

Plavi FOKUS

Informativno Glasilo

Hrvatske Komore Medicinskih Sestara



INTERVJU:

dr.sc. Biljana Kurtović, mag.med.techn.
**NAJMLAĐA DOKTORICA ZNANOSTI U
HRVATSKOM SESTRINSTVU**



**PROGRAM RAZMJENE
MEDICINSKIH SESTARA**

**DJELATNICI
PSIHIJATRISKE
BOLNICE
LOPAČA**



**ISTRAŽIVANJE
HKMS-A:
„Nasilje nad medicinskim
sestrama i sigurnost u
zdravstvenim ustanovama“**

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
Mirna Vrčec

Lektorica: Zrinka Šućur, profesorica
hrvatskog jezika i književnosti

Tajnica uredništva:
Anastazija Sorić Uranić

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

E-mail: 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 PREDsjedNICE 3

BESPLATAN STAMBENI PROSTOR
ZA BOLESNE MEDICINSKE SESTRE 4

ISTRAŽIVANJE HKMS-a:
„NASILJE NAD MEDICINSKIM SESTRAMA I SIGURNOST U
ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA" 5

PROGRAM RAZMJENE MEDICINSKIH SESTARA 7

INTERVJU - BILJANA KURTOVIĆ 8

IZ PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZASTITE 10

DOM ZDRAVLJA KNIN 23

POŽAR U PB LOPAČA 30

MIRNA KOMUNIKACIJA GLASOM 32

DOSTOJANSTVO UMIRANJA I KULTURA SMRTI 34

INTERNACIONALNI KONGRES
EUROPSKOG RESPIRATORNOG DRUSTVA

ENC NOVOSTI 36

IZ STRANE LITERATURE 48

Riječ predsjednice



Poštovane kolegice i kolege,

Svjedoci smo različitih zbivanja u sustavu zdravstva zbog čega se u javnim glasilima spominju medicinske sestre. Zadnji događaji vezani uz vanbolničku hitnu medicinsku pomoć, ponovo su potaknuli pitanja vezana uz razine obrazovanja i kompetencije medicinskih sestara. Ne

tako davne, 2011. godine, tijekom reforme vanbolničke hitne medicinske pomoći upozoravali smo da sustav treba temeljito reorganizirati, a ne samo jedan njegov dio. Upozoravali smo da medicinske sestre mogu sudjelovati u hitnoj medicinskoj pomoći u skladu s kompetencijama i razinama obrazovanja, temeljem zakona. Za sva naša upozorenja nije bilo sluha. Usvojena su dva Pravilnika. Pravilnik o uvjetima, organizaciji i načinu obavljanja hitne medicine (Narodne novine br.72/16) koji nije u skladu sa Zakonom o sestrinstvu niti sa Zakonom o liječništvu i Pravilnik o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara –medicinskih tehničara u djelatnosti hitne medicinske pomoći (Narodne novine br.28/11), koji stavlja izvan snage Pravilnik o dodatnom usavršavanju medicinskih sestara i medicinskih tehničara iz 2010. godine. Nitko nije završio specijalizaciju po tim Pravilnicima. Pravilnik iz 2011. godine je u potpunosti nejasan. Nije moguće razaznati je li edukacija prema tom pravilniku formalna, informalna, vertikalna ili horizontalna, pripada li u kategoriju dodatnog ili trajnog usavršavanja. Specijalizaciju je moguće pohađati nakon srednje škole, nakon prvostupništva, nakon diplomskog studija. Prema tom Pravilniku mentori mogu biti svi, ali medicinske sestre moraju imati dodatnu edukaciju iz mentorstva. U Ministarstvu zdravstva provedena je edukacija za mentore, ali najniža razina polaznika su prvostupnice. Srednje medicinske sestre stoga ne mogu biti mentori jer im sustav to ne omogućava. Predmetni Pravilnik kontradiktoran je u pojedinim točkama i s pravom je pao u zaborav. Tijekom reforme hitne medicinske službe mislilo se na sve osim na djelatnike. Djelatnici u prijavno-dojavnim jedinicama rade prema utvrđenim protokolima, koji su vrlo slični protokolima nekih skandinavskih zemalja. Zaboravilo se pritom da medicinske sestre koje rade po tim protokolima u skandinavskim zemljama su visokoobrazovane sa specijalizacijama iz područja hitne medicine. U RH prema tim protokolima rade liječnici, medicinske sestre srednje stručne spremne, prvostupnice sestrinstva

i diplomirane medicinske sestre. Temeljna znanja su im različita i prosudba temeljem podataka u nejasnim stanjima je različita. Tko se nakon toga može zapitati zašto je Hitna medicinska pomoć imala 70 % intervencija koje nisu bile hitne? Prijedlozi o proširenju kompetencija medicinskih sestara na svim razinama zdravstvene zaštite, prije donošenja odluka, moraju biti prihvaćeni u suradnji multidisciplinarnog tima stručnjaka HKMS, HLK, MIZ-a, MIO, Agencije za visoko obrazovanje. To je jedini preduvjet za usklađivanje zakona i drugih akata.

