanica unutar dobne skupine 31 do 35 godine, i.e. 17 slučajeva carskog reza (N=48). S druge strane, najmanja incidencija carskog reza bila je u dobnoj skupini od 18 do 25 godina, i.e. jedan slučaj carskog reza (N=14). Dobiveni rezultati pokazuju da je 85,1% ispitanica u braku, njih 7,9% je u izvanbračnoj zajednici, dok 7% ispitanica nije udano. U odnosu na početnu hipotezu rezultati su pokazali da se učestalost komplikacija s obzirom na kronološku dob ne razlikuje od podataka dostupnih u stručnoj literaturi, s izuzetkom porasta frekvencije pojave u starosnoj dobi 36.-e do 40.-e godine. Istraživanje je pokazalo da je 38,59% roditelja imalo urednu trudnoću bez ikakvih komplikacija te da je najmanji broj komplikacija bio izražen u dobnoj skupini od



18 do 25 godina (42,85%). Najčešća postporodajna komplikacija je gestacijski dijabetes koji se pojavljuje u učestalosti od 23,68% na ukupnom uzorku od 114 ispitanica. Njegova najveća učestalost primijećena u dobnoj skupini od 26 do 30 godina (N=32) gdje se pojavljuje u učestalosti od 21,88%. U skladu s navodima dostupnim u stručnoj literaturi uočava se veća učestalost pojave gestacijskog dijabetesa s porastom kronološke dobi, uzmimo za primjer najmlađu dobnu skupinu sa učestalošću od 14,29% (N=14) u odnosu na najstariju dobnu skupinu u kojoj je pojavnost od 40% (N=20). Sljedeća najučestalija komplikacija je prijevremeni porod. Komplikacija se također češće pojavljuje s porastom kronološke dobi, a najčešća se javlja u dobnoj skupini od 36 do 40 godina u ukupnim 20%. Treća po učestalosti komplikacija je prenešena trudnoća čiji je najveći postotak uočen u dobnoj skupini od 31 do 35 godine u postotku od 14,58. Ovdje valja istaknuti najmanju pojavnost ove komplikacije u dobnoj skupini od 36. do 40. godina (5%), a iznimno mala pojavnost je i u dobnoj skupini od 18. do 25. godina (7,14%). Komplikacija gestacijske uroinfekcije je najčešća u dobnoj skupini od 26. do 30. godina s postotkom 18,75 dok tijekom ovog istraživanja nije zabilježena pojava gestacijska uroinfekcija u dobnoj skupini od 36. do 40. godina. Pojavnost krvarenja u ranoj trudnoći prevladavajuća je u dobnoj skupini od 31. do 35. godine, dok je postotak u ostalim dobnim skupinama statistički značajno manji. Krvarenja u kasnoj trudnoći javilo se kod jedne roditelje od 114 i to u dobnoj skupini od 31 do 35 godine. Gestacijska hipertenzija se najviše očituje u dobnoj skupini od 26. do 30. godine (6,25%) dok nijedan slučaj nije zabilježen u dobnoj skupini od 18. do 25. godine. Komplikacija placente previje javlja se izuzetno rijetko, konkretno u samo dva slučaja od 114 i to u dobnoj skupini od 26. do 30. godina te 36. do 40. godina. Komplikacija izvanmaternične trudnoće javila se kod samo jedne pacijentice i to u dobnoj skupini od 36. do 40. godina.

Čak i unutar istraživanja provedenog u Kliničkom bolničkom centru Sestre milosrdnice uočen je svjetski trend kasnijeg rađanja radi ostvarenja uspješne karijere kao što je vidljivo iz rezultata u tablici 5. Također, prema dobivenim podacima, 52,6% ispitanica je obavilo prvi ginekološki pregled prije 18. godine života, dok je njih 47,4% između 18. i 25. godine života.

## ZAKLJUČAK

Suvremena perinatalna zaštita predstavlja imperativ jer omogućava rađanje zdravog djeteta kod većine trudnica. Svakako, neisključivi su i intenzivan nadzor kao i liječenje bolesnog djeteta u maternici i nakon rođenja. Pojavnost proučavanih komplikacija, uz pruženu adekvatnu skrb, značajno se ne razlikuje u odnosu na kronološku dob. Kako bi

roditelja na porod došla maksimalno pripremljena i educirana, nužna je pravovremena psihološka priprema kojom se uklanja većina nepoznanica te pri tome dovodi do smanjenja straha vezanog uz sam porod. Kontinuirana i adekvatna edukacija medicinskih sestara omogućuje pravovremeno uočavanje rizičnih čimbenika i potencijalnih komplikacija. Također, medicinska sestra stečenim znanjem i iskustvom bitno utječe na prevenciju mogućih komplikacija. Ovakav pristup zahtjeva visokoobrazovane kadrove. Najveći postotak urednih trudnoća zabilježen je u kategoriji trudnica od 31. do 36. godine. Sukladno početnoj pretpostavci prema kojoj učestalost komplikacija nije proporcionalna kronološkoj dobi, rezultati istraživanja pokazali su kako je najveća frekvencija pojave gestacijskog dijabetesa u starosnoj dobi između 36. i 40. godine. S obzirom na povećanu pojavnost gestacijskog dijabetesa kod trudnica, potrebno je staviti naglasak na edukaciju trudnica i obitelji o mogućim komplikacijama i posljedicama koje takvo stanje može ostaviti na dijete, kao i na majku. Pritom je opet ističe značajna uloga educirane medicinske sestre koja može pružiti takve informacije obitelji i trudnici na razumljiv i jasan način.

## LITERATURA

1. Dražančić A. i suradnici. Porodništvo. II. izdanje. Zagreb: Školska knjiga; 1999.
2. Erjavec K, Poljičanin T, Rodin U, Matijević R. Prevalencija gestacijskog dijabetesa u Hrvatskoj. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2016; 46 (12): 10-14. Dostupno na: <http://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/viewFile/2262/2256>, pristupljeno: 5. lipnja 2016.
3. Mehta B, Kumar V, Chawla S, Sachdeva S, Mahopatra D. Hypertension in Pregnancy: A Community-Based Study. Indian Journal of Community Medicine. 2015; 40(4): 273-278. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4581149/>, pristupljeno: 5. lipnja 2016.
4. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Lale S, Moller A. et al. Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. Reproductive Health. 2013; 10(1): 1-6. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828585/>, pristupljeno: 05. lipnja 2016.
5. Ljubojević N. Ginekologija i porodništvo. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2005.
6. Delnord M, Blondel B, Zeitlin J. What contributes to disparities in the preterm birth rate in European countries?. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology, 2015; 27(2): 133-142. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4352070/>, pristupljeno: 5. lipnja 2016.
7. Wren BG, Lobo RA. Et al Handbook of Obstetrics and Gynaecology. III. Izdanje, Chapman and hallmedical, 1989.
8. Breeze, C. Early Pregnancy Bleeding. Australian Family Physician. 2016; 5(45) 283-286. Dostupno na: <http://www.racgp.org.au/afp/2016/may/early-pregnancy-bleeding/>, pristupljeno: 5. lipnja 2016.
9. Matuszkiewicz - Rowinska J, Malyszko J, Wieliczko M, Urinary tract infections in pregnancy: old and new unresolved diagnostic and therapeutic problems. Archives of Medical Science. 2015; 11(1): 67-77. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4379362/>, pristupljeno: 5. lipnja 2016.
10. Gilbert N.M, O'Brien V.P, Hultgren S, Macones G, Lewis W.G. Urinary Tract Infection as a Preventable Cause of Pregnancy Complications: Opportunities, Challenges, and a Global Call to Action. Global Advances in Health and Medicine. 2013; 2(5) : 59-69. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833562/>, pristupljeno: 5. lipnja 2016.

# ZDRAVSTVENA NJEGA DONORA ORGANA

Valentina Matic<sup>1</sup>, Sonja Kalauz<sup>2</sup>, Danijela Jonjić<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Valentina Matic,  
dodiplomski studij sestrinstva  
Zdravstveno veleučilište  
Mlinarska ul. 38, 10 000 Zagreb  
e-mail:valentina.matic@yahoo.com

<sup>2</sup>doc.dr.sc. Sonja Kalauz  
Zdravstveno veleučilište  
Mlinarska ul. 38, 10 000 Zagreb

<sup>3</sup>Danijela Jonjić, bacc. med. techn.  
Klinika za onkologiju  
Kišpatičeva 12, KBC Zagreb

## SAŽETAK

Republika Hrvatska spada u jednu od vodećih zemalja po broju transplantacija organa usprkos brojnim preprekama na koje je transplantacijska medicina naišla tijekom svog razvoja. Kako ovo područje spada u izuzetno osjetljivo, posebice po pitanju etičkih aspekta, nametnula se nužnost donošenja zakona koji reguliraju darivanje organa i transplantaciju, pa su tako prvi zakoni donijeti već 1980. godine. Eksplantacijsko-transplantacijski proces započinje detekcijom potencijalnog donora organa. Transplantacija funkcionalnih organa kadaveričnog i živog donora organa zahtjeva razne pristupe upravljanja zdravstvenom njegom kako bi se postigao ishod transplantacije kod primatelja organa. Dijagnoza moždane smrti u donora organa sa sobom nosi niz izazova u zdravstvenoj njezi, jer uz primarni komorbiditet dolazi do različitih promjena u lučenju hormona i drugih fizioloških reakcija. Jedna od glavnih odrednica uspješnog ishoda doniranja organa jest primjerena skrb za donora nakon postavljanja dijagnoze moždane smrti, što podrazumijeva održavanje vitalnih funkcija i očuvanje organa. Značajna je i neizostavna uloga medicinske sestre na ovom području zdravstvene njege, a očituje se prije svega u intervencijama poput praćenja vitalnih funkcija, očuvanju prohodnosti dišnih puteva i brige za održavanje ispravnih parametara umjetne ventilacije, održavanja funkcije kardiovaskularnog sustava, održavanja balansa tekućine i normalne temperature tijela, prevenciji infekcije te očuvanju normalnih endokrinih funkcija i spinalnih refleksa. Zbog navedene složenosti skrbi za pacijenata - donora organa, nameće se nužnost trajne, vrlo specifične edukacije cijelog multidisciplinarnog tima.

## KLJUČNE RIJEČI:

transplantacija, donor, zdravstvena njega, moždana smrt, održavanje donora

## UVOD

Transplantacijska medicina ima svoje početke u prošlosti te razvoj kroz manje ili više uspješne rezultate. Izvanredna dostignuća u imunologiji, anesteziji, kirurgiji, farmakologiji i drugim granama medicinskih znanosti omogućili su razvoj presađivanja organa i tkiva.<sup>1</sup> Neupitna je činjenica da medicina iz dana u dan sve više napreduje pa je tako transplantacija organa od golem značaj u unapređenju zdravlja bolesnika čije zdravstveno stanje zahtjeva ovakav zahvat. Odluka pojedinca da u svojoj budućnosti postane potencijalnim donorom organa predstavlja čin humanosti, ljudske solidarnosti i altruizma.

Uvidom u zakonik Republike Hrvatske uočljivo je da su godinama donošeni zakoni koji imaju svoju pravnu ulogu u cijelom transplantacijskom, ali i eksplantacijskom postupku. Povijest transplantacije u Hrvatskoj kreće od 1971. godine kada je učinjena prva transplantacija bubrega u Rijeci, a prva transplantacija srca izvedena je 1988. godine u Kliničkom bolničkom centru Zagreb. Hrvatska danas predstavlja jednu od zemalja s najvećim brojem darivatelja organa i transplantacija na milijun stanovnika. Organi za transplantaciju mogu se dobiti na dva načina: od živih davatelja, koji mogu biti srodni ili nesrodni te od kadavera, odnosno umrle osobe u stanju moždane smrti. Značajan je podatak da je broj davatelja na milijun stanovnika u Hrvatskoj porastao sa sedam na trideset davatelja.

## ZDRAVSTVENA NJEGA I ODRŽAVANJE DONORA U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA

Transplantacija funkcionalnih organa donora koji je nedavno umro zahtjeva razne pristupe poput primjene standardiziranih postupaka upravljanja njegom još za vrijeme života kako bi se postigao ishod transplantacije kod primatelja organa. Ove strategije mogu omogućiti oporavak organa koji su u početku procijenjeni kao medicinski neprikladni, smanjiti smrtnost donora za vrijeme održavanja na životu, te povećati broj organa koji mogu biti nabavljeni i transplantirani s povoljnim rezultatima.<sup>2</sup>

Dijagnoza moždane smrti, uz primarni komorbiditet, nosi sa sobom niz izazova u zdravstvenoj njezi jer dolazi do promjena u lučenju hormona i fizioloških reakcija u darovatelja. Opće održavanje pacijenta - donora organa započinje monitoringom vitalnih funkcija, zatim slijedi održavanje disanja uz pomoć ventilatora, održavanje balansa tekućine, održavanje funkcije kardiovaskularnog sustava, testiranje termoregulacije, kontrola spinalnih refleksa, kontrola endokrinih poremećaja te prevencija infekcija.

Jedinstvena uloga medicinske sestre je uočena u skrbi za pacijente - donore jer kvaliteta održavanja tjelesnih funkcija rezultira ishodom transplantacije. Zdravstvena skrb za donora organa treba se temeljiti na univerzalnim moralnim načelima s posebnim naglaskom na očuvanje njegovog dostojanstva. Svaki svoj postupak proveden iz profesionalne dužnosti, medicinska sestra mora dokumentirati.<sup>3</sup>

Darivatelj organa koji je smješten u jedinici intenzivnog liječenja, u potpunosti je ovisan o razini znanja i iskustva zdravstvenog osoblja te kvaliteti pružene skrbi. Tijekom procjene i prikupljanja informacija, medicinska sestra mora otkriti postojeće i potencijalne probleme koji se javljaju u zdravstvenoj njezi te ih evidentirati. Zbog složenosti i opsežnosti pacijentovog stanja medicinska sestra u procesu zdravstvene njege ima veliku odgovornost.

Pomnu procjenu, planiranje i provođenje intervencija potrebno je evaluirati i po potrebi mijenjati ili naknadno uvoditi. Smrti mozga obično dovodi do povećanja intrakranijalnog tlaka, a kao posljedica se javljaju brojne patofiziološke promjene koje se moraju na vrijeme uočiti.

Krajnji cilj pružanja primjerene zdravstvene njege je najveća moguća kvaliteta skrbi, a primjena te strategije u transplantacijskoj medicini neminovna je kako bi se prevenirao nastanak mogućih komplikacija. Razvoj komplikacija, koje je najčešće moguće prevenirati, utječe na opće stanje donora organa, a posljedično i na transplantacijski i eksplantacijski proces.

**Održavanje ventilacije.** Zdravstvena nega pacijenta - donora zahtjeva stalnu mehaničku ventilaciju. Nadzor ventilacije se provodi pomoću kapnografa i kapnometra, kojima se prati koncentracija ugljičnog dioksida. Kod doniranja pluća poželjan je nizak  $\text{FiO}_2$ . Kako bi ventilacija bila primjerena, arterijski  $\text{PO}_2$  mora biti iznad 10 kPa i  $\text{PO}_2$ , a  $\text{PCO}_2$  oko 4 kPa, PEEP od 5-10  $\text{cmH}_2\text{O}$  i inspiratorni tlak ispod 30. Saturaciju kisika je potrebno održavati iznad 95%.

Medicinska sestra mora biti educirana o poželjnim parametrima ventilacije, protocima i načinu provjere plinova u krvi, provođenju toaleta dišnih puteva te prepoznavanju početka razvoja komplikacija. Ukoliko je potrebno, nakupljeni sekret u dišnim putovima, medicinska sestra će ukloniti aspiracijom i to u strogo aseptičnim uvjetima. Prilikom aspiracije, tlak aspiratora ne smije biti iznad 120 mmHg, a poželjno je da aspiriranje traje oko 5 sekundi. Tijekom izvođenja te intervencije važno je promatrati izgled bolesnika, njegove vitalne funkcije, boju kože i saturaciju kisika. Također, njena je uloga procijeniti izgled usne šupljine, pratiti respiratorni status, pokrete prsnog koša, zvukove tijekom disanja i prohodnost endotrahealnog tubusa.

**Održavanje termoregulacije.** Mjerenje tjelesne temperature u jedinici intenzivnog liječenja moguće je na nekoliko načina i to: termometrom, dvotemperaturnom sondom i termistorskom sondom. Nestankom talamičkog centralnog mehanizma termoregulacije u tijelu dolazi do poremećaja termoregulacije tijekom kojeg se temperatura tijela pacijenta prilagođava temperaturi okoline i to čak u 86% slučajeva. Posljedice hipotermije najčešće se očituju na srčanu funkciju gdje progresivna vazokonstrikcija i depresija miokarda dovode do aritmija, atrijske fibrilacije, inverzije T vala, poremećaja provodljivosti itd. Pad temperature ispod 30°C dovodi do ventrikularne fibrilacije. Hipotermija za sobom nosi niz negativnih učinaka na organizam između kojih se ističu depresija oslobađanja inzulina, poremećaj koagulacije te poremećaj funkcije bubrega. Zbog svega toga važno je provoditi sve aktivnosti potrebne da bi se spriječio nastanak hipotermije. To znači da medicinska sestra treba kontinuirano pratiti oscilacije tjelesne temperature i ostalih vitalnih funkcija te ih bilježiti. Podgrijavanjem infuzijske tekućine i krvi, zagrijavanjem i vlaženjem inspiratornog plina uz korištenje sistema za zatopljavanje moguće je spriječiti pothlađivanje organizma.

**Održavanje rožnica.** Preoperativna skrb za rožnice kao i za ostale organe je od iznimnog značaja i neophodna je za uspješnu transplantaciju. Kako bi se održala vlažnost rožnica potrebno je kod donora držati oči zatvorenima. Medicinska sestra stavlja led kako bi se spriječile promjene kornealnog epitela, a po potrebi se provodi primjena antibiotskih kapi (po odredbi liječnika).

**Kontrola nastanka infekcija.** Od velikog nam je značaja prevencija infekcija kako bi isključili mogući nastanak sepse. Provodi se prije svega općim postupcima sprječavanja infekcije poput pranja ruku, dezinfekcije i sterilizacije, primjenom zaštitne odjeće te protektivnom izolacijom. Pojava infekcija predstavlja hitno stanje pa je ponekad potrebna i profilaksa antibioticima. Ističe se važnost rad u aseptičnim uvjetima slijedenjem propisanih protokola u svim postupcima oko pacijenta. Pacijenta - donora potrebno je smjestiti u sobu za protektivnu izolaciju, a kod svakog ulaska u sobu potrebno je obući zaštitnu odjeću.

**Održavanje tekućine i prehrane.** Parenteralna nadoknada tekućine je iznimno važna kako bi se očuvala elektrolitska ravnoteža koja je često poremećena kod davanja organa, a koja dovodi do aritmija, odnosno hemodinamske nestabilnosti. Na temelju vrijednosti centralnog venskog tlaka određuje se potrebna količina tekućina.

Medicinska sestra vrši nadoknadu tekućine putem centralnog venskog katetera ili Swan-Ganzovog katetera. Optimalna količina primijenjene tekućine iznosi oko 30 ml/kg u 24 sata. Primjena supstancije kalija u infuzijskim otopinama radi se u svrhu korekcije hipokalijemije, koja se javlja zbog alkaloze, povećanih gubitaka, neadekvatne nadoknade tekućine ili terapije inzulinom. Primjena kalcijevog glukonata, glukoze s inzulinom i bikarbonata, vrši se kod pojave hiperkalijemije. Uloga je medicinske sestre održavati vrijednosti CVT-a u rasponu od 6 do 12 mmH<sub>2</sub>O. Ukoliko su vrijednosti ispod 6 mmH<sub>2</sub>O javlja se hipovolemija, a vrijednosti veće od 12 mmH<sub>2</sub>O ukazuju na pojavu hipervolemije te je potrebno biti oprezan s primjenom tekućine.

Nadoknada tekućine (u slučajevima hipovolemije) vrši se primjenom izotoničnih kristaloida (65%) i koloida (35%) odnosno primjenom Ringer laktata, 4%-tnom Dekstrozom, 0,9%-tnom NaCl, 0,45%-tnom NaCl i otopinama glukoze.

Kod pacijenata - donora preporuča se provoditi enteralnu prehranu jer ona ima zaštitnu ulogu u prevenciji translokacije gastrointestinalnih bakterija i reduciranju proizvodnje citokina. Smatra se također da ima zaštitnu ulogu protiv nastanka ishemijsko-perfuzijskih ozljeda.<sup>4</sup>

**Održavanje higijene i kontrola otpadnih tvari.** Jasno je da održavanje higijene predstavlja jednu od osnovnih ljudskih potreba, pa je uloga medicinskih sestara da provode cjelovitu njegu kože, sluznica, tjelesnih otvora, kose i noktiju. Osim što se ovim postupkom uvelike smanjuje mogućnost pojave infekcije, sprječavaju se i druge komplikacije te se poboljšava cirkulacija i integritet kože. Medicinska sestra mora redovito pregledavati i čistiti usnu šupljinu jer su intubirani pacijenti skloni infekcijama usne šupljine i gornjih dišnih puteva.

Praćenjem eliminacije otpadnih tvari (urin, stolica) moguće je na vrijeme uočiti promjene koje se javljaju u organizmu, a još se ne manifestiraju izvana. Upravo je zbog toga potrebno da medicinska sestra prati i evidentira izgled i svojstva izlučevina. Uzimanje uzoraka za analizu kao i uvođenje urinarnog katetera, potrebno je provoditi u aseptičnim uvjetima.

Kako se kod ovakvih pacijenata zbog destruktivnih promjena često javlja diabetes insipidus, uloga je medicinske sestre redovita kontrola satne diureze, osmolarnosti i specifične težine urina. Po odredbama liječnika primijenit će vazopresin, hormon koji sprječava tijelo da proizvede previše mokraće, a čiji se nedostatak nalazi u podlozi nastanka dijabetes insipidusa.

**Hemodinamski monitoring.** Tijekom nastupa moždane smrti dolazim do raznim hemodinamskih promjena koje uključuju srčane aritmije, perifernu vazokonstrikciju, hipertenziju, povećanu plućni otpor i pritisak, tahikardiju, povećanu kontraktilnost i minutni volumen srca. Nakon nastupa moždane smrti najčešće slijede hipotenzija, vazodilatacija i smanjena kontraktilnost srca. Kod donora je potrebno sistolički tlak održavati iznad 90 mmHg, centralni venski tlak između 5 i 10 cmH<sub>2</sub>O (preko Swan-Ganz katetera), a plućni kapilarni tlak potrebno je održavati između 10 i 15 mmHg.

Tijekom zdravstvene njege medicinske sestre postavljaju sestrinske dijagnoze, provode intervencije u skladu s prioritetima dijagnoza te vrše evaluaciju uspješnosti.

Dijagnoza koju postavlja viša medicinska sestra opis je aktualnog ili potencijalnog zdravstvenog problema koji su medicinske sestre s obzirom na edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati.<sup>5</sup>

## NAJČEŠĆE

### SESTRINSKE DIJAGNOZE:

- ✓ Smanjena prohodnost dišnih puteva u/s hipersekrecijom
- ✓ Visok rizik za poremećaj respiratorne funkcije
- ✓ Visok rizik za hipoksiju u/s neadekvatnom ventilacijom
- ✓ Visok rizik za infekciju u/s postavljenim centralnim venskim kateterom
- ✓ Visok rizik za infekciju u/s uvedenim urinarnim kateterom
- ✓ Visok rizik za infekciju u/s uvedenim endotrahealnim tubusom i mehaničkom ventilacijom
- ✓ Visok rizik za poremećaj termoregulacije

- ✓ Visok rizik za disbalans tekućine i elektrolita
- ✓ Visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine u/s uvedenim endotrahealnim tubusom
- ✓ Visok rizik za oštećenje integriteta kože
- ✓ Žalovanje

## ZAKLJUČAK

Razvojem medicine i tehnologije te otkrivanjem novih spoznaja, razvijala se i sve veća potreba za usavršavanjem čitavog multidiscipliniranog tima koji skrbi za područje transplantacijske medicine. Uočavanjem važnosti napredovanja eksplantacijsko - transplantacijskog procesa podiže se prije svega kvaliteta skrbi i života primatelja organa.

Medicinska sestra kao ključan sudionik zdravstvenog tima, uvelike pridonosi podizanje kvalitete skrbi na jednu višu razinu. Uspješnost provođenja zdravstvene njege ovisi prije svega o specifičnom znanju medicinske sestre, ali i o njihovoj angažiranosti i posvećenosti. Jedinstvena uloga medicinske sestre očituje se kroz utvrđivanje potreba za zdravstvenom negom pacijenta – donora, planiranjem zdravstvene njege, provođenjem iste te evaulacijom

provedenih intervencija i postavljenih ciljeva. Informiranje i edukacija o važnosti darivanja organa i distribuciji donorskih kartica, neizostavno je područje rada zdravstvenih djelatnika.

Doniranjem organa pruža se mogućnost novog života, a najmanje što zdravstveni radnici mogu učiniti je proširiti svijest o ovom plemenitom činu. Opće je poznato da se strah javlja iz neznanja pa je uloga zdravstvenih radnika utjecati svojim pozitivnim stavom na društvo te svakom pojedincu pružiti mogućnost vlastitog izbora koji treba prihvatiti s punim poštovanjem.

## LITERATURA

1. DeAvila, G.N., DeAvila, G.A., Ganer, G.J.C. Is th unified list system for organ transplant fair? Bioethichs 2003, 17. (5-6):425-431.
2. Wood E.K., Vecker N.B., McCartney G.J., D'Allesandro M.A., Coursin B.D. Care of the potential organ donor. The New England Journal od Medicine 2004; 351:2730-9.
3. Huseđinović I., Kosić-lovrić. Lj. 10 godina eksplantacijskog programa u KB Dubrava – Gdje smo danas? Zagreb, Medicinska naklada, 2004.
4. Novitzky D., Cooper K. C. D. The Brain – Dean Organ Donor, Springer, 2012.
5. Fučkar, G. Proces zdravstvene njege. Zagreb, Hrvatska udruga za sestrinsku edukacija, 1996.

# UPRAVLJANJE TIMOVIMA IZVANBOLNIČKE HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Dario Gazić, prvostupnik sestrinstva

Zavod za hitnu medicinu Bjelovarsko-bilogorske županije

## SAŽETAK

U ovom završnom radu, cilj je prikazati kako funkcionira jedan segment sustava hitne medicinske pomoći. Rad u prijavno dojavnoj jedinici predstavlja stup organiziranosti procesa rada hitne medicinske pomoći, a njegova implementacija kod nas iziskuje dodatno stručno znanje, kao i menadžerske sposobnosti onih koji rukovode takvim sustavom. Početkom 20.stoljeća došlo je do migracije ljudi u gradove te dolazi do potrebe za sustavnim organiziranjem hitne pomoći. Osniva se u Zagrebu „Društvo za spašavanje“ i stavlja temelje osnivanju hitne medicinske pomoći. Prateći modernizaciju, naš sustav ne zaostaje za drugim zemljama, osim u primjeni protokola i načina rada

u prijavno dojavnoj jedinici. Rad na telefonskom primanju poziva poznat je kao dispečerstvo, te u razvijenim zapadnim zemljama postoje algoritmi i protokoli koji su priznati i znanstveno utemeljeni. Razni dispečerski sustavi se koriste, a odluku o upotrebi sustava donosi zemlja sukladno pristupačnosti dispečerskog programa i mogućnosti njegove implementacije u zdravstveni sustav. Neujednačenost dobivanja usluga hitne medicinske pomoći, određivanje kriterija, njena dostupnost svim građanima i osobama koje borave na teritoriju naše države, predstavlja problem koji ugrožava sigurnost svih ljudi. Objedinjavanje sustava i njegova primjena u svim segmentima mora biti

racionalna i standardizirana. Veći gradovi imaju organizirano upravljanje timovima pomoću prijavnog dojavnih jedinica, te nije potrebna velika prilagodba na novi sustav. Izazov predstavljaju manje sredine koje nisu upoznate sa sustavom upravljanja timovima hitne medicinske pomoći, te zahtjevnim radom u prijavnoj dojavnoj jedinici. U njima tim hitne medicinske pomoći kreće iz ambulante, jer uz terenski rad pokrivaju i rad u ambulanti. Tehnološki sustavi, koji se koriste u radu prijavnog dojavne jedinice, iziskuju i informatičko znanje i pismenost, jer je cjelokupni sustav informatiziran. Svi djelatnici u prijavnoj dojavnoj jedinici moraju znati koristiti program za dispečerstvo, poznavati algoritme i protokole primanja poziva, kao i pružanja prve pomoći putem telefona. Pojam „zlatnog sata“ označava vrijeme od nastanka događaja do zbrinjavanja pacijenta u bolnicu, a „platinastih deset minuta“ vrijeme od primanja poziva do dolaska tima na mjesto intervencije. Ti pojmovi označavaju temelj rada i polaznu su točku u radu prijavnog dojavne jedinice. Svi dostupni dispečerski sustavi opisuju algoritme i protokole, ali niti jedan ne opisuje na koji način se upravlja sa timovima hitne medicinske pomoći, kako odgovorna osoba raspoređuje timove sukladno stanju na terenu i količini primljenih poziva.

Disponent je osoba koja izravno upravlja sa svim primljenim pozivima, te pozive daje timovima na terenu i koordinira njihov razmještaj na terenu. Educiranost i sposobnost korištenja velike količine podataka osnovne su karakteristike disponenta. Koordinacija timovima na terenu je odgovornost koju disponent preuzima na svom radnom mjestu. Procesi odlučivanja i prenošenje odluka na niže razine moraju biti ustrojene po zapovjednom lancu, što je karakteristično za vojne i policijske organizacije. Takav način rada se danas pojavljuje i u sustavu hitne medicinske pomoći. Pošto niti jedan sustav ne objašnjava način upravljanja timovima i odluke koje donosi disponent, a osobno radim u takvom sustavu, smatram potrebnim da pomognem u načinu rada ostalih zaposlenike u sustavu.

Kako sustav prelazi na novo ustrojstvo u osnivanju prijavnog dojavnih jedinica, njihov rad zahtjeva nadzor i organiziranje nesmetanog rada. Prelaskom na organizirani rad županijskih zavoda za hitnu medicinu, pojavljuje se potreba za voditeljem službe koji je odgovoran za funkcioniranje 24-satne službe. On kontrolira rad prijavnog dojavne jedinice, rad disponenta i rad timova na terenu. Voditelj mora poznavati sustav, donositi odluke u kriznim situacijama i kontrolirati njihovu provedbu.

## UVOD

U želji da krajnjim korisnicima zdravstvenog sustava pružimo najkvalitetniju uslugu, potrebna je

organiziranost sustava hitne medicinske pomoći u svim njenim segmentima. Kako do danas ne postoji jedinstveni obrasci postupanja sa primljenim pozivima, upravljanju sa timovima i jedinstveno odlučivanje u organizaciji sa kontrolnog mjesta, javlja se potreba za uvođenjem dispečerskih protokola i edukacije disponenta. Ne postoje zapisani protokoli za disponenta niti edukacija već se ona stječe vlastitim iskustvom. Dispečerski protokoli su sustavi koji već postoje, a disponentski trebamo sami napisati. Neujednačeni kriteriji i odluke su problem koji sustav ne smije imati. Zbog toga edukacija disponenta predstavlja kontrolu sustava hitne medicinske pomoći i njenu dostupnost svima koji je trebaju. Dodatna edukacija iz dispečerstva predstavlja temelj rada u prijavnoj dojavnoj jedinici, a svi djelatnici koji rade u njoj moraju znati koristiti dispečerski sustav, poznavati algoritme i protokole primanja poziva.

Edukacija za disponenta zahtjeva dodatno usavršavanje i stjecanje specifičnog načina rada, te slijedi poslije dispečerske edukacije. Ona predstavlja određene vještine, aktivnosti i odgovornosti s kojom disponent, svojim načinom rada u prijavnoj dojavnoj jedinici, postiže maksimalnu učinkovitost hitne medicinske službe.

## UPRAVLJANJE TIMOVIMA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Sustav hitne medicinske pomoći možemo prikazati i samom njenom oznakom „Star of life“. Na svakom njenom kraku prikazan je pojedini segment rada hitne medicinske službe. Svi oni čine pojam ZLATNOG SATA. Taj pojam se koristi za vrijeme od nastanka događaja do zbrinjavanja pacijenta u bolnicu, a PLATINASTIH DESET MINUTA označava vrijeme od primanja poziva do dolaska tima na mjesto intervencije. Ova dva pojma definiraju osnove pristupa djelovanja prijavnog dojavne jedinice.

NASTANAK DOGAĐAJA

ZBRINJAVANJE PACIJENTA U BOLNICU

PRIMANJE POZIVA

ODGOVOR NA POZIV

TRANSPORT I NADZOR

DOLAZAK TIMA HMP

### Disponent

Disponent je osoba koja posjeduje određene sposobnosti rukovođenja, stručnog znanja, apstraktnog načina razmišljanja, odlučivanja i snalaženja u kriznim situacijama. Suradnja sa drugim žurnim službama (policija, vatrogasci i služba 112) od iznimne je važnosti, te mogućnost direktne komunikacije sa njima, a ponajprije sa hitnim bolničkim prijemima i prijavnim dojavnim jedinicama s kojima

njegova teritorijalna cjelina graniči. Područje pokrivenosti i odgovornosti rada timova hitne medicinske pomoći u iznimni situacijama traže i mogućnost alarmiranja drugih timova iz najbližih teritorijalnih cjelina.

Svakodnevno u svom radu, disponenti se susreću sa izazovima, nesigurnošću te učestalim promjenama aktivnosti. Uspješnije rukovođenje timovima zahtjeva određena umijeća samoga disponenta.

Tehnička umijeća nužna su za upravljanje specifičnim procesom rada, poznavanje rada na sustavu komunikacijskih veza i računalu (UKV sustav, korištenje telefona i mobilnog telefona). Umijeće u odnosima s ljudima održava se na kvalitetu komunikacije. Potrebno je pažljivo slušanje i razumijevanje. Konceptualno umijeće predstavlja sposobnost apstraktnog mišljenja. Mora biti sposoban „ne izgubiti se“ u mnogim detaljima i brojnim nevažnim događajima, kojima su oni osobito intenzivno izloženi.

Dijagnostičko umijeće je sposobnost otkrivanja uzroka nastalih situacija. U djelotvornom odlučivanju vrlo je važno moći prepoznati uzroke i posljedice. To je često složen postupak, jer su u njemu prisutni brojni čimbenici.

Komunikacijsko umijeće je srodno umijeću uspostavljanja odnosa sa ljudima. Usmjeren je, prije svega, na sposobnost djelotvornog prenošenja informacija članovima tima. Precizna i jezgrovita informacija je izuzetno važno za timski rad, ali i za koordinaciju rada.

Umijeće odlučivanja ključno je za uspjeh rada disponenta. Za pravilno odlučivanje je neophodna sposobnost shvaćanja problema, kao i sposobnost stvaranja nekoliko detaljnih planova djelovanja. Kako nije moguće uvijek pravilno odlučivati, od disponenta se očekuje da prepozna svoje loše odluke da bi ih mogao trenutačno ispraviti.

Umijeće upravljanja vremenom izuzetno je važno. Predstavlja prvenstveno uspješno određivanje prioriteta, a potom se dopunjava raspodjelom drugih intervencija. Za rješavanje složenijih problema treba odrediti vremenske blokove unutar kojih nema komunikacije sa drugima, te se u tim vremenskim blokovima izolacije postiže puna koncentracija i djelotvornost.

### Edukacija disponenta

Odgovornost i stručnost su odlike koje karakteriziraju radno mjesto disponenta, te zbog sustava rukovođenja, potrebno je znati za što je on odgovoran. Odgovornost zahtjeva određenu edukaciju koju moraju proći disponenti i za to biti licencirani.

Edukacija se sastoji:

#### 1. Stručno znanje

- prednost se daje prvostupnicima sestrištva. Iskustvo u radu hitne medicinske službe na terenu

povećava stručnost disponenta. Iako zbog nedostatka visoko obrazovanoga kadra, disponent može biti i medicinske sestra-tehničar. Svi djelatnici koji rade na tom radnom mjestu moraju prvo proći edukaciju za dispečera, pa nakon toga, uz preporuku voditelja edukacije, biti predloženi za disponenta. Aktivnosti s kojima radi su složen proces koji povezuje znanost i umijeće. Uspješno mora svoje znanje primijeniti u praksi. Moguć je i obrnuti proces, gdje se na temelju pozitivnih primjera iz prakse može unaprijediti teorija.

#### 2. Informatičke osnove rada na računalu

- disponent se koristi informatičkim sustavom i disponentskom konzolom. Potrebno je osnovno znanje rada na računalu i dispečerskom informatičkom sustavu. Svaki primljeni poziv se geokodira. Geokodiranje je postupak označavanja mjesta nastanka događaja na kartama koje se nalaze u informatičkom programu, te pomoću GPS sustava, koji se nalazi u vozilima i prikazuje u računalnom programu, točno navodi vozilo do traženoga mjesta.

#### 3. Komunikacijske vještine

- složeni je proces koji uključuje jedinstvo jezične, društvene, kulturne i strateške kompetencije, te predstavlja vitalni dio organizacije i menadžmenta. Informacije, koje su predmet prenošenja u procesu komunikacije, ne odnosi se samo na činjenice, nego na sveukupni sadržaj. Jedinstvo u tumačenju poruke nije jednostavno i uvjetovano je profesionalnošću komunikatora, kontekst u kojem se poruka prima i cjelokupnim psihološkim i sociološkim nasljeđem pošiljatelja i primatelja poruke. Disponent poruku preko prihvaćenog medija komunikacije šalje primatelju (voditelju tima hitne medicinske pomoći) koji ga dekodira. Disponent mora biti uvjerljiv, kroz vjerodostojnost i atraktivnost poruke. U očima primatelja, bit će vjerodostojan, ako očituje stručno znanje i pobuđuje povjerenje.

Proces enkodiranja predstavlja početnu fazu nastajanja poruke, u kojoj disponent primljeni poziv pretvara u poruku. Ključni čimbenik enkodiranja je povratna informacija primatelja poruke, odnosno, saznanje tome kako je poruka primljena od strane primatelja. Što je poruka važnija i složenija, potreba za provjerom kvalitete prijema poruke je veća i intenzivnija. Proces dekodiranja predstavlja interpretaciju poruke, interpretacija ovisi o odnosu pošiljatelja i primatelja, o društvenom statusu, kao i o prirodi poruke. Buka u kanalu komunikacije, nepažnja ili kulturološki nesporazum, mogu uzrokovati razliku između primljene i odaslane poruke, te dovesti do nerazumijevanja između sudionika komunikacije. Interpretacija poruke predstavlja zadnju fazu u procesu komunikacije, jer tu primatelj odlučuje o značenju pošiljateljeve poruke. Do nesporazuma u komunikaciji najčešće

dolazi u fazi interpretiranja poruke, jer će pogrešno interpretirana poruka biti i pogrešno dekodirana. Iako je komunikacija dvosmjerni proces, i pošiljalatelj poruke može biti odgovoran za moguće pogrešno razumijevanje poruke od primatelja. Nakon odašiljanja poruke nužno je provjeriti je li primatelj poruku pravilno primio.

Smetnje u komunikaciji su mnogobrojne, a najčešće se odnose na:

- interferenciju,
- prekid komunikacije,
- nesporazum u komunikaciji, prouzročen jezikom, neskladom elementa poruke, te relevantnom važnosti predmeta komunikacije.

Najčešći oblik interferencije, u doslovnom smislu, je buka, kao rezultat tehničkih grešaka. Također, moguća je i interferencija u obliku ometanja, kao što su hladnoća, vrućina, prekidanja, što neovisno o prirodi ometanja utječe na proces komunikacije. Prekid komunikacije moguć je u svim fazama poruke, a najčešće se događa u fazi enkodiranja i dekodiranja poruke, u situaciji kada se primateljovo razumijevanje poruke razlikuje od pošiljalateljeve komunikacijske namjere. Visoko razvijena komunikacijska kompetencija ključan je element učinkovitosti komunikacije u prijavi dojavnoj jedinici. Neovisno o komunikacijskim vještinama, uzroci nesporazuma u komunikaciji mogu biti mnogobrojni, nerazgovijetan govor, nesklad među elementima poruke, raspoloženje sudionika komunikacije i slično. Opasnost od nesporazuma je veća kad je društveno okruženje složenije, a emocionalni naboj intenzivniji. Ključni uvjet uspješne komunikacije je spremnost svih sudionika na komunikaciju, odnosno prepoznavanje i otklanjanje nesporazuma.

#### 4. Zakonske regulative

- zakon o zdravstvenoj zaštiti, zdravstvenoj zaštiti osoba sa duševnim smetnjama, zakon o cestovnom prometu.

#### 5. Poznavanje zemljopisnih i prometnih obilježja

- sva zemljopisne karakteristike područja u kojem radi i prometnu povezanost. Od nadležnih institucija mora imati neprestanu informaciju o stanju prometnica, mogućim radovima na njima i preusmjeravanju prometa na druge pravce. Pravilna procjena udaljenosti intervencija i rasporedu vozila, timovima hitne medicinske pomoći omogućuju vremensko skraćivanje dolaska na intervenciju.

#### 6. Kontrola stresa

- stres (od engl. stress) doslovce znači udarac. To je niz štetnih, fizioloških, psiholoških i bihevioralnih reakcija na situacije u kojima zahtjevi posla nisu u skladu sa njegovim sposobnostima, mogućnostima i potrebama. To je normalna reakcija na zahtjev koji organizacija postavlja pojedincu, da se prilagodi

novonastaloj situaciji. On je suočen s prilikama i zahtjevima koji su povezani sa onim što želi, ali i svjestan ograničenja.

Stres može biti pozitivan i negativan, ovisno o situaciji. Kada govorimo o pozitivnim stranama stresa, možemo uzeti za primjer sportaša. Kod njih stres može biti pozitivan, jer pojačavanje motivaciju kao krajnji rezultat omogućava postizanje boljih rezultata. Međutim, kada govorimo o stresu, govorimo najčešće o negativnom. Stres postaje negativan u uvjetima kad postoji pritisak zahtjeva i ograničenja, a maleni resursi za ostvarenje cilja. Ograničenja i zahtjevi vode potencijalnom stresu. Kada dolazi zajedno sa nesigurnošću ishoda, potencijalni stres postaje i stvarani. Bez obzira na situaciju, da bi se stres suzbio, potrebno je ukloniti nesigurnost ili njenu važnost. Stres je stanje kojim pojedinac ne može upravljati. Stres može biti uzrokovan brojnim čimbenicima. Možemo ih podijeliti u dvije kategorije, oni koji proizlaze iz radne okoline i oni koji proizlaze iz privatnog života. Pritisak nadređenoga da se ne smiju dešavati pogreške, da se zadaci moraju izvršavati u rokovima, poštujući protokole, dok zaposleni misli da su zadani rokovi prekratki, neugodnosti kolega, samo su neki od najčešćih prisutnih. Čimbenike stresa možemo svrstati u 5 kategorija. To su zadaci, uloge, međusobni odnosi, strukturu organizacije i vođenje. Zadaci su usko povezani sa radnim mjestom. Predstavljaju zadatke koji se moraju obaviti, odgovornosti i uvjete rada. Što je veća međusobna povezanost zadatka pojedinca sa zadatkom ostalih uposlenika, to je više potencijalnog stresa. Poslovi gdje su uvjeti rada otežani (buka, opasnosti) može povećati tjeskobu.

Sukob uloga stvara očekivanja koja se teški usklađuju ili mogu zadovoljiti. Preopterećenje uloga se javlja kad se od uposlenika očekuje više što se može ostvariti. Nejasnost uloga se pojavljuje kada očekivanja nisu jasno shvaćena i kad uposlenik nije siguran što je njegov posao. Međusobni odnosi podrazumijevaju pritiske koje stvaraju drugi uposlenici. Manjak potpore od kolega i loši međusobni odnosi mogu uzrokovati znatan stres, posebice među društvenijim uposlenicima. Struktura organizacije može povećati stres. Pretjerana pravila i nedostatak mogućnosti sudjelovanja uposlenih u donošenju odluka, primjeri su strukturnih varijabli koje mogu biti potencijalnim uzrokom stresa. Vođenje predstavlja način nadziranja službenika organizacije. Stvaranje kulture koju karakterizira napetost, strah i tjeskoba, utječe na rad svih zaposlenika. Jedan od prvih zadataka smanjivanja stresa je postizanje stanja u kojem su uposleni ispravno povezani sa svojim poslom i da razumiju svoje ovlasti. Nadalje, kada uposlenici znaju točno što se od njih očekuje, sukob i nejasnost uloga se reducira. Također, preoblikovanje posla može smanjiti stres u slučajevima u kojima je uzrok stresa preopterećenost. Uposlenici bi, također, trebali imati nekakav utjecaj na čimbenike koji ih pogađaju. Njihov doprinos i sudjelovanje pomažu



smanjivanju stresa. Bez obzira što radili kako bi smo eliminirali organizacijski stres, neki će još uvijek biti pod stresom. Jednostavno, postoje osobni čimbenici na koje imamo malo ili nimalo kontrole.

### Planiranje i odlučivanje disponenta

Planiranje je bitna sastavnica proces odlučivanja i upravljanja, što znači da upravljanje upravo započinje tom funkcijom. Treba definirati ciljeve i procese koji će jamčiti ostvarenje ciljeva, odnosno, odabrati pravce djelovanja, sredstva, metode i tehnike potrebne za njihovo ostvarenje. To je proces određivanja onoga što organizacija želi postići i odlučivanja kako će postići te postavljene ciljeve. A cilj je što brži dolazak tima hitne medicinske pomoći na mjesto intervencije, a sukladno prioritetima koje odredi dispečer. Planiranje se definira kao prethodno misaono rješenje budućeg djelovanja, odmjeravanje različitih alternativa djelovanja i odlukama o najpovoljnijem putu djelovanja.