Mnogi problemi, na svim razinama zdravstvene zaštite i sestrinstva u socijalnoj skrbi proizlaze iz nejasno definiranog temeljnog obrazovanja medicinskih sestara. Stalna predodžba da medicinske sestre svih razina obrazovanja mogu raditi sve, stavlja medicinske sestre u podređeni položaj u odnosu na druge profesije u zdravstvu i socijalnim ustanovama. Tako na primjer opis poslova jedne socijalne ustanove, objavljen na mrežnim stranicama iste ustanove, propisuje da u slučaju nedostatka njegovateljica medicinske sestre obavljaju poslove njegovateljica. Niti jedna druga regulirana profesija nema ovakav opis posla.

Loše organizacijske strukture stvaraju nezadovoljstvo kod medicinskih sestara i u velikoj mjeri su uzrok odlaska medicinskih sestara u druga zanimanja ili na rad u inozemstvo. Mnogi profesionalci u sustavu osjećaju se pozvanima organizirati rad medicinskih sestara i prekrahati opise poslova ili utjecati na promjenu kompetencija temeljenih na obrazovanju.

Prijedlozi i upozorenja koja smo prosljeđivali u nadležna ministarstva nisu naišli na razumijevanje. Svi govore o medicini temeljenoj na dokazima. Brojna istraživanja u Europi i šire, govore u prilog boljih ishoda liječenja ako su medicinske sestre bolje obrazovane. Andrija Štampar je davne akademske 1953/54. godine postavio temelje obrazovanja medicinskih sestara. Danas je takvo obrazovanje medicinskih sestara prepoznato skoro u cijeloj Europi. U RH iznađeno je neko novo polovično rješenje. Zašto ne prepoznamo vrijednosti naših velikana u djelima kada ih prepoznamo u obljetnicama.

Po stoti put postavlja se pitanje treba li doći do neželjenog događaja da bi se procesi pokrenuli i da se uvažavaju naši dobronamjerni prijedlozi.

Sestrinstvo čini 46% zdravstvenih djelatnika u sustavu zdravstva. Je li došlo vrijeme da ministar ima pomoćnika za sestrinstvo koji će biti medicinska sestra?

Srdačan pozdrav,
PREDSJEDNICA HKMS-a
Slava Šepec, diplomirana medicinska sestra

BESPLATAN STAMBENI PROSTOR ZA BOLESNE MEDICINSKE SESTRE

Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS) u Zagrebu je otvorila novouređeni stambeni prostor, namijenjen besplatnom smještaju medicinskih sestara i medicinskih tehničara koji dolaze u Zagreb na liječenje, odnosno dijagnostiku.

Kapacitet stambenog prostora je devet ležajeva, a prostor se sastoji od dnevnog boravka, kuhinje, pet spavaćih soba te dvije kupaoalice.

Smještaj se odobrava za privremeno i povremeno korištenje podnošenjem zahtjeva koji se obrađuje i odobrava prema redoslijedu podnošenja.

Uz zahtjev (**obrazac zahtjeva na www.hkms.hr**) potrebno je dostaviti medicinsku dokumentaciju iz koje je vidljivo vremensko razdoblje za koje je potrebna usluga smještaja.

Po utvrđenoj osnovanosti zahtjeva sa korisnicom/korisnikom smještaja sklapa se Ugovor o besplatnom smještaju.

Zahtjev i potrebnu dokumentaciju moguće je dostaviti poštom na adresu HKMS, Maksimirska 111/2, Zagreb, osobno ili na e-mail adresu:

smjestaj@hkms.hr



SMJEŠTAJ SE
ODOBRAVA ZA
PRIVREMENO
I POVREMENO
KORIŠTENJE
PODNOŠENJEM
ZAHTJEVA KOJI SE
OBRAĐUJE I ODOBRAVA
PREMA REDOSLIJEDU
PODNOŠENJA.



Moje ime je Maja Kralj.