U fazi planiranja neophodno je provoditi neprekidnu SWOT analizu. To je matična analiza utemeljena na:

<b>S - strengths</b> PREDNOSTI, SNAGE - označava broj timova hitne medicinske pomoći
<b>W - weaknesses</b> SLABOSTI - broj neobavljenih intervencija, udaljenost timova
<b>O - opportunities</b> PRILIKE - dostupnost timova i njihov brzi dolazak
<b>T - threats</b> PRIJETNJE - neosigurane zone odgovornosti, mogućnost većih incidenata

Cilj rezultata analize nije samo ocjena postojeće situacije, nego oni moraju poslužiti i prilikom definiranja budućeg načina rada. Odluke se ne temelje samo na sustavnoj misaonoj pripremi, nego proizlaze i iz trenutačnih situacija uglavnom intuitivno. Odlučivanje je kreativan proces koji ima zadatak prepoznati probleme i iznaći mogućnosti njihovih rješenja, odnosno, izabrati jednu od nekoliko mogućnosti za ostvarenje postavljenih ciljeva. Svaka odluka je spoj intuicije, prosudbe i racionalnosti.

Disponent u fazi donošenja odluke provodi jednostavan proces isključivanja opcija, prema tome koliko zadovoljavaju donositelja odluke u odnosu na postavljeni cilj. Taj proces isključivanja ide sve dok ne preostane samo jedna opcija kao rješenje.

### Modeli upravljanja timovima hitne medicinske pomoći

Svaka zona upravljanja (grad ili županija) ima određene zemljopisne karakteristike. Sukladno rasporedu timova hitne medicinske pomoći (u promjeru 25 kilometara jedan tim) i organiziranosti hitnih bolničkih prijema, svaka zona ima specifičan način upravljanja.

### Model valova

Prednost u zemljopisnim cjelinama koje su više vodoravne. Prilikom napuštanja svojih zona odgovornosti zbog intervencije, drugi timovi šire svoje zone i miču se poput valova lijevo ili desno, ovisno o potrebi intervencije. Tako proširene zone trebaju uvijek biti osigurane na krajnjim rubovima i osiguravati maksimalnu dostupnost. Potrebno je i imati u vidu blizinu autocesta i imati uvijek imati na umu da tim, za najprioritetnije intervencije, mora doći na mjesto događaja za 10 minuta (u ruralnim za maksimalno 20 minuta).

### Model ekstendiranja

Model ekstendiranja timova hitne medicinske pomoći karakterističan je za zemljopisne cjeline, koje po rasporedu timova, imaju izgled nepravilnog oblika. Odlazak tima na intervenciju ostavlja prazan neosiguran prostor i povećava zonu odgovornosti drugim timovima. U takvim situacijama disponent preuzima kontrolu nad većom pokrivenosti terena, sa manjim brojem timova ali neprestano mora imati dostupan tim, iako je proširio zone djelovanja.

Ukoliko tim napušta svoji zonu odgovornosti, a pojavi se intervencija u njegovoj zoni, disponent po prioritetu djeluje na slijedeći način:

- 1) Po najvišem stupnju prioriteta šalje najbliže vozilo.
- 2) Procjenjuje razloge poziva i ukoliko po prioritetu ne zahtjeva brzu reakciju timova hitne medicinske pomoći, čeka razvoj događaja ukoliko je tim na intervenciji, pa tek onda donosi odluku.
- 3) Svaka intervencija se može procijeniti za 10-tak minuta i disponent konzultira timove na terenu da bi znao kako isplanirati rad službe.
- 4) Ukoliko tim hitne medicinske pomoći procjeni da je potrebno pacijenta zbrinuti na hitni bolnički prijem, disponent širi zonu i šalje drugo vozilo u tu zonu na intervenciju.
- 5) Tim koji napušta zonu i transportira u bolnicu, prilikom završetka intervencije može biti poslan na intervenciju u bilo koju proširenu zonu jer njegovu zonu pokriva drugi tim. Svi timovi rade po nalogu disponenta bez preispitivanja njegove odluke.
- 6) Preusmjerava timove na prioritetnije pozive i procjenjuje stanje na terenu.

Disponent nikad ne smije ostaviti da jedan tim pokriva više od 2 zone, niti da uputi vozilo na manje prioritete a da pri tome nije osigurao sva područja odgovornosti. Uvijek i uvijek mora imati pričuvnu opciju djelovanja.

Timovima hitne medicinske pomoći upravlja disponent iz prijavno dojavne jedinice. Nakon primanja poziva i njenoga geokodiranja, prosljeđuje poziv najbližem slobodnom timu. U prvoj minuti poziv se prima, a već u drugoj minuti disponent donosi odluku o upućivanju tima na primljeni poziv. On

je izravno odgovoran za rasporedu timova na terenu, te predstavlja važnu ulogu u vremenskom dolasku tima na intervenciju.

Efektivnost (pravilno odlučivanje, te pravilno provođenje odluka) i efikasnost (učinkovitost) su aktivnosti koje uz korištenje resursa organizacije ostvaruju njene ciljeve. Upravljanje vremenom mora biti racionalno, u izazovnim i složenijim situacijama predstavlja uspješnost rada cijele organizacije.

### Nadzor nad radom prijavno dojavne jedinice

Kontroliranje i vrednovanje rad obavlja voditelj prijavno dojavne jedinice (voditelj smjene), te osigurava odvijanje procesa rada u skladu sa zacrtanim planovima i protokolima. Nadzor nad radom prijavno dojavne jedinice omogućava pravodobnu prilagodbu u novonastalim promjenama. To je funkcija unutar sustava kojom se povećava efikasnost i efektivnost praćenjem, provjeravanjem i prosuđivanjem odluka, postupaka, mjera i rezultata koji se postižu u odnosu na planirane ciljeve. Time se povećava i sposobnost prilagođavanja promjenama, pravilno izvođenje i ostvarivanje ciljeva organizacije. Iako u prijavno dojavnoj jedinici, dispečer prima a disponent upravlja sa timovima, potrebno je vršiti nadzor nad svim segmentima sustava. Svaki poziv se vremenski registrira, od primanja pa do davanja timovima. Također se bilježi dolazak timova i dužina trajanja intervencije. Svaki oblik komunikacije se snima (telefonski i TETRA sustav). Ta osoba mora imati visoku stručnu spremu (prvostupnik seestrinstva/liječnik) i dugogodišnje iskustvo u radu, te poznavanje cijeloga procesa rada. On predstavlja najodgovorniju osobu u radu cjelokupnog sustava hitne pomoći i zahtjeva izuzetne rukovoditeljske sposobnosti.

### Odgovornost

Odgovornost kao obveza u odnosu na očekivanu aktivnost ili rezultat predstavlja temeljnu kategoriju rukovođenja. Odgovornost rukovoditelja može se jednostavno definirati kao „obveza izvršenja zadataka u zadovoljavajućem opsegu i kvaliteti u stručnom smislu i u smislu angažmana potencijala organizacije“, što je sinteza čitavoga niza definicija. To je u suštini odnos rukovoditelja prema organizacijskim pitanjima i društveno prihvatljivim normama u organizacijskim odnosima (pravne norme, političke, a posebno etičke). Autoritet i odgovornost su povezani. Autoritet je podloga odgovornosti, zato što odgovornost zavisi od autoriteta. Znači da se dodjelom određenog autoriteta uspostavlja odgovarajući stupanj odgovornosti.

Bez obzira na organizacijski ustroj i ustroj sustava rukovođenja, odgovornost je moguće uspostaviti ako su ispunjena dva temeljna uvjeta i to:

- odgovornost je uvijek osobna, pojedinačna, zato što organizacija rada ne poznaje kolektivnu, grupnu ili neku drugu odgovornost;
- odgovornost je efikasna ako je čovjek odgovoran samo jednom rukovoditelju i on zna kome, a preko njega dalje u sustavu rukovođenja.

Odgovornost kao organizacijska kategorija raspoređena je po dubini rukovodstvene piramide, tako da rukovoditelji više razine imaju veću odgovornost, a niže razine manju odgovornost, odnosno odgovornost samo za realizaciju njima povjerenih zadataka. Isto tako svaki član grupe koja izvršava neku zadaću, odgovoran je za svoj dio zadaće kolegama, zato što teže izvršiti zadaću i kao grupa su odgovorni. Rukovoditelj je odgovoran za rad svakoga pojedinca i za rezultat grupe u cjelini višem rukovoditelju. Lanac odgovornosti vezan je u linijskoj organizaciji uz skalarni lanac i predstavlja formalne kanale komuniciranja koje determinira autoritet. U tom lancu može doći do konfuzije ili prekida kada podređeni preskoče određenu razinu i direktno komuniciraju. Ponekad je to nužno u specijalnim i konspirativnim zadaćama u vojnim i policijskim organizacijama. Međutim, u svim ostalim organizacijama treba odmah reagirati i uspostaviti „bypass“, tj. premostiti prekinuti lanac. To je poznati postupak pod nazivom Fayolov most, i bez obzira na tip organizacijskog ustroja on mora funkcionirati kako odgovornost ne bi ostala fluidna i neodređena.

### Vrste odgovornosti

Odgovornost je višeznačna kategorija koja ima nekoliko aspekata. Zato je nužno prihvatiti stav da odgovornost predstavlja višeslojnu kategoriju u kojoj se na konkretnoj razini mogu prepoznati slijedeći aspekti:

- a) Statusna odgovornost je odgovornost rukovoditelja najbližem u hijerarhiji, a preko njega do glavnog rukovoditelja organizacije, ugrađena u strukturu određene rukovodne funkcije ili radnog mjesta.
- b) Pravna odgovornost je egzaktna i odnosi se na: izvršenje radne obveze, radnu disciplinu, opseg i kvalitetu, međuljudske odnose, okruženje, opremu, zaštitu, poštivanje. Može se odraziti kroz sankcije za neizvršavanje zadaća i pravno se kvalificira kao disciplinska i krivična odgovornost.
- c) Stručna odgovornost se temelji na primjeni odgovarajućih profesionalnih, stručnih znanja, vještina, sposobnosti, postupaka odnosno pravila profesije ili struke.
- d) Moralna odgovornost je preduvjet svakoj drugoj odgovornosti i zasniva se na opće prihvaćenim, ali i posebno utvrđenim normama ponašanja putem kodeksa profesije.

Pri strukturiranju odgovornosti koja proizlazi iz različitih tipova autoriteta, treba voditi računa da se izbjegavaju neke organizacijske pogreške,

među kojima su najčešće slijedeće:

- preklapanje odgovornosti je situacija kada se naruši načelo odgovornosti jednog rukovoditelja pa se kod podređenog manifestira situacija da odgovara za istu aktivnost nekolicini rukovoditelja na istoj razini,
- jaz odgovornosti predstavlja situaciju u kojoj za neke zadatke nitko nije odgovoran ili se odgovornost ne može locirati na pojedinog rukovoditelja,
- bavljenje aktivnostima koje nisu u funkciji cilja i zadatka organizacije pa se onda ne može niti locirati odgovornost

U sustavu rukovođenja, neovisno o organizacijskom ustroju, locira se određeni stupanj odgovornosti za određene zadatke po razinama rukovođenja na kojima se donose odluke. Ta pojava je poznata kao „rasipanje odgovornosti“ zato što je odgovornost čelnih ljudi organizacije neusporedivo veća od neposrednih rukovoditelja.

Možemo govoriti da je odgovornost kao rukovodstvena kategorija sadrži internu odgovornost u organizacijskom ustroju, i vanjsku odgovornost prema javnosti, sukladno valorizaciji cilja organizacije i komuniciranju prema javnosti.

### Krizne situacije

Krizne situacije predstavljaju izvanredna događanja koja ometaju nesmetani rad disponenta. Tu spadaju masovne nesreće, elementarne nepogode, prekid sustava komunikacije, nestanak električne energije u pdj, prestanak rada informatičkog sustava.

U masovnim nesrećama gdje ima više ozlijeđenih osoba i gdje su na mjesto nesreće upućena više od 50% timova koji su u službi, voditelj službe je dužan obavijestiti svoje nadređene. Potrebno je ostaviti tim za hitna stanja u pripravnosti. Moraju postojati određeni protokoli u takvim situacijama te daljnje upravljanje preuzimaju neposredni rukovoditelji.

Prekid komunikacijskog sustava označava nemogućnost dobivanja hitne pomoći od strane pacijenta ili prekid komunikacijske veze disponenta sa timovima. Ukoliko dođe do nemogućnosti dobivanja hitne pomoći zbog kvara na fiksnoj telekomunikaciji, potrebno je imati minimalno 2 pričuvna mobitela. Na te se brojeve spajaju pozivi upućeni preko drugih žurnih službi te se objavljuju u javnim medijima (radio, televizija).

U prekid veza spadaju i nemogućnost komunikacije disponenta i timova na terenu. Vrste komunikacije kojima se služe su UKV radio veza i mobilnim telefonima koje posjeduju voditelji tima. Ukoliko i te veze ne rade, timovi se javljaju sa mjesta događaja fiksnom linijom ako je dostupna.

Nestanak električne energije je najčešći problem koji nastaje. Sustav napajanja električnom energijom postoji u 3 oblika i to iz mrežne struje, pomoću UPS sustava i agregatno napajanje. Prilikom nestajanje

električne energije, sustav se mora napajati preko UPS sustava do uspostave agregatnog napajanja. Prestanak rada informatičkoga sustava predstavlja novi način rada. U takvim situacijama dispečeri ručno pišu pozive, te disponent ih unosi na pričuvne disponentske liste timova. Vrijeme primanja, predaje poziva te dolaska i završetka intervencije se piše u listu. Potrebno je imati i priručne karte te oznake za timove zbog lakšeg upravljanja procesom rada.

### ZAKLJUČAK

Ustrojem prijavno dojavnih jedinica dobivamo kontroliranu službu, sa svim segmentima nadzora rad hitne medicinske pomoći. Jedinstvenim primanjem poziva i upravljanjem timovima, sa jednog kontrolnog mjesta, dobivamo učinkovitu i dostupnu hitnu pomoć. Upravljanjem timovima hitne medicinske pomoći označava napredak službe, a dodatna

educiranost djelatnika sigurnost u njenom radu. Transformacija hitne službe, osnivanjem prijavno dojavnih jedinica, predstavlja glavni cilj sveukupne reorganizacije sustava. Educiranost disponenta predstavlja važnu kariku u radu hitne medicinske pomoći. Njegov način rad preuzima odgovornost za vrijeme dolaska i dostupnost tima, jer on izravno utječe na raspored timova na terenu. Jer pozivanje hitne pomoći ne označava odmah i brz dolazak tima, jer odluku donosi disponent, poštujući prioritete i raspored timova na terenu. Taj vremenski sraz označava i odgovornost disponenta za svoj rad, jer svaki postupak mora biti opravdan. Disponent je novina u sustavu i zahtjeva, zbog svoga položaja, poseban pristup u definiranju njegovog rada u prijavno dojavnoj jedinici.

### LITERATURA:

1. Jurina, M. Rukovođenje i organizacijsko ponašanje. Zagreb, Ministarstvo unutarnjih poslova, 1994.
2. Horvat, Đ. Temeljne funkcije upravljanja. Zagreb, Edukator, 2007.
3. 100 godina hitne medicinske službe u Zagrebu, 1909.-2009. Zagreb, Ustanova za hitnu medicinsku pomoć Zagreb, 2009.
4. Definiranje programa tečaja izobrazbe radnika dispečerske hitne medicinske službe (radionica). Zagreb, HZHM, 11.02.2011.
5. Clawson, J.J. Emergency Medical Dispatching. Prehospital and Disaster Medicine. [www.naemsp.org/documents/EmergencyMedicalDispatching.pdf](http://www.naemsp.org/documents/EmergencyMedicalDispatching.pdf) (24.02.2011)
6. Cook, W.M. The use of Criteria Based Dispatch in the Prioritisation of 999 Emergency Ambulance calls, 2001.
7. [www.nelhec.warwick.ac.uk/ECL\\_Toolkit/source%20files/THESIS.pdf](http://www.nelhec.warwick.ac.uk/ECL_Toolkit/source%20files/THESIS.pdf) (27.02.2011)
8. King County EMS Division. Criteria Based Dispatch - Emergency Medical Dispatch Guidelines 4th ed.
9. [www.emsonline.net/ASSETS/CBD%20Guidelines%202004.pdf](http://www.emsonline.net/ASSETS/CBD%20Guidelines%202004.pdf). (18.01.2011)

# JESMO LI BOLESNIKE PRIPREMILI ZA ŽIVOT SA STOMOM I TKO JE MEDICINSKA SESTRA/TEHNIČAR, ENTEROSTOMALNI TERAPEUT U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU

Ivanka Benčić, [bacc.med.techn, ET](mailto:bacc.med.techn@et.hr)

Klinika za kirurgiju, KBC Sestre milosrdnice, Vinogradska cesta 29, Zagreb 10000, Hrvatska

## SAŽETAK

**NAMJENA:** nedostatak istraživanja u Republici Hrvatskoj vezan za procjenu kvalitete skrbi za ljude s ostomijom, onemogućava jasno istupanje prema institucijama koje, svaka u svom segmentu zbrinjava specifične potrebe te skupine liječenih ljudi. Ovakvo istraživanje, koje smo izveli može biti pokazatelj prepoznavanja potrebe za uvrštavanjem enterostomalnog terapeuta u zdravstveni sustav u Hrvatskoj. Enterostomalni terapeut je medicinska sestra/tehničar sa regularnom stručnom nabrazbom - koja nakon završenog specijalističkog programa enterostomalne terapije, dobiva nove kompetencije i autonomiju, odgovornost u segmentu skrbi za stoma, rana - fistula i kontinencije.

Kompetentna je u preoperacijskom te u svakom narednom tijeku liječenja skrbiti za pacijenta sa ostomijom kao član tima koji provodi dio liječenja, u okviru svojih kompetencija. Namjera je bila dobiti uvid i ocjenu kvalitete provedenih aktivnosti kod ljudi sa ostomijom - od strane samih nosioca ostomije. Također želimo ocijeniti razinu, do koje su ljudi sa stomom bili pripremljeni za samu činjenicu da će biti nositelji ostomije te koliko su bili spremni za samozbrinjavanje stome pri otpustu iz Bolnice.

**METODE:** U istraživanju je korištena kvantitativna metoda skupljanja podataka. Korišten je anketni upitnik polustrukturiranoga tipa za nositelje ostomije. Konačni broj ispitanika je 31. Za izvedbu istraživanja smo dobili dozvolu Udruge Cro Ilco Zagreb. Istraživanje je provedeno u lipnju 2015. godine.

**REZULTATI:** Iz rezultata istraživanja jasno je vidljiva činjenica koja govori u prilog tvrdnje da su ljudi vrlo manjkavo informirani što to točno znači živjeti sa stomom. Čak 87,10% ispitanika odgovara kako nisu imali dovoljno vremena za proces pripreme života sa stomom prije i tijekom liječenja u bolnici. Svi ispitanici navode potrebu za postojanjem specijaliziranoga kadra koji bi se bavio upravo problematikom života sa ostomijom.

Na taj način zadovoljavajuće bi se prijeoperacijski pripremili na zahvat, te u nastavku opskrbili potrebnim znanjima i vještinama za čim kvalitetniji stupanj života. Također rezultatima ispitivanja navode potrebu uvođenja volontera, nosioca ostomije u opciju pomoći u procesu prilagodbe za život sa stomom (93,55% ispitanika navodi da bi im razgovor i prisustvo nosioca ostomije pomoglo u prilagodbi).

**DISKUSIJA I ZAKLJUČAK:** Zdravlje je vrlo kompleksan pojam. Uključuje kako tjelesnu cjelovitost tako i mentalno zadovoljstvo. Stoma kirurgija ima veliki utjecaj na pacijenta u svakodnevnom životu. Postoji jasna veza između broja problema sa stomom i stupnjem društvenih ograničenja (Gooszen). Ljudi sa formiranom stomom zahtijevaju planiranu i pravovremenu pripremu u punom psihičkom i fizičkom smislu. To podrazumijeva čitav niz planiranih aktivnosti koje provodi posebno educirano zdravstveno osoblje - enterostomalni terapeut. Istraživanje u svakom segmentu naglašava potrebu njihovog prepoznavanja i uvrštavanja u zdravstveni sustav Republike Hrvatske. Edukacija o životu sa stomom puno je učinkovitija ukoliko je započinjemo u prijeoperacijskom periodu. Direktno je povezana sa ranijim otpustom iz Bolnice u odnosu na pacijente u kojih smo edukaciju započeli tek u postoperativnom dijelu liječenja (Chaudhri, 2005).

**KLJUČNE RIJEČI:** zdravstvena njega, pacijent sa stomom, stupanj kvalitete zdravstvene njege i informiranost, enterostomalni terapeut (ET)

## UVOD

Kvaliteta života važan je čimbenik u životu svakog pojedinca. Predstavlja individualan doživljaj, no osnovne životne potrebe svima su iste. Zdravlje je jedan od osnovnih životnih potreba koje definiraju čitav niz drugih životnih okolnosti. Operacijom

odstranimo uzrok bolesti no često ostaju razne tjelesne promjene kao npr. formirana stoma.

Stoma može jako utjecati na kvalitetu života pacijenata. Može biti veliki ograničavajući faktor u svakodnevnom aktivnostima. (Košorok, 2006-2007). Bolesnici sa stomom suočavaju se s mnogim poteškoćama i fizičke i psihičke prirode. Malo se zna o dugoročnim problemima i utjecaju trajne stome na životni stil. Tu ne nalazimo signifikantne razlike između pacijenata sa ileo ili kolostomom (Original Contributions, 1999).

## ZDRAVSTVENA NJEGA PACIJENTA SA OSTOMIJOM

Zdravstvena njega pacijenta sa ostomijom podrazumijeva, stručno planiranje, provođenje i evaluaciju provedenih specifičnih postupaka. Kako će operacija možebitno riješiti uzrok bolesti, medicinska sestra/medicinski tehničar, enterostomalni terapeut, planiranim aktivnostima iz područja zdravstvene njege spriječiti - otkriti i riješiti prateće probleme koje oboljela osoba ima zbog bolesti ili operacije (Hajdinjak, 1999). Svaki pacijent zaslužuje i mora dobiti isti stupanj i razinu planirane i provedene zdravstvene njege. To zahtjeva stalno stručno usavršavanje medicinskih sestara te standardizaciju postupaka i aktivnosti koje provodimo na bolesniku. Na taj način osiguravamo jednakost u kvaliteti te povećavamo sigurnost bolesnika, vezano uz provedene postupke kojima ga izlažemo. Pri zdravstvenoj njezi pacijenata sa stomom, između svih teoretskih modela aktualni su teoretični moduli: Hildegard E. Peplau, Virginija Henderson, Dorethee E. Orem (Hribar, 2009). Najvažniji cilj pri zdravstvenoj njezi pacijenata sa stomom je samostalnost u provođenju aktivnosti tj. samozbrinjavanja stome, od strane nositelja ostomije.

Pri planiranju zdravstvene njege najprimjenjiviji je teoretični model Dorothee E. Orem koja ga je i definirala kao model "samoopskrbe i samostojnosti" (Hribar, 2009).

Osnovna je specifičnost modela samoopskrbe (self care) poticanje i usmjeravanje pojedinaca u njihovu nastojanju da poboljšaju stupanj kvalitete života, da čuvaju i unapređuju svoje zdravlje, da se oporave od bolesti i ozljeda i da se nose s njihovim posljedicama. Samoskrb je svjesna, promišljena, samoinicijativna i svrhovita aktivnost pojedinaca koja počiva na osobnim vrijednostima i ciljevima. Cilj planiranja zdravstvene njege pacijenta nosioca ostomije je uspostavljanje ravnoteže na relaciji realnih mogućnosti i potreba samostalnog zbrinjavanja. Da bi za nositelja ostomije osigurali takve okolnosti, nužni su zasebni, posebno educirani i školovani profil medicinske sestre/medicinskog tehničara, koji će se moći posvetiti pacijentu sa takvim specifičnim potrebama.

## ENTEROSTOMALNA TERAPIJA

Još 1850. godine opisano je prvo izvođenje stome (kolostoma) na kožu abdomena. Izvođenje ileostome opisano je čak stotinjak godina kasnije (1939). Američki kirurg Lehey izvodi prvu stomu na kožu no izvan operativne rane. 1952. godine engleski kirurg Brian Kook oblikuje viseću stomu koja i danas predstavlja standard za tehniku izvođenja tankoga crijeva. Na taj način omogućuje pravilno njegovanje stome i peristomalne kože. **Šezdesetih godina 20. st.** Švedski kirurg Kock opisuje tehniku kontinentne stome (Pelvic pouch). Kroz vrijeme i stoljeća mijenjali su se načini zbrinjavanja problema koje je život sa stomom podrazumijevao. Stome su se zbrinjivale pomoću raznih gaza, staničevine, pvc materijala, pa čak i staklenih rezervoara (Košorok, 2006-2007). Važno je napomenuti kako je već 1927. Lockhart - Mummery iz bolnice St. Marksu Londonu, predlagao klistiranje stome, te je taj način ostao i do današnjeg dana jedan od uspješnih načina života sa stomom (Košorok, 2006-2007). Pedesetih godina 20. stoljeća u Kraljevini Danskoj se pojavljuje prva samoljepljiva vrećica namijenjena upravo zbrinjavanju stome. Ubrzo postaje standard u skrbi za stomu. Prve začetke organizirane enterostomalne terapije nalazimo u Clevelandu (USA). Na postojećoj Klinici na odjelu kirurgije pod vodstvom prof. Ruperta Turnbulla (abdominalni kirurg), kao bolesnica, boravila je i gosp. Norma Gill. Profesor Turnbull zamjećuje veliku spretnost i vještinu koju je Norma Gill iskazivala u radu sa svojom stomom te je sa velikim žarom i voljom svoje znanje i vještine prenosila drugim bolesnicima na odjelu. Zapošljava je na svom odjelu kao volontera, te uvodi termin stomalnoga tehničara. Norma Gill posjedovala je velike organizacijske sposobnosti te se 1961. godine pod njenim vodstvom organizira izobrazba prvih enterostomalnih terapeuta i to iz redova bolesnika nosioca ostomije (Košorok, 2006-2007). Od 1968 godine započinje kontinuirano ciljano školovanje za program enterostomalne terapije, prvo također iz redova bolesnika koji imaju osobno iskustvo sa životom sa stomom, a od sedamdesetih godina prošloga stoljeća, u sustav izobrazbe ulaze u pravilu medicinske sestre. 1978. godine sada već brojne medicinske sestre ET organiziraju se u udruženje „World Council of Enterostomal Therapist“ (WCET), profesionalna svjetska asocijacija ET terapeuta sa višestrukim ulogama i funkcijama. Enterostomalni terapeut je medicinska sestra koja posjeduje specifično znanje, vještine iz područja zdravstvene njege pacijenata sa ostomijom. To podrazumijeva područje stoma za hranjenje te stoma koje izlučuju razne sadržaje (traheostoma, ileostoma, kolostoma, urostoma...). Također je kompetentna i ima ovlasti zbrinjavati kronične rane te područja inkontinencije za urin i stolicu, fistule različitog podrijetla.

Zadaća enterostomalnog terapeuta je razvijati standarde za područja enterostomalne terapije. Vodi edukacije za zaposlene u zdravstvu koji se u svom radu susreću sa pacijentima sa stomom fistulom ranom i inkontinencijom. Sudjeluje i organizira istraživanja na području enterostomalne terapije. Također u svojoj specijalističkoj djelatnosti razvija i specifične kompetencije (Univerzitetni klinički center, Ljubljana, 2015-2016).

- ✓ Uspostavlja sestrinske dijagnoze iz područja enterostomalne problematike
- ✓ Definira intervencije na osnovi sestrinske dijagnoze
- ✓ Sudjeluje u radu tima za provođenje zdravstvene njege
- ✓ Izabire i propisuje pomagala za područje rada u kojem posjeduje kompetencije
- ✓ Djeluje zdravstveno – odgojno
- ✓ Pacijenta informira o procesu učenja života sa stomom
- ✓ Označava planirano mjesto stome
- ✓ Prepoznaje vrste kroničnih rana i odlučuje o potpornim sredstvima za cijeljenje rana, definira procese primjene i procese liječenja
- ✓ Prepoznaje vrstu i stupnjeve inkontinencije, izabire i propisuje primjerena pomagala
- ✓ Rješava kompleksne probleme sa područja enterostomalne terapije

Medicinska sestra/tehničar ET, pred operaciju razgovara sa pacijentom o potrebnim životnim prilagodbama nužnim zbog planirane operacije i posljedičnog formiranja stome. Pred operaciju dobro markira (označi mjesto gdje će stoma biti izvedena na kožu). Po operaciji pacijenta opskrbi primjerenim pomagalima te provodi edukaciju o svim segmentima života sa stomom (Košorok, 1979). Iz prethodnoga navoda jasno je vidljivo kako još od osamdesetih godina prošloga stoljeća govorimo o nužnosti postojanja toga profila medicinske sestre-tehničara, no bez pomaka u tom smislu u Hrvatskoj.

Medicinske sestre/tehničari imaju vrlo veliku ulogu u pred i poslije operacijskom periodu zdravstvene njege pacijenta sa ostomijom (Baxter i Salter 2000, cit. po Brown, Randle, 2005) definiraju mnoga područja na kojima medicinske sestre imaju veliki upliv na kvalitetu života pacijenata sa ostomijom:

- ✓ prihvaćanje dijagnoze i prognoze bolesti,
- ✓ priprema na život sa stomom,
- ✓ učenje praktičnih vještina važnih za samozbrinjavanje stome,
- ✓ osiguravanje potpore obitelji i širega društvenog okruženja,
- ✓ prihvaćanje promjena u tjelesnom izgledu te spolnosti.

## UTJECAJ STOME NA KVALITETU ŽIVOTA

Kvaliteta života vrlo je širok pojam i jako je individualne naravi. Iz literature i svakodnevice te iskustvo kroz rad sa bolesnicima vidljiv je velik utjecaj postojanja stome na kvalitetu života. Postoji iznimno mnogo čimbenika koji djeluju na pojedinca da bi bio zadovoljan. Mnogi pacijenti će se dobro nositi sa stomom, međutim, neki pacijenti navode znatne teškoće i patnju. Poboljšanje preoperativne procjene i savjetovanja s dužim praćenjem, vrlo je korisna u liječenju ovih bolesnika, a vjerojatno će pridonijeti poboljšanju kvalitete života (Original Contributions) (Chaudhri, 2005).

Čovjeka često ne interesira kako je zahvat tehnički učinjen, nego samo koje posljedice nosi za njegovo tijelo/život - u ovom slučaju je to stoma. Stoma može tražiti razne prilagodbe u osnovnim životnim potrebama (hranjenje - oblačenje - spavanje - prehrana - kretanje - spolnost). Postoji opravdani strah od socijalnih kontakata u samome početku, dok čovjek ne dosegne dovoljnu razinu samostalnosti tj. vještinu samozbrinjavanja (Hassan i Cima, 2007).

Većina pacijenata doživjelo je neke promjene u načinu života (80%), a više od 40% bolesnika je imao problema sa svojim seksualnim životom (Original Contributions).

## INFORMIRANOST BOLESNIKA O ŽIVOTU SA STOMOM

Anksioznost te osjećaj nelagode i stida, dovode do promjena u životnom stilu, uključujući i sposobnost za pronalaskom zaposlenja, željom za putovanjima, te do promjena u kompletnom self-image (Original Contributions). Da bi se bolesnik nakon izlječenja što lakše ponovno uključio u normalan život moramo mu objasniti što je to stoma, kako će izgledati i kako će funkcionirati. Ključno je samu oboljelu osobu od prvoga trenutka aktivno uključiti u planiranje procesa liječenja, planiranje načina života sa stomom. Neznanje rađa strah koji je naš najveći neprijatelj jer odvraća pacijenta od suradnje (Košorok, 1979). Već prije operacije mora bolesnik poznavati sva pomoćna sredstva za svoju buduću invalidnost (Košorok, 1979).

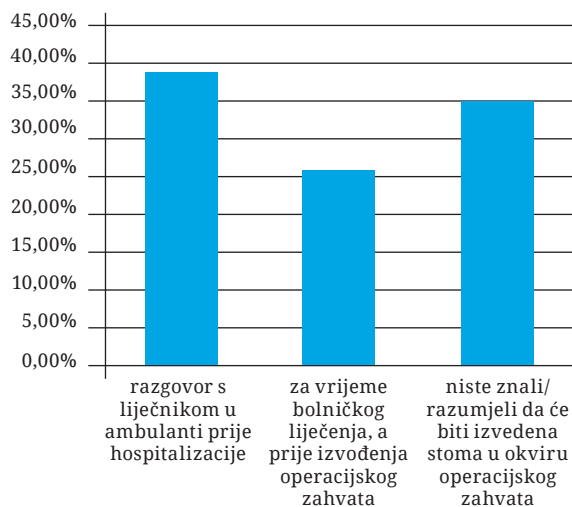
## METODE

U istraživanju je korištena kvantitativna metoda skupljanja podataka. Korišten je anketni upitnik polustrukturiranoga tipa za ispitanike nositelje ostomije te su na taj način skupljeni podaci- rezultati istraživanja. Upitnik je samostalno u potpunosti kreirala autorica članka, polaznica Šole enterostomalne terapije, Ljubljana UKC, 2015, Ivanka Benčić, bacc.med.techn, ET. Također je za potrebe izrade članka analizirano pitanje 16 koje odgovara na pitanje: kakav je bio njihov najjači subjektivni osjećaj vezan uz stomu, a pri otpustu iz bolnice. Upitnik su ispunjavali članovi ILCO udruge Zagreb, nositelji ostomije. Istraživanje je provedeno u 06. 2015. u prostoru Lige za borbu protiv raka, Zagreb. Za izvedbu istraživanja smo dobili dozvolu Udruge Cro Ilco Zagreb.

Uzorak u istraživanju su bili bolesnici sa stomom, članovi Udruge stomista u gradu Zagrebu. U istraživanje je bio uključen 31 ispitanik.

Prikupljeni podaci obrađeni su pomoću statističkoga programa SPSS 19 iz Windows okruženja. Također je pri analizi prikupljenih podataka korištena opisna metoda statistike te test hi-kvadrat.

## REZULTATI



Prikaz rezultata u slici 1. govori o fazi liječenja u kojoj je oboljela osoba informirana o mogućnosti da će liječenje moguće rezultirati izvođenjem stome. (hi kvadrat = 1.24, p=0.2654)

Čak 35% anketiranih osoba nije razumjelo da će im se izvesti stoma na površinu kože. Činjenica je, da je pripremljen pacijent u svakom smislu i osoba od koje možemo očekivati veću suradljivost u liječenju te bolji te bolji ishod.

## UZORAK

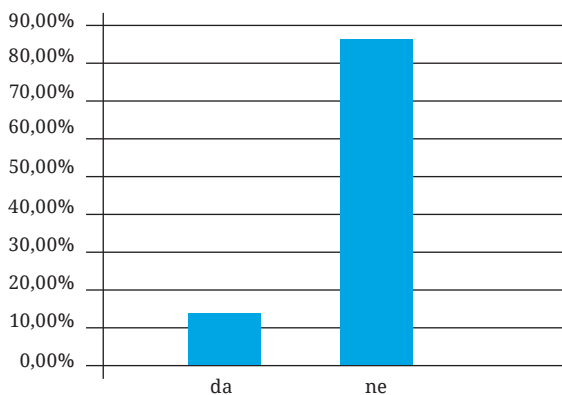
U istraživanje je bio uključen 31 ispitanik. U ukupnom broju u istraživanju je sudjelovalo 58,06% žena, te 41,94% muškaraca. Do jedne godine sa stomom živi 22,58% ljudi, od 1 do 5 godina 29,03%, a više od pet godina 48,39% ispitanika. Nositelja ileostome je 6,45%, kolostome 87,10% te urostome 6,45%.

Svim ispitanicima stoma je formirana zbog maligne bolesti crijeva. Svi ispitanici žive u gradu. U bračnoj zajednici živi 35,48%, samaca je 45,16% te u obiteljskoj zajednici 19,36 % ispitanika.

Obrazovna struktura ispitanika:

Nezavršenu osnovnu školu ima 3.23% ispitanika, samo osnovnu školu završilo je 6,45% ispitanih, gimnaziju ili srednju školu 38,71, više obrazovanje ima 16,13% te fakultet 35,48%, ispitanika.

Analizirana su i pitanja otvorena tipa iz ankete.

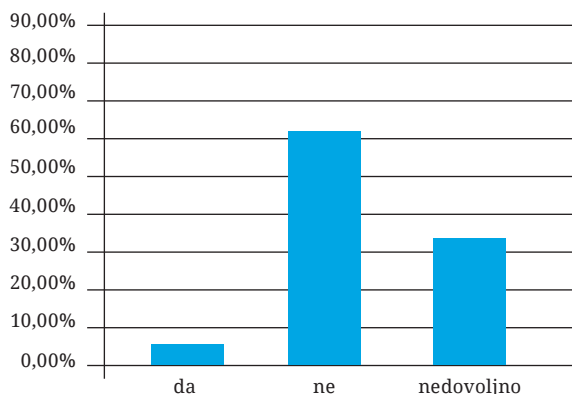


■ Procjena osobe da li je imala dovoljno vremena za postavljanje pitanja/razgovor o potrebnim prilagodbama nakon formiranja stome

U slici 2. prikazujemo rezultate na pitanje je li pacijent imao dovoljno vremena za postavljanje pitanje ili razgovor o potrebnim prilagodbama koje su nužne za kvalitetan život sa stomom.

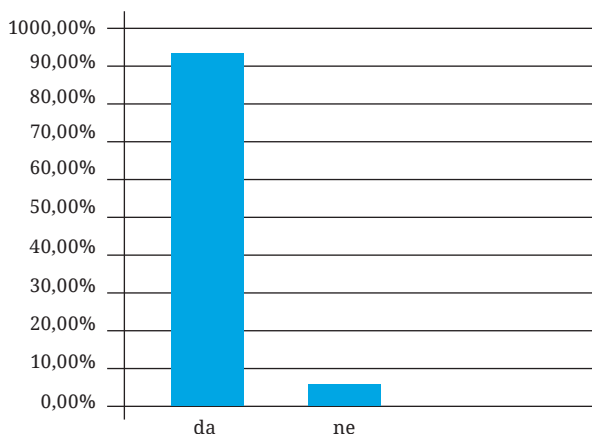
(hi kvadrat = 46.3, p<0,001)

Također, više od 80% anketiranih navodi kako je vrijeme posvećeno edukaciji o životu sa stomom bilo nedovoljno. Loše provedena priprema na život sa stomom sa sobom nosi čitav niz fizičkih poteškoća, teškoća u socijalnom funkcioniranju te lošijem i kasnijem povratku u uobičajene aktivnosti. Također donosi sa sobom povećane troškove vezane uz veću potrošnju materijala za njegu stome, a zbog nedovoljne i kasno započete edukacije (Parmar, 2011).



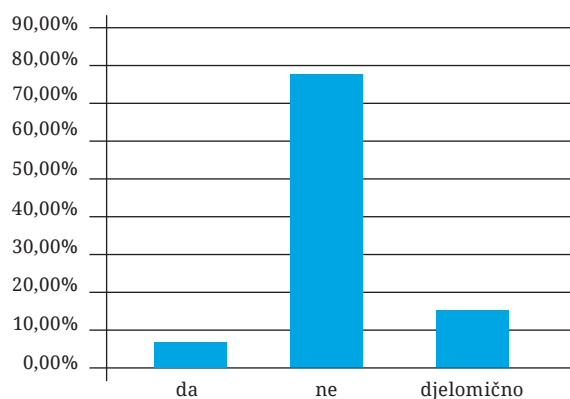
U slici 3. prikazani su rezultati odgovora na pitanje jesu li obitelji i bliske osobe bile uključene u edukaciju i informiranje o životu sa stomom

(hi kvadrat = 24.2,  $p < 0,001$ )



U slici 4. prikazujemo mišljenje o tome da li bi sudjelovanje volontera nositelja ostomije pomoglo u procesu prilagodbe na život sa stomom

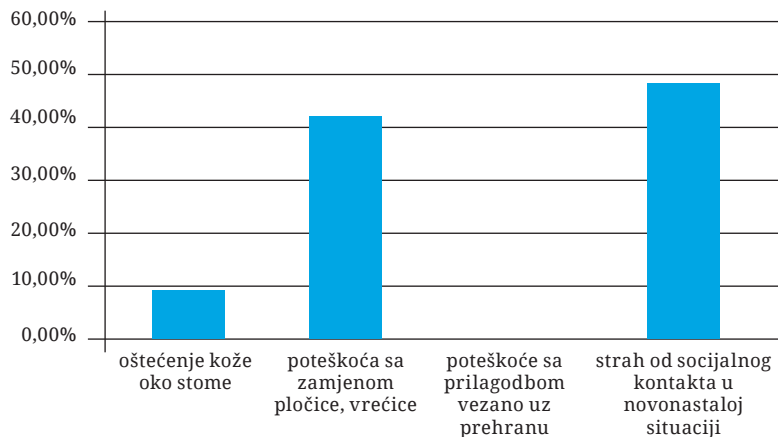
(hi kvadrat = 59.2,  $p < 0,001$ )



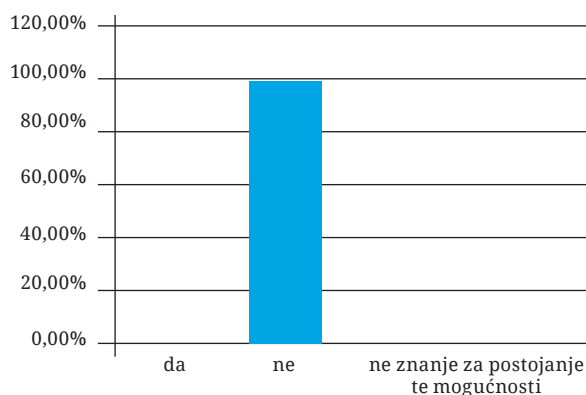
Slika 5. prikazuje odgovor na anketno pitanje o stupnju spremnosti osobe sa stomom za samozbrinjavanje pri otpustu iz bolnice

(hi kvadrat = 48.6  $p < 0,001$ )

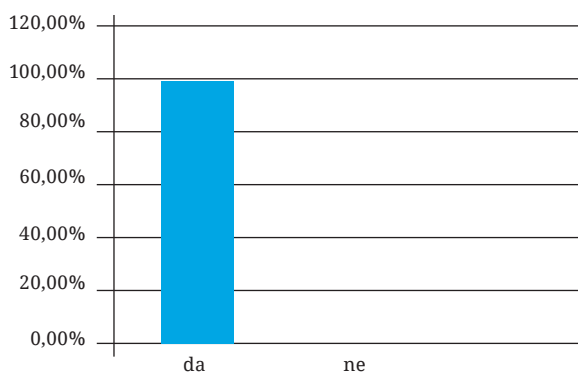




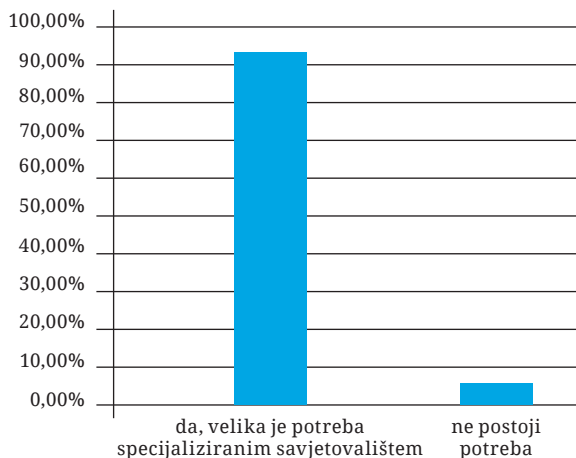
Slika 6. Prikazuje odgovor na pitanje, koji su najveći problemi nakon otpusta iz Bolnice po mišljenje nositelja ostomije (hi kvadrat = 46,3,  $p < 0,001$ )



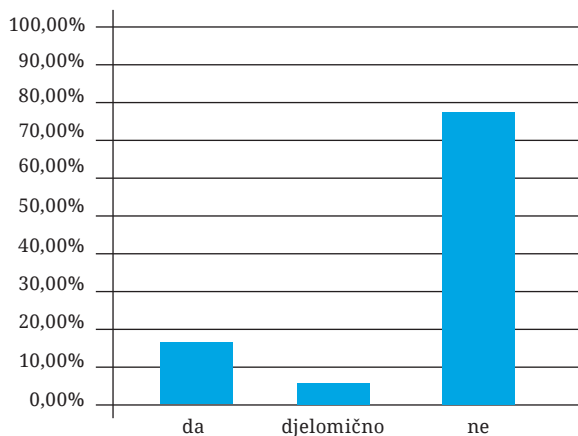
Slika 7. prikazuje da li je mjesto formiranja stome označeno (markirano) prije operacijskog zahvata, uz sudjelovanje pacijenta (hi kvadrat = 106,7,  $p < 0,001$ )



Slika 8. Prikazuje stupanj potrebe za uvrštavanjem enterostomalnih terapeuta u zdravstveni sustav, a po procjeni osoba nositelja stome (hi kvadrat = 80,0,  $p < 0,001$ )



Slika 9. prikazuje procjenu potrebe za zasebnim specijaliziranim savjetovalištem - ambulantom enterostomalne terapije (hi kvadrat = 53,8,  $p < 0,001$ )



Slika 10. prikazuje odgovor na upit jesu li ljudi sa stomom osposobljeni za život sa stomom (hi kvadrat = 46,8,  $p < 0,001$ )

## RASPRAVA

Namjera istraživanja bila je dobiti ocjenu postojećeg stanja kvalitete skrbi za pacijenta sa stomom prije u tijeku hospitalizacije i nakon otpusta iz bolnice. Istraživanju su podvrgnuti segmenti prije operacijske pripreme, poslije operacijskog zbrinjavanja bolesnika sa stomom te nakon otpusta iz bolnice. Posebna pažnja je pri istraživanju posvećena procjeni razine informiranosti bolesnika o životu sa stomom, dostatnosti vremena koje im je posvećeno, edukaciji te spremnosti na samozbrinjavanje nakon otpusta iz bolnice. Brižljivo markiranje budućega mjesta stome i opsežno savjetovanje u prijeoperacijskom periodu je neophodno (Gooszen). Rezultati istraživanja u konkretnim upitima vezanim za život sa ostomijom pokazuju puno prostora za dodatni rad i podizanje razine kvalitete rada sa ljudima nosiocima ostomije i onih ljudi kod kojih se stoma planira tek izvesti. Analiza upita, kada su nosioci ostomije upoznati sa činjenicom da će njihovo liječenje moguće završiti izvođenjem stome na kožu - jasno ocjenjuje potrebu definiranja trenutka, kada bolesnika informiramo o toj mogućnosti. Neprihvatljiva je činjenica da u ovako velikom postotku bolesnici ne razumiju da će im se formirati stoma. To otežava daljnju prilagodbu i proces usvajanja potrebnih vještina i prilagodbi za život sa stomom. (Chaudhri, 2005)

Predloženi rezultati u grafičkom prikazu ocjenjuju nedostatnim rad zdravstvenih profesionalaca kako u prehospitalnom dijelu, nadalje i u tijeku hospitalizacije. Nositelji ostomije govore u krajnje velikom postotku o svojoj nespremnosti za samozbrinjavanje stome pri otpustu iz Bolnice (slika 10). Prijeoperacijska priprema bolesnika u segmentu prijeoperacijskoga markinga, direktno je povezana za komplikacijama stome (Del Pino, 1997) (Salvadalena, 2015). Evidentna je velika razina straha od socijalnih kontakata te neprimjereno dostatna razina educiranosti medicinskih sestara s kojima se susreću rješavajući svoju problematiku, po procjeni pacijenata nositelja ostomije. Postoji jasna veza između broja problema sa stomom i stupnjem društvenih ograničenja (Gooszen). U pitanjima otvorenoga tipa ispitanici jasno navode primarno veliku razinu straha od života sa stomom, sve prisutnog osjećaja nemoći i depresije, osjećaja da su prepušteni sami sebi. Navode također strah od toga da će "im ispasti organi kroz otvor stome, raspasti se koža". Sve to upućuje na elementarnu neinformiranost ili pak jednostavno nosiocima ostomije nije posvećeno dovoljno vremena kako bi smanjili ovakve strahove i pomogli u procesu prilagodbe. Također je evidentna apsolutna neprikladnost volontera nositelja ostomije u bilo kojem segmentu pripreme ili pak liječenja oboljele osobe.

Ispitanici jasno navode veliku potrebu za njihovim uvođenjem u sustav. Zdravstvena njega je vrlo dinamičan proces. Podložna je razvoju i zaokretima u profesionalnom smislu ovisno o razvoju medicine ali i društva u općem smislu. Takav razvoj mora slijediti i naš osobni profesionalni razvoj kroz vrijeme. Kroz vrijeme mijenja se profesionalna praksa zdravstvene njege (Smith Flarey, 1999). Danas zdravstvenu njegu bolesnika gledamo kao koncept svih aktivnosti koje su usmjerene na način da osiguraju fizičku, psihičku i emocionalnu, dobrobit bolesnika. Zdravstvenu njegu moramo promatrati i sa stajališta bolesnika jer tada dobivamo daleko kompleksniju sliku o cjelokupnim potrebama bolesnika u punom smislu. Najbolju suradljivost sa bolesnikom postizemo upravo u situacijama kada sa bolesnikom razmjenjujemo mišljenja stavove i osjećaje vezane uz bolesnikovu problematiku. Dakle predmnijeva interakciju u oba smjera. Na taj način stvorimo okruženje koje omogućava odnos povjerenja, koji je pak ključan za poticanje samopouzdanje bolesnika te oni proaktivno sudjeluju u procesu liječenja. Uloge i odgovornosti se mijenjaju tako da cijeli tim zdravstvene njege drugačije funkcionira. Stvaraju se nove vrijednosti u službi bolesnika koji definitivno mora biti subjekt u procesu liječenja i cjelovitog tj. holističkog zbrinjavanja.

Pri tome medicinska sestra mora znati dobro procijeniti koje su psihičke i fizičke mogućnosti bolesnika i u kojoj mjeri ga možemo i smijemo uključiti u proces liječenja. Rezultati ispitivanja provedeni na skupini osoba nosioca ostomije u svakom profesionalnom smislu jasno govore o potrebi daljnjeg razvoja struke, medicinskih sestara u smislu užih specijalizacija. Samo na takav način mogu se kvalitetno zbrinuti specifične potrebe ljudi nositelja ostomije. Za njihovo cjelovito zbrinjavanje potrebna su specifična znanja, vještine i vrijeme ciljano utrošeno na upravo te planirane aktivnosti koje oboljeloga čovjeka vraćaju čim prije, svakom segmentu njegova života u što boljoj mjeri. Te specifične potrebe ne mogu se kvalitetno planirati niti provoditi bez postojanja enterostomalnog terapeuta u sustavu zdravstvene skrbi, razvijenom svijetu kojemu stremimo i mi kao profesionalci, svakako bitni članovi tima i enterostomalni terapeuti. Bolesnik je upravo na tu vrstu medicinskoga profila često upućen jer bi mu trebao biti i najdostupniji u sustavu zdravstvene skrbi. Timski rad svih profesionalaca uključenih u skrb tako kompleksnog bolesnika, dobra suradnja i komunikacija unutar tima i usmjerena prema korisniku, bolesniku, svakako pacijenta stavlja u središte zbrinjavanja.

## ZAKLJUČAK

Namjera i cilj je bila predstaviti segmente rada enterostomalnoga terapeuta u osoba nositelja stome i potrebu za medicinskom sestrom usko specijaliziranom za opisana područja zdravstvene skrbi. Istraživanje u čitav niz segmenata potvrđuje i podupire tezu o potrebi prepoznavanja i uvođenju enterostomalnog terapeuta u zdravstveni sustav. To je medicinska sestra/tehničar profesionalac, usmjerena na pacijenta nosioca ostomije, rana i inkontinencije. Cilj medicinske sestre / tehničara ET, je u što većoj mjeri vratiti oboljelu osobu što ranije u cjelovito, puno i samostalno življenje. Takav način organizirane skrbi za pacijenta omogućava individualni pristup, kontinuiranu skrb za pojedinca te povezivanje bolničke i vanbolničke skrbi. Predočeni rezultati u grafičkom prikazu ocjenjuju nedostatnim rad zdravstvenih profesionalaca kako u prehospitalnom dijelu, nadalje i u tijeku hospitalizacije. Također mora aktivno sudjelovati u povezivanju bolničke skrbi i planiranom otpustu te nastavku skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kako bi se održao kontinuitet kvalitetne zdravstvene skrbi. Tako se oboljele osobe brže i kvalitetno vraćaju u svoje obiteljsko i socijalno okruženje jer enterostomalni terapeut planirano prati i aktivno radi na sprečavanju komplikacija na području zdravstvene skrbi za bolesnika sa stomom, ranom i inkontinencijom. Svakodnevno svjedočimo sve većem broju bolesnika koji iz različitoga razloga imaju formiranu stomu (maligni procesi ginekološke, urološke ili digestivne problematike, IBD), te primjenjujemo suvremene trendove njihova liječenja. S obzirom na kompleksne procedure liječenja te grupacije bolesnika, ne možemo danas više govoriti o zlatnim standardima provedenih procedura ako nije uključen i enterostomalni terapeut. Slijedeći i provodeći procedure liječenja operativnog ili pak farmako procedura, vidimo da su u razvijenom svijetu kojemu stremimo i mi kao profesionalci, svakako bitni članovi tima i enterostomalni terapeuti. Bolesnik je upravo na tu vrstu medicinskoga profila često upućen jer bi mu trebao biti i najdostupniji u sustavu zdravstvene skrbi. Timski rad svih profesionalaca uključenih u skrb tako kompleksnog bolesnika, dobra suradnja i komunikacija unutar tima i usmjerena prema korisniku, bolesniku, svakako pacijenta stavlja u središte zbivanja. Takav rad i djelovanje osigurava kvalitetu i sigurnost za našega bolesnika u zdravstvenom sustavu, vraća ga u životno i radno okruženje, što u konačnici donosi jasnu i značajnu dobrobit kako pojedincu tako i društvu i zajednici u cjelini.

## LITERATURA:

1. Košorok, P., 2006-2007. Zgodovina enterostomalne terapije. Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije, Klinični center Ljubljana: področje za zdravstveno njego Ljubljana, pp 10-13
2. Kalauz, S., 2011. Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma. Zagreb, pp 30-32
3. Udruga medicinskih sestara i tehničara u gastroenterologiji i endoskopiji Hrvatske. Zbornik 15. Stručnog skupa s međunarodnim sudjelovanjem udruge medicinskih sestara i tehničara u gastroenterologiji i endoskopiji. 2014
4. World Council of Enterostomal Therapists, Wcet International Ostomy Guideline june 2014, pp10-17
5. Research Group A.I.O.S.S. "Clinical Nursing Stomatherapy Evidence from the operative instruments". From care to self care: therapeutic education. 2007, pp22-35
6. Research Group A.I.O.S.S. "Clinical Nursing Stomatherapy Evidence from the operative instruments". The nursing care of the bowel and urinary stomas. 2007, pp35-60
7. Košorok, P., Velčić, G., Škalamera, S. Psihosocijalni aspect ileo i kolostoma. Rijeka 1979, pp 9-20
8. Dorothea E: Orem. Nursing Concepts-profesional practice. 1989; Summa, Padova
9. Tomc Šalamun, D. Ali smo ljudi s stomo usposobili za kakovotsno življenje. Obzor ZdrN. 2009, 43(4).261-7
10. Bavčar, K. Škrabl, N. Kakovost življenja pacientov s stomo. Obzor Zdr N. Ljubljana, 2009;43(4)
11. Burnyocki, E. Kleerne clement Z: Quality of life with ostomy, oral comunications 11 ECET Bologna. 2011
12. Hribar, B. Odpust iz bolnišnice - kako so pacienti pripravljani na življenje s stomo. Obzor zdravstvene nege. 2009, 43(4): 277-84.
13. UKC Ljubljana, Šola Enterostomalne terapije, nastavni tekstovi.2015-2016
14. Original Contributions. Diseases of the Colon & Rectum. December 1999, Volume 42, Issue 12, pp 1569-1574. First online: Quality of life in stoma patients
15. Karen P. Nugent, Phyll, D., Beverley, S., Roy, P., Colin, D. Johnson. Urinary and Fecal Incontinence. Dis Colon Rectum. 2000, May;43(5):650-5.
16. Gooszen, AW., Geelkerken, RH, Hermans, J., Lagaay, MB., Gooszen, HG. Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. colostomy.
17. Del Pino, A., Cintron, JR, Orsay, CP., Pearl, RK., Tan, A., Abcarian, H. Enterostomal complications: are emergently created enterostomas at greater risk? *Am Surg.* 1997, Jul;63(7):653-6.
18. Parmar, KL., Zammit, M., Smith, A., Kenyon, D., Lees, NP. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. 2011. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland..
19. Chaudhri, S., Brown, L., Hassan, S, Horgan, AF. Preoperative intensive, community vs. traditional stoma education: a randomized, controlled trial. *Dis Colon rektum.* 2005, 48 (3):504.
20. Salvadalena, G., Hendren, S., McKenna, L., Muldoon, R., Netsch, D., Paquette, I., Pittman, J., Ramundo, J., Steinberg, G. WOCN Society and ASCRS Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Colostomy or Ileostomy Surgery. *Wound Ostomy Continence Nurs.* 2015, May;42(3):249-52.

PRIPREMILA: Cecilija Rotim, mag.med.techn.

## NAJAVE TEČAJEVA II. I III. KATEGORIJE U KBC SESTRE MILOSRDNICE

KBC Sestre milosrdnice, Ured za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite organizira trajnu edukaciju medicinskih sestara/ tehničara u skladu s godišnjim planom stručnog usavršavanja koji odobrava Hrvatska komora medicinskih sestara, uz to se održavaju Tečajevi II. i III. kategorije i druge stručne edukacije u ustrojstvenim jedinicama.

Kontinuirana edukacija medicinskih sestara i tehničara je neophodna. Cilj Tečajeva i predavanja je unaprijediti znanje i vještine medicinskih sestara i tehničara iz različitih područja zdravstvene njege u svrhu unapređenja kvalitete skrbi za bolesnike.

U planu i programu trajnog usavršavanja od lipnja do prosinca 2016. godine predviđeni su Tečajevi II. i III. kategorije:

LIPANJ 2016.

### 2. lipnja 2016.

Tečaj III. kategorije za medicinske sestre i tehničare

*“Specifičnosti bolesnika s terminalnim bubrežnim zatajenjem“*

RUJAN 2016.

### 29. rujna 2016.

Tečaj II. kategorije za medicinske sestre i tehničare „*Multidisciplinarni postupak prevencije i skrbi dekubitalnog oštećenja*“

LISTOPAD 2016.

Tečaj III. kategorije za medicinske sestre i tehničare „*Komunikacija u zdravstvu- Snaga riječi*“

Tečaj III. kategorije za medicinske sestre i tehničare „*Specifičnosti bolesnika s terminalnim bubrežnim zatajenjem*“

STUDENI 2016.

Tečaj III. kategorije  
„*Menadžment bola u sestinstvu*“

PROSINAC 2016.

Tečaj III. kategorije  
„*Izazovi istraživanja u sestinstvu*“

Prijave se vrše elektronskim putem te se zaprimaju do dana prije održavanja Tečaja.

Sve potrebne informacije o temama, programu i datumu održavanja možete pronaći na: <http://www.sestrinstvo.kbcm.hr/>.



PRIPEMILA: Durđica Duh

## NAJAVA SIMPOZIJA „DRUŠTVA OFTALMOLOŠKIH MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA“

22.-25. rujna 2016., POREČ

U Poreču, u hotelu Pical se u organizaciji Društva oftalmoloških medicinskih sestara/tehničara i HUMS-a od 22.09. - 25.09.2016. godine održava 8. simpozij Društva oftalmoloških medicinskih sestara/tehničara s međunarodnim sudjelovanjem.

Glavna tema ovogodišnjeg simpozija je:  
„Dijagnostički postupci u oftalmologiji“.

Uz glavnu temu autori imaju mogućnost prijaviti i **slobodne teme** koje mogu i ne moraju biti iz područja oftalmologije, a iz kojih možemo nešto novo saznati i naučiti.

Dijagnostika je izraz koji se u medicini koristi za prepoznavanje određenog patološkog stanja ili bolesti. Dijagnozu postavlja liječnik na osnovi anamneze, simptoma i određenih funkcionalnih pretraga.

Osnovni oftalmološki pregled sastoji se od vanjskog pregleda oka, uzimanja vidne oštine, mjerenja očnog tlaka i pregleda očne pozadine.

Medicinska sestra kao ravnopravni član oftalmološkog tima, samostalno izvodi određene dijagnostičke postupke.

Svjedoci smo napredovanja medicine i neprekidnog plasmana novih uređaja čije korištenje zahtijeva kontinuiranu edukaciju.

Tema će biti obrađena kroz plenarna predavanja i radionice u kojima ćemo saznati niz novosti iz područja oftalmološke dijagnostike i uloge medicinske sestre.

PRIPREMILA:

Astrid Maljković Pleše, bacc.med.techn.

### NAJAVA 12. SIMPOZIJA DRUŠTVA PATRONAŽNIH SESTARA HUMS-A S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

## „ISTRAŽIVAČKO SESTRINSTVO- NOSITELJ PATRONAŽNE DJELATNOSTI 21.STOLJEĆA“

23.-24. rujna 2016., KARLOVAC

Društvo patronažnih sestara HUMS-a organizira 12. Simpozij s međunarodnim sudjelovanjem. Tema ovogodišnjeg simpozija je „**Istraživačko sestrinstvo-nositelj patronažne djelatnosti 21.stoljeća**“. Simpozij će se održati u hotelu Lana Korana, 23. i 24. rujna 2016. u Karlovcu. Osim istraživačkih radova kolegica i kolega iz RH i regije, biti će prilike za učenje od predstavnika, HZJZ PGŽ, Poliklinike za zaštitu djece grada Zagreba kao i od pacijentice/autorice knjige „Zaključana“, gđe. Ivančice Matuše. Nakon što se suočila s LOCKED IN sindromom, autorica opisuje svoje doživljaje i događaje, proživljene tijekom operavka. U mnogočemu se osvrće na zdravstveni sustav u cjelini te nam ukazuje na dobre strane ali i na one malo manje dobre, one na kojima treba poraditi.

Cilj simpozija je povezivanje patronažnih sestara u regiji kroz usvajanje novih znanja i spoznaja, temeljenih na istraživačkom radu ali i kroz neformalno druženje na kraju službenog dijela simpozija. Na kraju simpozija družiti ćemo se uz rafting i /ili kanuing na Mrežnici te na taj način jačati osjećaj za timski rad. Svi ste pozvani i dobrodošli.

## 18. SIMPOZIJ S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM ONKOLOŠKO - HEMATOLOŠKOG DRUŠTVA I 13. TEČAJ TRAJNE EDUKACIJE

12.-15. listopada 2016.,  
BAŠKA, KRK

Onkološko - hematološko društvo HUMS-a organizira 18. Simpozij s međunarodnim sudjelovanjem, 13. Tečaj trajne edukacije, te svečano obilježavanje 30 godina Onkološko - hematološkog društva, u Baškoj na otoku Krku, od 12. do 15. 10. 2016.

Pozivamo na sudjelovanje sve medicinske sestre i tehničare, koji su na bilo koji način uključeni u skrb o onkološkim i hematološkim bolesnicima i pronašli su interes u ovom području.

Glavne teme simpozija obuhvaćaju: pedijatrijsku i ginekološku onkologiju, skrb za hematološkog bolesnika, edukaciju bolesnika i druge teme iz onkohematologije.

Teme na tečaju trajne edukacije obuhvatit će novitete u onkohematologiji, palijativnu skrb i psihoonkologiju.

Obilježavanjem 30 godina rada Društva prisjetit ćemo se razvoja sestrinstva iz područja onkohematologije kroz povijest i ujedno se zahvaliti najzaslužnijim medicinskim sestrama za razvoj Društva.

Detaljnije informacije možete pročitati na internetskim stranicama HUMS-a, a za kontakt se obratite na e-mail Gordane Mamić, tajnice Društva; [gordana\\_mamic@yahoo.com](mailto:gordana_mamic@yahoo.com), ili Branke Svetec, predsjednice Društva; [brankasvetec1@gmail.com](mailto:brankasvetec1@gmail.com)

## UDRUGA MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA NEUROKIRURGIJE HRVATSKE

21. listopada 2016.,  
NOVI SAD



Poštovane kolegice i kolege,

Iznimna nam je čast pozvati vas na **SeENS Nursing Section Symposium** pod nazivom **“Practice management guidelines in neurotrauma patients”** koji će se održati 21. listopada 2016. u Novom Sadu u Srbiji.

Simpozij će biti međunarodnog edukativnog i stručnog karaktera. Obuhvatiti će aktualne teme multidisciplinarnog zbrinjavanja neurotraumatološkog pacijenta s ciljem razmjene znanja, iskustava i vještina.

Pozivamo sve zainteresirane da se prijave na [office@miross.rs](mailto:office@miross.rs). Veselimo se vašem dolasku!

PRIPREMIO:  
Adriano Friganović, dipl.med.techn.

## NAJAVA 9. SIMPOZIJ U VARAŽDINU

## HDMSARIST

28.-29. listopada 2016.,  
VARAŽDIN

Čast i zadovoljstvo nam je najaviti 9. Simpozij Hrvatsko društvo medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije koji se održava od 28. do 29. listopada 2016. godine u hotelu Turist u Varaždinu.

Teme Simpozija su:

1. Napredne tehnike hemodinamskog monitoringa u JIL-u
2. Izazovi za medicinske sestre na anesteziji
3. Trijaža u OHBP-u – koliko smo samostalni?
4. Kompetencije medicinskih sestara u transfuzijskom liječenju
5. Slobodne teme

Kotizacija za članove Društva iznosi 400,00 kn, za ostale 600,00 kn. Simpozij će biti prijavljen sukladno Pravilniku Hrvatske komore medicinskih sestara.

Sažetci se primaju e-mailom na [info@hdmsarist.hr](mailto:info@hdmsarist.hr) do 15. rujna 2016. godine.

Rezervacija smještaja vrši se preko tehničkog organizatora Putničke agencije Filida.

PRIPREMIO: Adriano Friganović, dipl.med.techn.

## IZVJEŠTAJ S KONGRESA HRVATSKOG DRUŠTVA MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE (HDMSARIST)

04.-07. travnja 2016., ŠIBENIK

Od 04. do 07. travnja 2016. godine održan je 9. međunarodni kongres Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije u hotelu Ivan u Šibeniku. Teme kongresa bile su nove smjernice u kardiopulmonalnoj reanimaciji, medicinska sestra u procesu multiorganske eksplantacije, napredak u tehnikama regionalne anestezije, centralizacija transfuzijske medicine u RH, pedijatrijska i neonatalna intenzivna skrb, medicinska sestra u objedinjenom hitnom prijemu i slobodne teme. Na kongresu se okupio veliki broj medicinskih sestara i tehničara kako iz zemlje tako i inozemstva. Prezentirano je preko 60 stručnih radova i nekoliko posterskih prezentacija. I ove godine HDMSARIST je pokazao kako okuplja najveći broj medicinskih sestara i tehničara iz djelatnosti anestezije, intenzivnog liječenja, transfuzije i hitnih prijema.



PRIPREMILE: Kristina Kužnik i Elizabeta Kralj Kovačić

## IZVJEŠĆE

### 33. HRVATSKE PROLJETNE PEDIJATRIJSKE ŠKOLE

18.-22. travnja 2016., SPLIT

U Splitu je od 18-22. travnja 2016.g. održana 33. Hrvatska proljetna pedijatrijska škola. Njeno održavanje omogućeno je uz pomoć Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatskog pedijatrijskog društva, Hrvatskog društva za školsku i sveučilišnu medicinu, Pedijatrijskog društva HUMS-a, Medicinskog fakulteta sveučilišta u Splitu i KBC Split.

Teme ovogodišnje Hrvatske proljetne pedijatrijske škole bile su genetika, dječja i adolescentna psihijatrija i preventivni programi u pedijatriji.

Pedijatrijsko društvo HUMS-a sudjelovalo je u radu 33. HPPŠ s ukupno 22 prezentirana rada iz navedenih područja, koja su prvi puta objavljena u pdf formatu na web stranici HPPŠ. Uz predavanja uspješno je održana radionica „Preventivne mjere u programu zdravstvene zaštite djece.“

Usmena priopćenja medicinskih sestara započeli smo prezentacijom radova iz područja genetike, s posebnim naglaskom na važnost probira metaboličkih bolesti u djece, prvenstveno važnost pravilnog uzimanja krvi za novorođenački probir, gdje se u zadnje vrijeme pojavio problem. Iz područja genetike ukupno je prikazano 7 radova medicinskih

sestara s prikazom pacijenata i specifičnostima zdravstvene skrbi kod djece s kromosomopatijama, mukopolisaharidozom, Edwardsovim sindromom, deficitom glukoze 6 fosfat dehidrogenoze, kasnom hemoragijskom bolesti dojenčeta kao i kako prepoznati na osnovu genetske analize nuspojave antiepileptičke terapije. Svi prikazi su bili izuzetno kvalitetni i jedinstveni, rijetki u svakodnevnoj praksi medicinskih sestara, što je potaklo veliku i zanimljivu diskusiju na kraju ovog seta predavanja.

Iz područja dječje i adolescentne psihijatrije kod odabira radova vodili smo se mišlju koji se problemi današnjice u radu medicinskih sestara na pedijatriji. Kako to izgleda u svakodnevnom radu na pedijatrijskom odjelu predstavile su medicinske sestre prezentacijom svojih radova. Cilj predavanja bio je da se prikaže pregled svih psihoaktivnih supstanci koje su se pojavile na našem tržištu. Droga je postala općepriputni problem, a njezine žrtve nisu više negdje drugdje, već upravo tu među nama. Alkohol je prvo sredstvo ovisnosti koje mladi probaju. Trovanja alkoholom kod djece događaju se najčešće od 13. do 18. godine, češće



kod dječaka. Vrlo su alarmantni statistički podatci koji govore o sve ranijem početku pijenja i prvih opijanja kod mladih.

Zadnja tema ovogodišnje HPPŠ bila je prezentacija radova iz područja prevencije i provođenja preventivnih programa. U prezentiranim sestrinskim radovima vidljiv je naglasak na probleme vezane uz pretilost, poremećaje jedenja, prezentirana je SWEET studija za liječenje dijabetesa u djece, prikazana je važnost edukacije roditelja i djece o astmi, kao i važnost seroprofilakse kod nedonoščadi i rizične djece. Cjelokupan set predavanja o preventivnim programima zaokružila je održana radionica na temu "Preventivne mjere u programu zdravstvene zaštite djece" gdje je prepoznat pro-

blem cijepjenja djece, visokog postotka karijesa u djece male dobi i mnogi drugi. Prilikom održavanja radionice potakla se vrlo konstruktivna diskusija između kliničkih medicinskih sestara i sestara u primarnoj zaštiti i patronaži oko problema koje susreću u svakodnevnom radu s djecom.

33. Hrvatska proljetna pedijatrijska škola može se pohvaliti zaista vrhunskim, kvalitetnim, i prije svega stručnim, izvrsno prezentiranim radovima medicinskih sestara iz gore navedenih područja pedijatrijske skrbi. Ponovno je istaknuta sigurnost djeteta koja ovisi o nizu parametara, ali svakako moramo ustrajati na spoznajama koje su usmjerene na sigurnu i učinkovitu zdravstvenu skrb djece. Jedan od izazova današnjice je rad s adolescentima, posebno onaj dio koji se odnosi na probleme ovisnosti. I dalje postoje zahtjevi za jedinstvenom zdravstvenom njegom kod djece gdje se od medicinskih sestara traže specifična znanja i vještine koja se stječu kvalitetnom i trajnom edukacijom. Simpozij je završio sa zaključkom da smo dodatno obogatili svoje stručne spoznaje, te zajednički ostvarili novi doprinos pedijatrijskoj struci medicinskih sestara u Hrvatskoj. Uspjeh zdravstvene skrbi ovisi o ispravno postavljenim ciljevima koji će uz najbolju moguću njegu pružiti djetetu siguran boravak u bolnici.

Teme slijedeće 34. Hrvatske pedijatrijske proljetne škole su: Kardiologija i reumatologija, Farmakoterapija u pedijatriji i Bolesti uha, grla i nosa dječje dobi.

PRIPREMILA: Dr.sc. Biserka Sedić, prof.v.š.

## 15. MEĐUNARODNA KONFERENCIJA

# „IZAZOVI ZDRAVSTVENIH PROFESIJA U NOVOJ EPOHI“

28.-29. travnja 216., OPATIJA

U sklopu proslave 50 godina postojanja Zdravstvenog veleučilišta, 28. i 29. travnja u Opatiji je održana 1. međunarodna konferencija zdravstvenih profesija i 15. međunarodna konferencija medicinskih sestara i tehničara IZAZOVI ZDRAVSTVENIH PROFESIJA U NOVOJ EPOHI. Posebni dignitet konferenciji dala su pokroviteljstva Ministarstva znanosti obrazovanja i športa RH, Ministarstva zdravlja RH, Hrvatske komore medicinskih sestara, Hrvatske udruge medicinskih sestara, Hrvatske komore zdravstvenih radnika i svih njenih strukovnih razreda kao i Hrvatske komore fizioterapeuta.

Za konferenciju je bilo prijavljeno oko 200 sažetaka koji su prezentirani kao usmena izlaganja, poster

prezentacije i radionice. Skupu je prisustvovalo 470 zdravstvenih djelatnika: medicinskih sestara, fizioterapeuta, radioloških tehnologa, prvostupnika medicinsko laboratorijske dijagnostike, sanitarnih inženjera, radnih terapeuta, studenata specijalističkih diplomskih studija sestrinstva, fizioterapeuta i sanitarnog inženjerstva te studenti preddiplomskih studija na Zdravstvenom veleučilištu.

Konferencija je otvorena predavanjem „50 godina Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu: jučer, danas, sutra...“ u kojem je Dekan Zdravstvenog veleučilišta, dr.sc. Aleksandar Racz prikazao razvoj veleučilišta, trenutno stanje i viziju Zdravstvenog veleučilišta u budućnosti.



Mr.sc. Bernardica Juretić, ministrica socijalne politike i mladih u predavanju je definirala potrebu za zdravstvenim kadrovima u sustavu socijalne skrbi. U plenarnom dijelu konferencije sudjelovali su stručnjaci iz područja obrazovanja i zdravstva iz Hrvatske, Slovenije i Engleske s predavanjima koja su naglašavala potrebu za promjenama u obrazovanju zdravstvenih kadrova, postizanje specifičnih kompetencija za rad na svim razinama zdravstvenog sustava i u zajednici i nužnost profesionalizacije zdravstvenih kadrova. Također, u plenarnom dijelu konferencije predstavljen je mindfulness kao učinkovita metoda u regulaciji stresa kod zdravstvenih djelatnika te je ukazano na izazove gospodarenja otpadom u zdravstvenim ustanovama. Predsjednice Komora medicinskih sestara, fizioterapeuta i zdravstvenih radnika u svojim predavanjima usmjerile su se na potrebu usklađivanja obrazovanja sa zemljama europskog prostora.

Posebnost ove konferencije bili su pozvani stručnjaci iz različitih medicinskih područja (keynote speakers) sa zanimljivim predavanjima:

- Iznenađna srčana smrt u sportaša  
*prof.dr.sc. Viktor Peršić*
- Menadžment karijera u zdravstvu  
*prof.dr.sc. Krešimir Rotim*
- Od kaosa do strune – Život koji živimo  
*doc.dr.sc. Goran Krstačić*
- Estetska medicina- nekirurške metode u anti agingu  
*univ. mag. Željko Rotim, dr.dent.med.*
- Mogu li zdravstvene profesije odgovoriti na izazove komunikacijske pristupačnosti kod pacijenta s gluhošljepoćom  
*dr.sc. Sanja Tarczay*

Na konferenciji zdravstvenih studija upriličena je svečanost uručjenja povelje o suradnji Zdravstvenog veleučilišta i Talassotherapie Opatija.

Iduća konferencija planira se za proljeće 2017. godine.

PRIPREMILA: Tanja Bokšić, *bacc.med.techn.*

Tajnica Udruge medicinskih sestara i tehničara neurokirurgije Hrvatske

## IZVJEŠTAJ S TEČAJA TRAJNE EDUKACIJE UDRUGE MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA NEUROKIRURGIJE HRVATSKE

# „MULTIDISCIPLINARNO ZBRINJAVANJE BOLESNIKA S OBOLJENJIMA SREDIŠNJEG ŽIVČANOG SUSTAVA“

06. svibnja 2016., KLINIKA ZA NEUROKIRURGIJU KBC SESTRE MILOSRDNICE

Udruga medicinskih sestara i tehničara neurokirurgije Hrvatske 06. svibnja 2016. organizirala je Tečaj trajne edukacije za medicinske sestre i tehničare pod nazivom „Multidisciplinarno zbrinjavanje bolesnika s oboljenjima središnjeg živčanog sustava“. Tečaj je održan u predavaonici Klinike za neurokirurgiju KBC Sestre milosrdnice i prisustvovalo mu je 50 medicinskih sestara i tehničara iz cijele Hrvatske.

Održana su multidisciplinarna predavanja u kojima su medicinske sestre i tehničari neurokirurgije, neurologije i jedinice intenzivnog liječenja te fizioterapeuti govorili o specifičnostima zdravstvene njege i aktualnim standardiziranim operativnim procedurama kod takvih bolesnika. Također, predavanja su održali i liječnici neurokirurzi i

neurolozi koji su govorili o dijagnostici i liječenju tumora središnjeg živčanog sustava, cerebralnim aneurizmama, cerebrovaskularnom inzultu i ostalim oboljenjima središnjeg živčanog sustava.

Cilj Tečaja je bio utvrditi i proširiti znanja i vještine, razmijeniti iskustva i poboljšati kvalitetu skrbi u svrhu boljitka neurokirurških bolesnika.

Nakon Tečaja održana je redovna skupština Udruge medicinskih sestara i tehničara neurokirurgije Hrvatske na kojoj je izabrana dopredsjednica Udruge Martina Kolačko, *dipl.med.techn.* (Neurokirurgija, OB Varaždin).



**HKMS – PODRUŽNICA DUBROVAČKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE**  
**IZVJEŠTAJ S TEČAJA**

## **„MEDICINSKA SESTRA EDUKATOR OSOBA OBOLJELIH OD ŠEĆERNE BOLESTI“**

**07. svibnja 2016., SB KALOS**

HKMS podružnica Dubrovačko-Neretvanska u suradnji sa SB Kalos organizirala je tečaj III kategorije pod nazivom „Medicinska sestra edukator osoba oboljelih od šećerne bolesti“. Tečaj pod vodstvom Katije Leoni, Anke Drobac i Snježane Busančić održan je 07. svibnja 2016. u prostorima SB Kalos. Sudionici tečaja bile su kolegice i kolege s otoka Korčule.



U prvom dijelu tečaja polaznici su kroz predavanja upoznati sa važnošću pravilne prehrane i svakodnevne tjelesne aktivnosti u prevenciji i regulaciji šećerne bolesti kao i ulozi medicinske sestre u edukaciji odraslih i djece oboljelih od dijabetesa. Drugi dio tečaja organiziran je kroz radionice gdje su prisutni vježbali tehnike rada na različitim inzulinskim injektorima, inzulinskoj pumpi i glukometrima.

Zadovoljstvo i pozitivni komentari sudionika tečaja motivacija su našoj Podružnici za nastavak organizacije edukacije ove vrste i to prvenstveno u udaljenijim djelovima podružnice poput otoka Korčule i Neretvanske doline.



PRIPREMILA: Biserka Režek, dipl.med.techn.

# OBILJEŽEN „TJEDAN SESTRINSTVA“ U KBC SESTRE MILOSRDNICE

**09.-12. svibnja 2016.,  
KBC SESTRE MILOSRDNICE**

Sestrinstvo KBC Sestre milosrdnice sastavni je dio ustanove s bogatom tradicijom, velikim uspjesima u sadašnjosti i svijetlom budućnosti. Sestre redovnice koje su svoje djelovanje zasnivale na priučenoj njezi bolesnika i milosrđu, danas zamjenjuju 1373 školovane medicinske sestre; od medicinskih sestara s temeljnim sestrimskim obrazovanjem, do velikog broja prvostupnica/prvostupnika sestristva, diplomiranih medicinskih sestara/tehničara i magistara sestristva. Brojni izazovi koje nameće budućnost obvezuju medicinske sestre/tehničare na stalne napore da izgrađuju svoju profesiju i budu i dalje ponos ove bolnice i cijelog zdravstvenog sustava Republike Hrvatske.

Po uzoru na američko udruženje medicinskih sestara i pod pokroviteljstvom Međunarodnog udruženja medicinskih sestara, održan je: «Tjedan sestristva u KBC Sestre milosrdnice»

Program „Tjedna sestristva“ bio je slijedeći:

**U ponedjeljak, 9. svibnja** na Klinici za traumatologiju, održan je Tečaj III kategorije naziva: “Menadžment boli u sestristvu“

Na Tečaju je sudjelovalo 50-ak medicinskih sestara/tehničara iz Klinike za traumatologiju KBC-a Sestre milosrdnice te kolegice i kolege iz KBC-a Zagreb i KB-a Merkur.

Cilj tečaja je bio ukazati na važnost pravovremene i kvalitetne procjene i liječenja akutne boli i sprječavanje prelaska akutne boli u kronični oblik kada bol prestaje biti simptom te postaje bolest sama za sebe sa svim svojim komplikacijama.

**U utorak, 10. svibnja** u Klinici za tumore predavanje naziva: “Probijajuća maligna bol kod karcinomskim bolesti”, održala je Andrea Štribić, dipl. med. techn. U predavanju je naglašena važnost uspješne procjene i zbrinjavanja probijajuće boli, pri čemu je uloga medicinske sestre neprocjenjiva. Probijajuća bol ima negativan učinak na kvalitetu života oboljeloga. Terapijski pristup mora biti multidisciplinarni uključujući sve sudionike u liječenju maligne bolesti.



**U srijedu, 11. svibnja** organiziran je posjet učenika Srednje medicinske škole iz Bedekovčine, koji su obišli većinu klinika i zavoda KBC-a Sestre milosrdnice. Učenici su posjetili Kliniku za pedijatriju, Kliniku za psihijatriju, Kliniku za neurokirurgiju, Kliniku za očne bolesti, Kliniku za kirurgiju i OHB-a. Došlo je 30 učenika i 6 stručnih nastavnika zdravstvene njege, a dočekale su ih glavne sestre klinika/zavoda koje su posjetili, te sestra za edukaciju.

Nakon okupljanja u predavaonici Klinike za neurokirurgiju, kroz kratko predavanje upoznati su s poviješću, ustrojem i djelatnošću KBC-a Sestre milosrdnice, a poseban osvrt u izlaganju bio je na sestristvo.

**U četvrtak, 12. svibnja**, kada se obilježava Međunarodni dan sestristva, medicinske sestre i tehničari KBC-a Sestre milosrdnice, u suradnji sa Srednjom školom za medicinske sestre Vinogradska, organizirale su javno mjerenje krvnog tlaka, masnoće i šećera u krvi za građane Zagreba od 9-11 sati.

U 12 sati održana je prigodna svečanost koju je otvorila pomoćnica v.d. ravnateljica za sestristvo Biserka Režek, dipl. med. techn. i održala pred-



vanje naziva: “Sestrinstvo KBC-a Sestre milosrdnice jučer, danas, sutra”. Svečanosti su nazočili akademik Zvonko Kusić, pročelnica za zdravstvo grada Zagreba prof. dr. sc. Mirna Šitum, pomoćnica ministra zdravstva dr. sc. Delfa Radić- Krišto, ispred uprave KBC Sestre milosrdnice pomoćnik v.d. ravnatelja za kvalitetu, dr.sc.Ivan Radić i mnogi drugi ugledni gosti i prijatelji medicinskih sestara. Svi su kroz kratka obraćanja čestitali medicinskim sestrama i tehničarima KBC Sestre milosrdnice Međunarodni dan sestrinstva te im poželjeli mnogo uspjeha u daljnjem radu.

Završetak svečanosti uveličao je pjesmom: “Fala”, svojim prvim nastupom Pjevački zbor djelatnika KBC Sestre milosrdnice.

PRIPREMILA: Vlatka Mrzljak, dipl.med.techn.

## IX. SIMPOZIJ MEDICINSKIH SESTARA/ TEHNIČARA ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

26.-29. svibanja 2016., VUKOVAR

Od 26. do 29.05.2016. godine, u organizaciji Udruge medicinskih sestara/tehničara zdravstvene njege u kući, a pod pokroviteljstvom Predsjednice Republike Hrvatske Kolinde Grabar-Kitarović, Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske te Vukovarsko-srijemske županije, održan je IX. Simpozij medicinskih sestara/tehničara zdravstvene njege u kući u Vukovaru. Tema ovogodišnjeg Simpozija bila je: “Zdravstvena njega u kući kroz istraživanje, edukaciju i praksu“, uz često ponavljanje pitanja tijekom cijelog Simpozija:

“Učimo li previše, pišemo li dovoljno, radimo li ispravno?”

Simpozij je započeo svečanim otvorenjem na kojem su uz brojne kolege i kolegice iz djelatnosti zdravstvene njege u kući, bili nazočni brojni gosti, poslovni partneri, prijatelji te predstavnici/e sestričkih udruga i krovne institucije sestrinstva-

HKMS. Simpozij je uvodnim pozdravnim govorom otvorila predsjednica Udruge medicinskih sestara/tehničara Barica Hršak, bacc.med.techn.

Od prisutnih gostiju i poslovnih partnera, od neophodne je važnosti spomenuti nazočnost gđe. Dragice Šimunec, bacc.med.techn., Ljiljana Lujanactajnica HKMS, dr.sc. Ružica Palić Kramarić dr. med.-pomoćnica ministra zdravstva, Vlasta Vučevac, dr.med.-predsjednica Hrvatskog društva za palijativnu medicinu, Hrvoje Ostrički, dipl.oec.-voditelj Regionalnog ureda HZZO Osijek, Ivana Šarić, dipl.oec.-predstavnik HZZO PS Vinkovci, Mato Puljić, dipl.oec.-pročelnik upravnog odjela za zdravstvo Vukovarsko-srijemske županije, Ana Živanović-pročelnica upravnog odjela za društvene djelatnosti Grada Vukovara, Andrea Vinković- pročelnica za društvene djelatnosti Grada Vinkovaca, Agneza Aleksijević, mag.med.techn. - glavna sestra OŽB

Vukovar, Marija Karlušić, mag. med. techn. - pomoćnica sanacijskog upravitelja za sestrinstvo/ glavna sestra OŽB Vinkovci, Ahnetka Stjepanović, mag.med.techn.-pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo Dom zdravlja Vukovar, Dinka Kalaica, bacc. med.techn.- pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo Dom zdravlja Vinkovci i Binazija Kolesar, bacc. med.techn.

Prisutni gosti obratili su se nazočnima riječima dobrodošlice i podrške u daljnjem radu te iznimnom empatijom i prepoznavanjem važnosti postojanja i razvijanja djelatnosti zdravstvene njege bolesnika u kući kao specifične djelatnosti u sustavu primarne zdravstvene zaštite te iskrenim željama za nastavkom kvalitetne suradnje u budućnosti na zadovoljstvo i dobrobit svih uključenih u sustav.

Nakon pozdravnih riječi, održana je promocija Priručnika: "Zdravstvena njega bolesnika u kući", autorice Vlatke Mrzljak, dipl.med.techn., u nakladi Udruge medicinskih sestara zdravstvene njege u kući. Priručnik su promovirale Dragica Šimunec, bacc.med.techn. i Barica Hršak, bacc.med.techn. Druga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući u suradnji s Hrvatskom komorom medicinskih sestara, objavila je 2009. godine Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi u kući.

Tiskanjem ovog Priručnika na simboličan je način obilježeno 25 godina postojanja djelatnosti zdravstvene njege u kući, a cilj Priručnika je osigurati dostupnost potrebnih informacija o organizaciji rada u djelatnosti kao i osiguravanje raspoloživog alata za učenje potrebitima.

Priručnik je sastavljen od nekoliko cjelina: 1) Ustanove za zdravstvenu njegu u kući (Povijesti razvoja zdravstvene njege u kući u Republici Hrvatskoj); 2) Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući; 3) Organizacija rada u ustanovama za zdravstvenu njegu u kući (navedene su smjernice za sestriinske aktivnosti ili intervencije); 4) Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi u kući te 5) Sestriinska dokumentacija.

Prva generacija medicinskih sestara/tehničara, njih 35-ero, ove je godine uspješno završilo jednogodišnji Program dodatnog usavršavanja pri Medicinskom fakultetu u Osijeku (60 ECTS), uz suglasnost HKMS i Ministarstva zdravlja, a čiji je cilj bio obrazovanje dovoljnog broja stručnjaka s potrebnim kompetencijama odnosno znanjima i vještinama u skladu s najnovijim znanstvenim i stručnim dostignućima. Nakon uspješnog završetka navedenog Programa-jednogodišnjeg studija i postignutih ishoda učenja, medicinske sestre/tehničari-polaznici stekli su dodatne kompetencije, a koje proizlaze iz Kompetencija medicinskih sestara opće zdravstvene njege (Šepec, 2011.) i to prvenstveno za postupke označene zvjezdicom (PDE), a za koje je potrebna dodatna edukacija i



za kojima postoji stvarna potreba u djelatnosti zdravstvene njege u kući. Na Simpoziju je prikazan protokol pohađanja navedenog studija te njegovala evaluacija u konačnici.

Svi pristigli radovi bili su ili stručno-istraživačkog tipa ili konkretni prikazi slučajeva. Radovi su bili iznimno kvalitetni, a rasprave konstruktivne s jasno definiranim zaključcima. Zahvaljujemo autorima svih pristiglih radova na svom uloženom vremenu i trudu te na nesebično prenesenim kvalitetnim i svima nam potrebnim novim saznanjima. Ove godine, po prvi puta do sada, na Simpoziju su dodijeljene tri nagrade za najbolje radove. Nagradu nazočnih/publike za najbolji rad osvojio je rad na temu: „Zdravstvena njega u kući pacijenta s dijabetesom“ Eva Rakoci, ms i Mira Fernbach, bacc. med.techn. Po odluci Stručnog odbora, nagradu za najbolji prikaz slučaja osvojio je rad: „Tinski rad kod pacijenta u kući na respiratoru“ Adrijana Sviben, prvostupnica fizikalne terapije, a nagradu Stručnog odbora za najbolji stručno-istraživački rad osvojio je rad na temu: „Do kvalitete zdravstvene njege u kući kroz cjeloživotno formalno i neformalno obrazovanje medicinskih sestara/tehničara“ Vlatka Mrzljak, dipl.med.techn. i Josipa Mrzljak, učenica 4. razreda srednje medicinske škole.

Nakon održanih edukativnih predavanja, prikaza slučaja i radionica, prvi dan Simpozija završen je održavanjem Okruglog stola kojeg su vodili: Ljiljana Lujanac-predstavnica HKMS, Hrvoje Ostrički-voditelj Regionalnog ureda HZZO Osijek, Ivana Šarić-predstavnica PS HZZO Vinkovci, Vlasta Vučevac, dr.med.-predsjednica Hrvatskog društva za palijativnu medicinu, Jadranka Plužarić, magistra sestrinstva, Vesna Mioković, prvostupnica sestrinstva i Vlatka Mrzljak, diplomirana medicinska sestra. Prisutni su postavljali pitanja vezana

uz sve nejasnoće i nerazumijevanja prisutna u svakodnevnom radu te su na ista dobili odgovore od kompetentnih osoba.

Uz iskazano zadovoljstvo i podršku nazočnih, Simpozij je zaključen kao iznimno kvalitetno i učinkovito odrađen projekt. Medicinske sestre/tehničari kroz prezentirane radove još jednom su pokazali i dokazali svoje sposobnosti, kvalitete i vrijednosti koje predstavljaju u sustavu zdrav-

stva Republike Hrvatske. Udruga medicinskih sestara/tehničara zdravstvene njege u kući kontinuirano nastavlja s provođenjem zadanih si aktivnosti te nastavlja održavati suradnju sa svim partnerima u sustavu (HKMS, Ministarstvo zdravlja, HZZO, HUP i ostali) na opću dobrobit i zadovoljstvo svojih članova. U iščekivanju novih rezultata rada, kvalitetne suradnje i međusobne komunikacije, radujemo se svakom, novom stručnom okupljanju.

PRIPREMILE: Kristina Kužnik, Vlasta Krešić, Jadranka Pavlić

## 3. KONGRES PNAE (PAEDIATRIC NURSING ASSOCIATIONS OF EUROPE)

26.-27. svibnja 2016., PORTUGAL, PORTO, ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

S pogledom na rijeku Douro, Porto je jedan od najstarijih europskih gradova. Nastao je na sjevernoj obali ove rijeke za vrijeme srednjeg vijeka. Porto je poznat po povijesnom centru grada, prekrasnom krajoliku, koji kombinira sklad s urbanom strukturom i predstavlja okvir rijetke ljepote. Grad je bio klasificiran kao svjetska baština UNESCO-a 1996. godine. Šetnjom kroz Porto nailazite na mnoga iznenađenja. Osim dobrodošlice i konzervativnog okruženja, Porto je suvremen i vrlo umjetnički grad, a to je vidljivo na ulicama, arhitekturi, spomenicima i muzejima, ali i na terasama, u restoranima i trgovačkim područjima.

U Portu je dana 26-27. svibnja 2016.g. održan 3. Kongres PNAE ( Paediatric Nurses Associations of Europe). Na Kongresu je sudjelovalo oko 130 medicinskih sestara i tehničara iz 16- tak zemalja Europe, te 10-tak medicinskih sestara iz SAD-a.

Pedijatrijsko društvo HUMS-a predstavljale su predsjednica Kristina Kužnik, bacc.med.tech, član izvršnog odbora Vlasta Krešić, dipl.med.sestra i član pedijatrijskog društva Jadranka Pavlić, bacc.med.tech.

Nakon pozdravnih riječi domaćina iz Portugala, predstavnika znanstvenog i stručnog odbora,



Kongres je otvoren prezentacijom predsjednice Europskog udruženja pedijatrijskih sestara Fione Smith (RCN,UK) o položaju i aktivnostima pedijatrijskih medicinskih sestara i tehničara diljem Europe, a zatim su kolegice iz Portugala predstavile sestrinstvo i rad medicinskih sestara u Portugalu. Slijedio je set predavanja s temom kako bi idealno trebali izgledati pedijatrijski odjeli i klinike s naglaskom kolika je važnost da pedijatrijske medicinske sestre budu dio tima koji odlučuje o navedenom. Koliko su u tome uspjele prezentirale su kolegice iz Danske, Velike Britanije i Irske.

U popodnevnom dijelu Kongresa održane su radionice na temu: Etički kodeks: dostojanstvo i humanizacija; Edukacija medicinskih sestara: Menadžment i vodstvo u sestrinstvu; Važnost roditeljstva i odrastanja; Kompleksna, tranzicijska, dječja i adolescentna zdravstvena skrb. Svatko od sudionika izabrao je sudjelovati prema svojem području interesa u određenoj radionici.

Drugog dana program je ponovno počeo plenarnim predavanjima o Standardima pedijatrijske zdravstvene skrbi, te sestrinstvu kao profesiji u zdravstvenom sustavu. Radove iz tog područja prezentirale su kolegice iz Italije, Velike Britanije i Portugala. Poseban set predavanja posvećen je načinu gdje, kako i kada pisati i objavlјivati znanstveno istraživačke radove medicinskih sestara, a izvrsnu prezentaciju istog je napravila urednica sestrinskog časopisa za djecu i adolescente Christine Walker iz Velike Britanije koja je nesebično podijelila ideje i dala potrebne upute.

Popodne su ponovno održane radionice na temu: Multikulturalno sestrinstvo; Stvaranje specijalizacije za medicinske sestre za rad s adolescentima; Promicanje partnerstva između djece i roditelja sa medicinskim sestrama.

Svaki dan u pauzi za ručak održana je sekcija poster prezentacija. Prikazano je 24 postera iz velikog broja Europskih zemalja. Za najbolje izrađen i prezentiran poster nagrađen je poster kolegice iz Estonije koja je prezentirala svakodnevni život i kvalitetu istog u školskog djeteta oboljelog od dijabetesa.

Iz svih održanih plenarnih predavanja, kao i održanih radionica proizašli su sljedeći zaključci Kongresa:

- Ustrajnost u edukaciji pedijatrijskih medicinskih sestara i tehničara, jačati sestrinstvo kao profesiju, inzistirati na prepoznatljivosti i uvažavanju od strane državnih tijela svake zemlje, zdravstvenog sustava, društva i lokalne zajednice
- Stvaranje indikatora zdravstvene pedijatrijske skrbi, prepoznavanje indikatora za sigurnost i bolju povezanost u smislu stvaranja standarda u pedijatrijskoj skrbi i pedijatrijskom sestrinstvu.
- Promicanje partnerstva između djece i roditelja sa medicinskim sestrama i tehničarima
- Poticati međunarodnu suradnju, edukaciju, povezanost, razmjenu znanja i iskustava u radu medicinskih sestara i tehničara.

Svi sažeci prezentiranih radova nalaze se na dostupnom web linku:(link: <http://journals.rcni.com/doi/full/10.7748/ncyp.28.4.45.s24>).

U društvenom dijelu Kongresa organiziran je izlet i razgledavanje Porta brodom po rijeci Duoro, koji je završio prekrasnom večerom u tradicionalnom portugalskom restoranu. Tijekom pauza na Kongresu svojom glazbenom točkom predstavile su se učenice medicinske škole u kojoj se održavao Kongres, kao i djeca iz obližnjeg dječjeg vrtića.

PRIPREMIO: Adriano Friganović, dipl.med. techn

## IZVJEŠTAJ S EUROPSKE AMERIČKE KONFERENCIJE U ZADRU

2.-4. lipnja 2016., ZADAR

Od 02. do 04. lipnja 2016. godine održana je Europsko američka anesteziološka konferencija u Zadru povodom 170 godina prve inhalacijske anestezije u Hrvatskoj. Organizator je bilo Hrvatsko društvo za anesteziologiju i intenzivnu medicinu, a suorganizator je bilo Hrvatsko društvo medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije. Svečano otvorenje upriličeno je u dvorani rektorata Sveučilišta u Zadru. Tijekom Konferencije predstavnici Društva Jacinta Idžaković, Irena Vugrek i Adriano Friganović napravili su obilazak Opće bolnice Zadar Odjela za anesteziju i intenzivno liječenje.

## PRIPREMILE:

Snježana Jušić, mag.med.tech i Katarina Plenča, bacc.med. tech.

# OBJEDINJENI HITNI BOLNIČKI PRIJEM OPĆE BOLNICE ŠIBENIK

27.01.2014. godine u Općoj bolnici Šibenik započeo je sa radom OHBP. Smješten je u polikliničkom dijelu te je omogućen pristup kolima hitne pomoći kao i osobnim automobilima direktno s prometnice. Radi se o prostoru od 650 kvadratnih metara, koji je u potpunosti adaptiran te jednim dijelom nadograđen kako bi zadovoljio sve tehničke uvjete za jedan ovakav odjel.

Prije formiranja OHBP u našoj bolnici najveći dio pacijenata koji trebaju hitnu uslugu bilo je zaprimano kroz dva specijalistička prijema: internistički i kirurški, kao i hitni prijemi drugih djelatnosti (ORL, neurologija, oftalmologija). Takvim načinom rada jako je bilo otežano objedinjavanje sveukupne brige za pacijenta, vrlo često se pacijent selio s mjesta na mjesto od jednog specijaliste do drugog. Jasno da se takvim načinom rada znatno smanjivala kvaliteta zdravstvene zaštite, posebno u kontekstu arhitektonskog izgleda naše bolnice koja je paviljonskog tipa. Upravo otvaranjem OHBP-a

došlo je do promjene načina rada. Liječnici specijalisti po potrebi dolaze pacijentu, a ne pacijent specijalistima.

Dakle, OHBP u Šibeniku je organiziran kroz nekoliko „punktova“ - funkcionalno kadrovski i prostorno povezanih. Na samom ulazu nalazi se zatvoreni pult gdje službenica zaprima zdravstvenu dokumentaciju (zdravstvene iskaznice, uputnice, identifikacijsku dokumentaciju za strane državljane i sl.).

U produžetku u sklopu čekaonice za otvorenim pultom pacijente dočekuje educirana medicinska sestra/tehničar koja vrši trijažiranje istih. Trijaža se obavlja po načelima Australsko-azijske ljestvice.

Nakon što medicinska sestra dodijeli određenu trijažnu kategoriju bolesnik ulazi u trijažnu ambulantu u kojoj o daljnjim postupcima odlučuje liječnik. Kod nas su to još uvijek specijalizanti različitih



...NA TAJ NAČIN RASTEREĆUJE SE TRIJAŽNA AMBULANTA U SKLOPU OHBP-A, TE SAMIM TIME SKRAĆUJE VRIJEME OBRADJE ZA PACIJENTE. INAČE PROSJEČNO VRIJEME OBRADJE I BORAVKA NA OHBP JE MANJE OD 4 SATI, NAŠ CILJ JE I KRAĆE.



profila (tek se očekuju specijalisti hitne medicine). Ako postoji potreba pacijenti se preusmjeravaju u jednu od dvije specijalističke ambulante u kojima dežuraju internist i kirurg. Isto tako, kada za to postoji potreba, pacijenti se smještaju u jedan od pet „boksava“ sa krevetima i monitoringom (subakutni dio) na potrebno vrijeme dok se ne „razbistri“ situacija. Ako treba, pacijent se hospitalizira ili se vraća kući ili ako je eventualno iz neke druge ustanove (domovi). U slučajevima kada je nužno da pacijenta pregleda i netko od drugih specijalista: neurolog, infektolog, oftalmolog, anesteziolog, ortoped... isti dolazi u prostore OHBP i obavi svoj pregled. Važno je naglasiti da se na istoj razini nalazi i prostor radiologije, a kat iznad Centralni laboratorij. Sve skupa olakšava što bržu dijagnostiku. Inače, kao i sve druge službe u našoj bolnici tako je i OHBP informatički povezan u jednu jedinstvenu cjelinu. Rad je organiziran u turnusima po 12 sati i u smjeni radi pet medicinskih sestara od kojih je jedna prvostupnica (voditelj smjene). Medicinske sestre pokrivaju sva radilišta raspored rada određuje voditelj smjene. U jutarnjoj smjeni još je i glavna sestra odjela. Također su zaposlene i dvije službenice u jutarnjoj i popodnevnoj smjeni.

Prosječan broj pacijenata koji dnevno zatraže pomoć kreće se od 90-110, u ljetnim mjesecima taj se broj penje i do 200 ljudi. Zbog toga smo u suradnji s Turističkom zajednicom Šibenik i gradom Šibenik oformili takozvanu „turističku“ ambulantu za pacijente trijažne kategorije četvrti i pete. U toj ambulanti pregleda se u prosijeku 30 pacijenata dnevno. Iskustva s ovakvim načinom rješenja velikih problema u ljetnim mjesecima vrlo su pozitivna. Upravo smo u realizaciji i organizacije za ovu godinu.

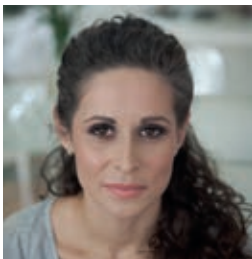


Rad u ovoj ambulanti odvija se paralelno u popodnevnom satima od 16-20, te subotom, nedjeljom i praznicima. Na taj način rasterećuje se trijažna ambulanta u sklopu OHBP-a, te samim time skraćuje vrijeme obrade za pacijente. Inače prosječno vrijeme obrade i boravka na OHBP je manje od 4 sata, naš cilj je i kraće.





PRIPREMILE:  
Biljana Kurtović i



Cecilija Rotim

# ENC



# NOVOSTI

## EUROPSKA ORGANIZACIJA POTROŠAČA (BEUC) POZIVA ZA BOLJU DOSTUPNOST LIJEKOVA

16. i 17.07.2016., ministri zdravlja Europske Unije će se sastati kako bi razmotrili pristup lijekovima u Uniji, što je stimulirano od strane nizozemskog predsjedatelja EU koji je navedeno postavio kao važnu točku svog programa. Prema OECD (Health at Glance 2015. [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en#page1](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page1)), cijena lijekova raste iz godine u godinu te se u svjetlu etičke i ekonomske dileme postavlja pitanje koje lijekove treba financirati.

To je razlog zašto u projekciji predstojećeg sastanka ministara zdravlja, Europska potrošačka organizacija (BEUC) želi podsjetiti vlade država članica na šest važnih pitanja koja imaju veze s „pristupom sigurnim i inovativnim lijekovima, kao i održivosti sustava zdravstvene zaštite“:

### 1. ZAŠTITA SIGURNOSTI BOLESNIKA

BEUC prvo naglašava važnost bolje regulacije lijekova s „ranim pristupom“. Čak i ako to znači da pacijenti imaju pravo na pravodoban pristup tretmanima, njihova sigurnost ne smije biti ugrožena zbog ranijih odobrenja (recepta) za lijekove. BEUC traži ograničenje brzo dostupnih lijekova, odnosno korištenje istih samo ako je strogo opravdano. Nadalje, ističu važnost pružanja informacija pacijentima i zdravstvenim radnicima o većim rizicima koji su povezani s brzim pristupom takvim lijekovima.

### 2. POTICANJE INOVACIJA NAGRAĐIVANJEM POSTUPAKA KOJI NUDE DODATNU TERAPEUTSKU VRIJEDNOST

BEUC potiče zemlje članice da povećaju doprinos procjeni zdravstvenih tehnologija Europske unije i razvoj sinergija na razini Europske unije kako bi se utvrdili proizvodi koji imaju dodatnu terapijsku vrijednost u odnosu na postojeće lijekove.

### 3. ISTRAŽIVANJE NOVIH NAČINA O PREGOVARANJU CIJENA LIJEKOVA

Ulazak novih lijekova na tržište se smatra sve više ekspanzivnim. Kao posljedica toga, Europska organizacija potrošača tvrdi kako je sadašnja situacija neodrživa za zdravstvene sustave država članica. Organizacija predlaže istraživanje mogućnosti zajedničkog pregovaranja cijena i bolju razmjenu podataka.

### 4. PODRŠKA ZDRAVOJ KONKURENCIJI U FARMACEUTSKOM SEKTORU

Države članice također su pozvane podržati konkurentnije lijekove na tržištu, kako bi smanjile opće cijene. Promicanje generičkih lijekova će biti prvi korak u tom smjeru. BEUC predlaže da nekonkurentne strategije trebaju biti otkazane, te da se postave stroži propisi o zaštiti tržišnog natjecanja.

### 5. PROMICANJE UČINKOVITIJE I TRANSPARENTNIJE POSLOVANJA

Budući da se veliki dio potrošnje lijekova subvencionira javnim novcem, BEUC traži više transparentnosti, kako bi se izbjegla mogućnost da porezni obveznici plate dva puta za isti proizvod. Javni i privatni prioriteti istraživanja također bi trebali biti bolje definirani u skladu s potrebama javnog zdravstva umjesto naglaska na profit farmaceutskih tvrtki.



### 6. SPECIFICIRATI PROBLEM NESTAŠICE LIJEKOVA NA RAZINI EUROPSKE UNIJE

Europska organizacija potrošača traži sveobuhvatan odgovor o manjku lijekova na razini Europske Unije. Neki pacijenti doista ne mogu pronaći lijekove koji su im potrebni zbog ograničenih zaliha u europskim ljekarnama. Ti nedostaci odnose na lijekove kao što su lijekovi protiv raka, antibiotici i cjepiva, koji zahtijevaju pravovremenu primjenu i strogo pridržavanje uputa, a neki od njih nemaju zamjenski proizvod.

## „SNAŽNA POTPORA“ ZA REGULACIJU NOVE ULOGE BRITANSKIH ASISTENATA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

03. svibnja 2016., na događaju u ko-organizaciji HEE-e (Health Education England) i Britanske komore medicinskih sestara i primalja (NMC), gđa Lisa Bayliss-Pratt, dopredsjednica HEE-e, održala je predavanje o pitanju oblikovanja radne snage u zdravstvenoj njezi u budućnosti.

Svrha ovog događaja, kojem je prisustvovao veliki broj akademika i interesnih skupina, kao što su menadžeri u sestrinstvu, povjerenici, nastavnici, itd, bila je da razmišljaju o budućnosti radne snage u sestrinstvu.

U svom govoru, otkrila je rezultate nacionalnog istraživanja, koje je pokrenula HEE o određenim znanjima i vještinama koje bi trebali imati svi koji sudjeluju u zdravstvenoj njezi bolesnika. Mnogi ispitanici se slažu kako uloga britanskih asistena-

ta u zdravstvenoj njezi „treba biti regulirana, da bi trebali biti u mogućnosti primijeniti terapiju, previjati, izrađivati plan zdravstvene njege, biti usmjereni na prevenciju i promociju javnog zdravstva i dobrobiti, te da moraju biti kompetentni brinuti o pacijentima na mehaničkoj ventilaciji“.

Na upit uredništva Nursing Timesa koliko ispitanika (više od 1000 odgovora) želi ovakvu Uredbu, odgovor HEE je da postoji snažna podrška za navedeno. Gospođa Bayliss-Pratt objasnila je da su rezultati posljedica francuskog izvješća koje sadrži niz preporuka nakon skandala u bolnici u Staffordu u kasnim 2000-im u kojima je istraga otkrila grozne uvjete i nedostatke. Osim toga, također je objasnila kako je bilo postavljeno pitanje o izravnom i neizravnom nadzoru: „Ako će raditi

u socijalnoj skrbi i primarnoj zdravstvenoj zaštiti, onda će morati imati više kompetencija nego asistencijati u zdravstvenoj njezi koje imamo danas. I vrlo vjerojatno da će morati raditi samostalno“. To znači da će morati proći kroz snažan oblik obrazovanja, što u skladu s time također mora biti regulirano.

Gospođa Bayliss-Pratt također smatra da je još jedna prednost regulacije u tome što se moraju postaviti nacionalni standardi „kako bi se mogla kreirati radna snaga koja se osjeća vrednovano i ima jasna razgraničenja oko svojih kompetencija, svog obrazovanja, pri tome znajući gdje joj je mjesto unutar tima zdravstvenih profesionalaca“.

## SAVJETOVANJE O UREĐIVANJU PROFESIJA: NACIONALNI PLANI DRŽAVA ČLANICA I RAZMJERNOST U REGULACIJI PROFESIJA

*Kao što je najavljeno na Twitteru CEPLIS-a (@CEPLIS\_EU) i u posljednjoj objavi CEPLIS-a, Europska komisija je 27. svibnja 2016. pokrenula javnu raspravu o regulaciji profesija:*

*Nacionalni planovi država članica i razmjernost u regulaciji profesija.*

### NEDOSTATAK STANDARDIZACIJE U REGULACIJI PROFESIJA

Prema Europskoj komisiji, regulirane profesije zajedno predstavljaju 22% radne snage u Europskoj Uniji i podložne su prema gotovo 6000 različitih propisa. To znači da 47 milijuna Europljana treba nekakvo odobrenje, često nakon završetka svog obrazovanja, ili kada su u mogućnosti zapošljavanja.

Komisija smatra da su propisi često potrebni kako bi se osigurala sigurnost. Ipak, rizici o kojima je riječ u nekim profesijama, kao što su zdravstvene usluge, nisu iste u svim profesijama. To je razlog zašto, prema mišljenju Komisije, nacionalni regulatori trebaju uzeti u obzir i druge izvore pravila, kao što su nacionalne ili EU smjernice o zaštiti potrošača, umjesto dodavanja nepotrebne kontrolne dokumentacije.

Istina je, kao što je istaknula Komisija, da se pristup profesije razlikuje od jedne države članice do druge, u trajanju kvalifikacija, ali i razdoblja praktične nastave i registracije pri nadležnom tijelu i/ili pripajanja profesionalnim organizacijama. Neki će možda morati platiti godišnju naknadu ili će biti primorani slijediti pravila trajne edukacije te relicencirati odobrenje za rad. Uredba ili pravni oblici tvrtke zaposlenja mogu ograničiti aktivnosti radnika. Iako postoji stroga regulativa profesija, neke države ne reguliraju baš sve. Komisija smatra

da to “obilje regulacije” ima negativan utjecaj na europsku ekonomiju i potrošače, te da je to ograničenje mobilnosti radnika, roba i usluga unutar jedinstvenog tržišta, što europskim građanima otežava pružanje ili primanje usluga u drugoj državi članici. Osim toga, to bi mogao biti problem i u smislu politike tržišnog natjecanja, odnosno, može utjecati na cijene ili oslabiti mogućnost ulaska profesionalaca na tržište.

### PRIJEDLOG ISTRAŽIVANJA

Kao što je predviđeno Direktivom 2005/36 /EC o stručnim kvalifikacijama, države članice moraju proizvesti nacionalne akcijske planove (NAP) te “predstaviti ishod njihove procjene proporcionalnosti regulacije profesija, te identifikaciju potrebe za reformom”. Od ispitanika će biti traženo da podijele svoje mišljenje o nacionalnim planovima, a naročito o:

- ✓ promjenama predloženim od strane države članice
- ✓ bilo kojim drugim promjenama za koje misle da bi trebale postojati, ali nisu predložene od strane države članice
- ✓ stavu ako država članica provodi dovoljno snažan pregled svih svojih propisa i njihovih učinaka, kako bi se došlo do zaključaka prilikom pripreme plana raspodjele

Štoviše, u listopadu 2015. godine, Komisija je donijela strategiju jedinstvenog tržišta roba i usluga čiji je cilj poticanje rasta i povećanje radnih mjesta u Europi. Jedna od poduzetih mjera u okviru strategije jedinstvenog tržišta je «uvođenje analitičkog okvira od strane zemalja Europske Unije



u razmatranju regulative kako bi se osigurale razmjernje mjere i najprikladniji rizici, ali bez postavljanja nepotrebnog bremena profesionalcima“. Ispitanici će također morati dati svoje mišljenje o:

- ✓ stavovima koji se odnose na vrijednost provedbe takve analize
- ✓ koje bi vrijednosti mogući kriteriji mogli dovesti u provođenju ove analize?
- ✓ kakav utjecaj bi takva metodologija u konačnici mogla imati na regulacijski okvir?

Ovo istraživanje je jedinstvena prilika da se slobodne profesije izjasne prije Europske komisije i pruža priliku nacionalnim mono-profesionalnim

udruženjima da podijele svoje stavove o nacionalnim propisima i kako njihova država primjenjuje Direktivu 2005/36 /EC o stručnoj osposobljenosti. Također, to je i prilika za njih da sudjeluju u strategiji Europske komisije o jedinstvenom tržištu.

Popis profesija se može naći u komisijinoj bazi podataka reguliranih profesija. Ispitanici moraju podnijeti svoja izvješća do 19. kolovoza 2016. putem on-line upitnika. Identitet ispitanika i njihova izvješća biti će javno objavljeni, osim ako se protive objavljivanju podataka.

U interesu transparentnosti, Komisija će pružiti javnosti sve relevantne informacije u Registru transparentnosti (Transparency Register).

## VELŠKA LEGISLATIVA U SESTRINSTVU

16. ožujka 2016., sestrinstvo Walesa dobilo je kraljevski pristanak za novi zakon o sestrinstvu čime je Velški parlament potvrdom istog ušao u povijest. Velške bolnice, kao i mnoge druge u Europi doista pate od nedostatka medicinskih sestara, a rješavanje tog problema je glavna svrha ovog Zakona.

Ukratko, ovaj Zakon nalaže kako se mora osigurati dovoljan broj medicinskih sestara i prema tome Velška vlada mora odrediti postavke kako to ostvariti, prvenstveno za akutne medicinske i kirurške bolničke odjele. Prvi korak biti će određivanje odgovorne osobe koja će izračunati, osigurati i poduzeti sve razumne mjere za održavanje dostatnog broja medicinskih sestara. Svaka radna jedinica će morati prijaviti svoju razinu usklađenosti, što će se također pratiti i od strane regulatornog tijela u zdravstvu i Velškog inspektorata.

Ovaj novi zakon je dobio niz pozitivnih mišljenja zdravstvenih profesionalaca i velških zastupnika. Ipak, čak i uz sve napore u proteklih godinu dana kako bi se poboljšalo stanje u sestrinstvu Walesa, a u iščekivanju ovog zakona, još uvijek postoji nedostatak 1.200 sestara u Nacionalnoj zdravstvenoj službi u Walesu. Gđa Tina Donnelly, s *Royal College of Nursing Wales* smatra da će zakon vjerojatno dovesti do smanjenja broja bolesničkih kreveta umjesto povećanja broja medicinskih sestara. Osim toga, to će vjerojatno povećati liste čekanja što nije prihvatljivo, i to je također jedan od razloga zašto se vrši pritisak u smislu povećanja ljudskih resursa.

Novi zakon će također donijeti promjene s ciljem povećanja radnih mjesta u sustavu obrazovanja. Kao što je naglasila gđa .Angela Hopkins, umirovljena izvršna Direktorica odbora za zdravlje na Sveučilištu Betsi Cadwaladr „u budućnosti, a prema zakoni, puno više ćemo se morati usredotočiti na obrazovanje sestara, inače nikada nećemo biti u mogućnosti postići razinu koju želimo.“

Profesorica Hopkins je istaknula da će novi zakon potaknuti poslodavce da poboljšaju zadržavanje medicinskih sestara: „To je polazna točka za nas – osigurati da medicinske sestre koje zapošljavamo imaju dobro radno iskustvo i da žele ostati na lokalnoj razini“, rekla je.

Bolji uvjeti rada bi također poboljšali dugoročno zapošljavanje medicinskih sestara. Kao što je navedeno od strane predstavnice Velških liberalnih demokrata, gđe. Kirsty Williams, jedna od glavnih pokretačkih sila zakona, stoji na činjenici da „odjeli imaju dovoljan broj medicinskih sestara“ i da su „u stanju napraviti posao kvalitetno“. Gospođa Williams vjeruje da će se korist novog zakona itekako vidjeti na odjelima Velških bolnica u sljedećih nekoliko godina.

Za daljnje informacije, molimo Vas da provjerite

<http://www.nursingtimes.net/news/policies-and-guidance/what-new-welsh-legislation-means-for-frontline-nurses/7004557.fullarticle>.

# IZ STRANE LITERATURE



PRIPREMILA:  
Ljiljana Pomper



## NEKI POKAZATELJI POLOŽAJA MEDICINSKIH SESTARA PREMA GLOBALNOM IZVJEŠĆU ORGANIZACIJE OECD

(Organisation for Economic Co-operation & Development)

ZA 2015. GODINU

(„Health at a Glance 2015:  OECD  
OECD Indicators. Paris: OECD Publishing)

Izdanje serijske publikacije „Health at a Glance – OECD Indicators“ za 2015. godinu predstavlja najnovije usporedne podatke o ključnim pokazateljima zdravlja i zdravstvenih sustava u 34 države (Australija, Austrija, Belgija, Kanada, Čile, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francuska, Njemačka, Grčka, Mađarska, Island, Irska, Izrael, Italija, Japan, Južna Koreja, Luksemburg, Meksiko, Nizozemska, Novi Zeland, Norveška, Poljska, Portugal, Slovačka, Slovenija, Španjolska, Švedska, Švicarska, Turska, Ujedinjeno Kraljevstvo i S.A.D) koje su članice međunarodne organizacije OECD (Organisation for Economic Co-Operation & Development – Organizacija za gospodarsku suradnju i razvitak), te za neke države koje su partneri OECD-a (Brazil, Kina, Kolumbija, Kostarika, Indija, Indonezija, Latvija, Litva,

Ruska federacija i Južnoafrička Republika). Republika Hrvatska nije članica OECD-a (iako je ulazak u OECD definiran kao dugoročni vanjskopolitički cilj), pa za nju nisu prikazani podaci u ovom izvješću.

Međunarodna ekonomska organizacija OECD je osnovana 1961. godine, a zadaća joj je poticanje ekonomskog razvoja i međunarodne trgovine na svjetskoj razini. Bivša Jugoslavija imala je do svog raspada status zemlje-promatrača u OECD-u. Između 1994. i 2000., organizaciji OECD su se pridružile Poljska, Mađarska, Češka i Slovačka, Estonija, Latvija i Litva, a Slovenija; Rumunjska i Bugarska su trenutno u postupku pridruživanja. Države koje su članice EU, a još uvijek nisu i članice OECD-a su Bugarska, Hrvatska, Cipar, Malta i Rumunjska.



### RADNA SNAGA U ZDRAVSTVU - MEDICINSKE SESTRE

(Prema: OECD-u (2015), „Nurses“. U: Health at a Glance 2015: OECD Indicators.

Paris: OECD Publishing)

U većini zemalja članica organizacije OECD, medicinske sestre su mnogo brojnije od liječnika i imaju ključnu ulogu u pružanju zdravstvene zaštite, kako u bolnicama i institucijama za produljenu skrb, tako i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (osobito u pružanju skrbi za kronične bolesnike) i kućnoj njezi. Obzirom na opće starenje populacije, očekuje se da će u budućnosti biti potreban još veći broj medicinskih sestara, pa mnoge zemlje počinju više ulagati u njihovu edukaciju i zadržavanje u zemlji. U 2013. je u OECD državama bilo u prosjeku 9 sestara na 1000 stanovnika – najviše u Švicarskoj (17.4), Norveškoj (16.7), Danskoj (16.3), Islandu (15.5) i Finskoj (14.1). Broj je bio relativno visok i u drugim razvijenim zemljama: Njemačkoj (13.0), Irskoj (12.4), Nizozemskoj (12.1), Australiji (11.5), Švedskoj (11.2), U.S.A. (11.1), Japanu (10.5), Novom Zelandu (10.0), Belgiji (9.5), Kanadi (9.5), Francuskoj (9.4) i Ujedinjenom Kraljevstvu (8.2). U europskim zemljama donekle usporedivim s Republikom

Hrvatskom, broj medicinskih sestara na 1.000 stanovnika je niži od prosjeka: Slovenija (8.3), Češka (8.0), Austrija (7.9), Litva (7.6), Rusija (7.4), Mađarska (6.4), Estonija (6.2), Italija i Portugal (6.1), Slovačka (5.8), Poljska (5.3), Španjolska (5.1), Latvija (4.9). Najmanje ih je bilo u Turskoj (1.8) te Meksiku (2.6), Kini (2.0), Grčkoj (3.6), Brazilu (1.5) i Indiji (1.3).

U 2013. u OECD državama također je u prosjeku bilo 3 medicinske sestre na jednog liječnika (2 do 4 sestre u oko 50% država); omjer broja sestara prema broju liječnika bio je najviši u Finskoj, Japanu, Irskoj i Danskoj (s najmanje 4.5 sestara na 1 liječnika), a najmanji u Grčkoj (tek 0.5 sestara na 1 liječnika) te Turskoj i Meksiku (otprilike 1 sestra na 1 liječnika).

Omjeri su malo iznad prosjeka u Sloveniji (3.1), a ispod prosjeka u Poljskoj (2.4), Češkoj (2.2), Mađarskoj (2.0), Estoniji (1.9), Litvi (1.8), Slovačkoj (1.7), Latviji (1.5), Rusiji (1.5), Italiji (1.5), Portugalu (1.4) i Španjolskoj (1.3).

### EDUKACIJA MEDICINSKIH SESTARA

(Prema: OECD-u (2015), „Nursing graduates“, u: Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing)

U mnogim OECD državama, tijekom proteklog desetljeća, zbog zabrinutosti u vezi trenutne i daljnje moguće nestašice sestara, povećan je broj upisanih studenata u škole za medicinske sestre, iako među pojedinim zemljama postoje velike razlike. U 2013., u tim zemljama bilo je u prosjeku gotovo 50 novih diplomiranih sestara na 100.000 stanovnika – najviše u Koreji i Danskoj (više od 90), a najmanje u Meksiku, Luksemburgu i Češkoj (manje od 15 na 10.000 stanovnika). Primjerice, diplomiranih sestara na 100.000 stanovnika bilo je u 2013.: u Sloveniji 78, Slovačkoj 63, Njemačkoj 55, Austriji 55, Kanadi 54, Belgiji 47, Švedskoj 40, Francuskoj 39, Estoniji 36, Poljskoj 36, Mađarskoj 34, Irskoj 33, Portugalu 25, Italiji 23, Španjolskoj 19, a Češkoj 15.

### MEĐUNARODNA MIGRACIJA MEDICINSKIH SESTARA

(Prema: OEC-u (2015), „International migration of nurses“. U: Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing).

U skoro svim državama skupine OECD, udio medicinskih sestara školovanih u inozemstvu (tj. onih koje su došle iz inozemstva i zaposlile se u dotičnoj zemlji) jest bitno niži od omjera liječnika školovanih u inozemstvu. No, kako je ukupan broj medicinskih sestara općenito bitno veći od ukupnog broja liječnika, apsolutni broj inozemnih medicinskih sestara je nešto veći od apsolutnog broja zaposlenih inozemnih liječnika. Dok u nekim zemljama (npr. Estonija, Turska, Slovenija, Nizozemska) praktički nema zaposlenih inozemnih medicinskih sestara, u nekim drugim zemljama ih ima prilično mnogo (npr. gotovo 25% u Novom Zelandu, a između 10% i 20% u Švicarskoj, Australiji, Ujedinjenom Kraljevstvu i Izraelu). Medicinskih sestara „uvezenih“ iz inozemstva također ima više od 5% u Norveškoj, Kanadi, S.A.D., Njemačkoj i Italiji. Ako se gledaju apsolutni brojevi, u 2013. je bilo zaposleno čak 250.000 inozemnih sestara u S.A.D., 86.000 u Ujedinjenom Kraljevstvu (u. 2014.), te 70.000 u Njemačkoj (u. 2010.). U Italiji je skoro 50% inozemnih sestara pristiglo iz Rumunjske, a

u Ujedinjenom Kraljevstvu gotovo 50% inozemnih sestara je pristiglo iz Azije (npr. 26% s Filipina, 19% iz Indije). S druge strane, medicinske sestre se u velikom broju iseljavaju iz nekih europskih zemalja. Primjerice, u 2014. je u Ujedinjenom Kraljevstvu bilo zaposleno više od 5.600 sestara školovanih u Španjolskoj, više od 4.000 sestara školovanih u Portugalu i Rumunjskoj te više od 2.500 sestara školovanih u Poljskoj. Tijekom 2014. više od 6.500 medicinskih sestara školovanih u Portugalu te više od 9.200 medicinskih sestara školovanih u Španjolskoj bilo je zaposleno u drugim EU zemljama (od toga većina u Ujedinjenom Kraljevstvu).

### PLAĆE MEDICINSKIH SESTARA

(Prema: OECD-u (2015), „Remuneration of nurses“. U: Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing)

Prema OECD analizi, podaci o plaćama medicinskih sestara se uglavnom odnose na sestre zaposlene u bolničkom sustavu. Njihove plaće su analizirane na dva načina: a) usporedbom s prosječnom plaćom svih radnika u dotičnoj državi (da se vidi kolika je relativna privlačnost zanimanja medicinske sestre u usporedbi s ostalim zanimanjima) i b) tako da je plaća u svakoj državi konvertirana u zajedničku valutu (američki dolar) i uspoređena s platežnom moći stanovništva dotične države (da se vidi kakav je stvarni ekonomski položaj medicinskih sestara u različitim državama).

U većini država, plaća bolničkih medicinskih sestara bila je barem malo veća od prosječne plaće svih radnika u 2013. godini. Primjerice, ta je plaća bila veća od prosjeka za 60% u Izraelu, 40% u Luksemburgu, oko 30% veća u Španjolskoj i S.A.D., oko 20% veća u Grčkoj, Australiji i Njemačkoj, te oko 10% veća u Japanu, Kanadi, Belgiji, Irskoj, Češkoj, Danskoj, Italiji i Ujedinjenom Kraljevstvu. S druge strane, njihova je plaća bila oko 10% niža od prosjeka u Slovačkoj, Mađarskoj i Francuskoj – a točno prosječna u Poljskoj, Estoniji, Nizozemskoj, Norveškoj, Sloveniji i Finskoj.

Kad je plaća pretvorena u američke dolare (ekonomski položaj medicinske sestre u različitim državama), uočeno je da je plaća medicinske sestre barem 4 puta veća u Luksemburgu nego u Mađarskoj, Slovačkoj i Estoniji. Medicinske sestre bile su relativno dobro plaćene i u



S.A.D.-u. Nakon 2008. godine, plaće medicinskih sestara bile su u mnogim državama pogođene ekonomskom krizom – primjerice, plaće su smanjene u Mađarskoj i Italiji, a u Grčkoj su u prosjeku smanjene za 20% između 2009. i 2013. godine.

Tako izračunata plaća medicinske sestre (u 2013.) bila je niža od OECD prosjeka u sljedećim zemljama:

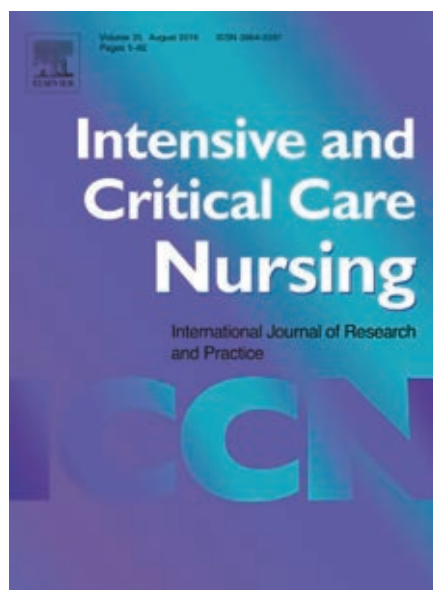
Japanu, Finskoj, Italiji, Francuskoj, Turskoj, Grčkoj, Sloveniji, Meksiku, Poljskoj, Češkoj, Estoniji, Slovačkoj i Mađarskoj.

PRIPREMILE: Biljana Kurtović i Cecilija Rotim

## INTENSIVE AND CRITICAL CARE NURSING JOURNAL

Intensive and Critical Care Nursing Journal je međunarodni sestrički indeksirani časopis koji za ciljeve ima promicanje izvrsnosti skrbi kritično bolesnih pacijenata, osigurati međunarodnu i interdisciplinarnu platformu za objavljivanje, širenje i razmjenu rezultata istraživanja, iskustava i ideja te razvijati i unaprijediti znanja, vještine, stavove i kreativno razmišljanje bitno za dobru skrb kritično bolesnih pacijenata. Časopis, osim izvornih radova, objavljuje recenzije i novosti. Članci se mogu odnositi na bilo koji dio prakse uključujući relevantne kliničke, istraživačke, obrazovne, psihološke i tehnološke aspekte.

Časopis također pruža mnogobrojne pogodnosti za autore, poput besplatnih PDF-ova, posebne popuste na Elsevier publikacije i još mnogo toga.



Intensive and Critical Care Nursing Journal ima faktor utjecaja 1.214

Izvorna stranica i upute autorima za prijavu radova:

<https://www.elsevier.com/journals/intensive-and-critical-care-nursing/0964-3397/guide-for-authors>



## UPUTE AUTORIMA

Molimo autore da pažljivo pročitaju sljedeća uputstva prilikom pisanja radova za objavljivanje u stručnom glasilu „Plavi fokusa“.

U „Plavom fokusa“ se objavljuju priopćenja, znanstvene bilješke, pregledni radovi, stručni radovi na hrvatskom jeziku.

Razlučivanje znanstvenog i stručnog rada je u originalnosti rezultata istraživanja i zaključaka, te prikazanih znanstvenih metoda rada. Stručni rad može biti korisniji u primjeni, ali time nije i novi doprinos znanstvenim spoznajama.

**Izvorni znanstveni radovi** sadrže neobjavljene rezultate vlastitih izvornih istraživanja, koji trebaju biti objašnjeni raspravom i po mogućnosti statistički obrađeni. Eksperimentalni podaci moraju biti tako izneseni da se mogu reproducirati i da se može provjeriti točnost analiza i dedukcija na kojima se temelje zaključci. Rad treba biti podijeljen na sljedeća poglavlja: Sažetak (na hrvatskom i engleskom jeziku); Uvod; Materijal i metode rada; Rezultati i rasprava; Zaključci i Literatura.

**Pregledni radovi** su cjeloviti pregledi novih znanstvenih spoznaja i/ili rezultata znanstvenih istraživanja (od strane) većeg broja autora, uključujući i raspravu određenog problema na temelju literaturnih znanstvenih činjenica i vlastitih pretpostavki. Autorski pregledi su, također, cjeloviti pregledi nekog problema ili područja, ali na kojem je autor objavio veći broj znanstvenih radova.

**Prethodna priopćenja** sadrže kraće obavijesti o novim znanstvenim spoznajama, čiji karakter zahtijeva hitno objavljiva-nje. Rad se objavljuje samo uz obvezu autora da nakon završetka istraživanja objavi izvorni znanstveni rad.

**Znanstvene bilješke** (kratke obavijesti) su kraći, završeni izvorni znanstveni radovi ili opisi originalnih laboratorijskih tehnika (metoda, aparatura itd.).

**Stručni radovi** iznose neke mogućnosti razvoja struke na području medicine i zdravstvene njege bolesnika. Naglasak je na primjeni poznatih metoda i činjenica, na širenju znanja u pojedinom području. U radu se koriste već stečena znanja primijenjena na objekt ispitivanja.

Original rada (rukopis) treba imati **opseg do 5 stranica**, uključujući tablice, grafikone, crteže i fotografije. Rad treba napisati na stranici **formata A4 (21,0 x 29,7 cm)**. Naslov rada treba biti kratak. Ispod naslova navode se imena i prezimena autora, mjesto rada i kontakt.

Cijeli rad treba pisati programom Microsoft Word for Windows, Font Times New Roman veličinom slova 12, proredom 1,5 za pisanje uključujući **NASLOV RADA, KLJUČNE RIJEČI I SAŽETAK TREBA PISATI NA HRVATSKOM I ENGLESKOM JEZIKU**.

**Sažetak** treba sadržavati jezgrovit prikaz do 300 riječi, metodologiju, glavne rezultate i zaključak. Potrebno ga je pisati na hrvatskom i engleskom jeziku. U sažetku se ne smiju pojavljivati skraćene, niti literatura. Ispod sažetka autori trebaju navesti tri do pet ključnih riječi.

**Uvod** mora ukratko sadržavati rezultate ranijih istraživanja i svrhu vlastitih istraživanja.

**Materijale i metode** treba kratko izložiti, a opširnije samo ako odstupaju od već objavljenih u literaturi. Za poznate metode i tehniku istraživanja navodi se samo autor i literatura.

**Rezultati i rasprava.** U rezultatima i raspravi ne ponavljaju se podaci izneseni u tablicama i slikama nego se ističu i objašnjavaju najvažniji rezultati.

**Zaključci** trebaju kratko i jasno sadržavati značaj rezultata istraživanja.

**Literatura** mora biti selektivna, a ne opširna (osim u preglednim člancima). Ako originalna navedena literatura nije dostupna, autor mora navesti izvor koji je koristio. Autori odabrane (selektivne) literature, navedeni u tekstu, moraju biti na popisu literature. Autorima citiranim u tekstu navodi se prezime i godina objavljivanja (u zagradama), na primjer (Horvat2007). Ako je navedeni rad napisalo dva autora, treba navesti oba, na primjer (Horvat i Novak, 2007), a ako je rad napisalo više od dva autora navodi se prezime prvog autora uz oznaku “i sur.”, te godina objavljivanja, na primjer (Novak i sur., 2007). U popisu literature, koji se navodi na kraju rada, potrebno je navesti potpune podatke o svim autorima (prezime i inicijali imena autora, naslov djela, naziv izdavača, mjesto i godina izdavanja, te stranice (od - do)), navodeći ih abecednim redom, a radove istog autora i kronološkim redom. Ukoliko se navodi više radova istog autora, koji imaju istu godinu izdanja, treba ih razlikovati slovima (a, b, c itd.) iza godine izdanja. U slučaju zajedničkog rada više autora, u popisu literature se ne koristi oblik “i suradnici”, nego se navode svi autori. Naslove knjiga i časopisa treba pisati u kurzivu. Za mrežno dostupne radove potrebno je, nakon dostupnih osnovnih referenci (naslova, autora itd.) navesti izvor (<http://>) i datum pristupanja, npr. <http://www.findarticles.com/p/articles> (3.4.2006).

**Popis literature treba izraditi prema navedenim primjerima:** Horvat, LJ. (1998): *Zdravstvena njega – plan i izvedba*, Hrvatska udruga medicinarara, Zagreb.

Horvat, N., Novak, J., Čehok, D. (1997): Plan zdravstvene njege i njihov utjecaj na poboljšanje zdravstvenog stanja pacijenta, *SHOCK 47* (3), 183-193. (Broj 47 označava godište (volumen) časopisa, (3) broj sveska unutar godišta, a 183-193 paginaciju rada u svesku).

**Tablice i dijagrami** moraju biti razumljivi bez prethodnog čitanja teksta. Isti podaci ne mogu biti u tablicama i dijagramima. Radi sigurnije izvedbe tiskanja rada potrebno ih je također dostaviti i u jednom od grafičkih ili slikovnih formata (\*.tif ili \*.jpg), isključivo u crno-bijeloj tehnici.

Primjere valja brojčano označiti koristeći arapske brojeke u zagradama te odvojiti od glavnog teksta praznim redovima. Grupirati primjere korištenjem malih slova, a u tekstu pozivati se na primjere kao (2), (2a), (2a,b), (2 a-b), ili (2) b.

**Slike** moraju imati kratki opis i izvor slike ako je upotrjebljena s web stranice, knjige ili nekog drugog rada (npr. Slika br.1 Prikazuje Jedinicu za intenzivno liječenje KBC Zagreb, Izvor [www.kbczagreb.hr](http://www.kbczagreb.hr)).

**Rukopis s priložima** (tablice, dijagrami, sheme i crteži) dostavljaju se Uredništvu

**Kontakt Uredništva:**

[hkms@hkms.hr](mailto:hkms@hkms.hr)