Medicinska sam sestra i radim u Domu za starije Ljudevite pl. Janković u Daruvaru. Kao medicinska sestra radim 14 godina, udana sam i imam dvoje djece.

Bila sam na operaciji kralježnice nakon koje mi je propisana terapija zbog koje u Zagrebu moram boraviti dva dana u tjednu kroz pet tjedana. Tražila sam privremeni smještaj, ali u ovakvim uvjetima nisam ga mogla naći. Nisam znala da Hrvatska komora medicinskih sestara nudi mogućnost smještaja medicinskim sestrama upravo u ovakvim situacijama. Zamolila sam susjedu da mi pomogne, a ona mi je rekla da se obratim Komori i vidim može li se dobiti smještaj, budući da je na web stranici Komore vidjela da postoji takva mogućnost. Nazvala sam ured Komore gdje su me ljubazni djelatnici uputili u postupak. Isti dan poslala sam dokumentaciju e-mailom. Na dan prve zakazane terapije došla sam u Komoru, potpisala ugovor i preuzela ključeve. Izuzetno sam zadovoljna smještajem u kojem imam sve što mi je potrebno za boravak između terapija. Prostor je dobro opremljen i ugodan za boravak. Preporučujem svim kolegicama i kolegama koji su u sličnoj situaciji da se s povjerenjem obrate Komori, telefonom ili na e-mail smjestaj@hkms.hr. Smještaj mi je mnogo pomogao jer nemam nikoga kod koga bih mogla boraviti, a financijski izdaci za iznajmljivanje smještaja za pet tjedana su za mene preveliki. U prostoru sam trenutno sama, a mjesta ima za još 8 osoba.

Maja Kralj, medicinska sestra

ISTRAŽIVANJE HKMS-A: „Nasilje nad medicinskim sestrama i sigurnost u zdravstvenim ustanovama“

ČAK 89 POSTO MEDICINSKIH SESTARA DOŽIVJELO VERBALNO ILI FIZIČKO NASILJE

Čak 89 posto anketiranih medicinskih sestara doživjelo je na svom radnom mjestu neki oblik verbalnog ili fizičkog nasilja. Od sestara koje su doživjele nasilje, dvije trećine (62%) je istaknulo da su napadi na radnom mjestu bili verbalni, dok je nešto više od trećine (37%) sestara uz verbalno, doživjelo i fizičko nasilje. U posljednjih 5 godina, napadi na medicinske sestre dogodili su se u 73 posto zdravstvenih ustanova koje su sudjelovale u anketi.

Rezultati su to istraživanja *Nasilje nad medicinskim sestrama i sigurnost u zdravstvenim ustanovama* koje je u svibnju ove godine provela Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS). Istraživanje je obuhvatilo postojeće probleme nasilja nad medicinskim sestrama, od verbalnog do fizičkog nasilja, pitanje prijave nasilja, posljedica nasilja te različite aspekte sigurnosti u zdravstvenim ustanovama. Istraživanje se sastojalo od dvije ankete. Jednu su ispunjavale glavne medicinske sestre zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj, a drugu ostale medicinske sestre, članice Komore. Sveukupno je u istraživanju sudjelovalo 1788 medicinskih sestara.

„Glavni razlog provođenja istraživanja je sve veći problem nasilja nad medicinskim sestrama, koje može eskalirati i do razine ugrožavanja njihovih života. Komora medicinskih sestara želi ukazati na dubinu ovog problema i nužnost njegovog sustavnog rješavanja te smo zbog toga proveli ovo istraživanje među svojim članovima“, istaknula je predsjednica Komore Slava Šepić.

NAJČEŠĆE SU NASILNI PACIJENTI

Istraživanje Hrvatske komore medicinskih sestara pokazalo je kako su u 77 posto slučajeva nasilja nasilni bili pacijenti, a u 56 posto obitelj ili pratnja pacijenta. Da i drugi zdravstveni djelatnici znaju biti nasilni prema medicinskim sestrama, pokazalo je 40 posto odgovora.

Zabrinjavajuće je da većina medicinskih sestara koje su doživjele nasilje, to nasilje nisu prijavile (63 %). Kao razloge neprijavlivanja, medicinske sestre najčešće navode strah od stvaranja dodatnih problema (61 %). 15 posto medicinskih sestara ne prijavljuje nasilje zbog reakcija okoline, a 7 posto zbog straha od ponovnog napada. Od 37 posto sestara koje su prijavile doživljeno nasilje, više od 90 posto su to prijavile poslodavcu. Samo 22 posto sestara prijavilo je nasilje policiji, sindikatu, sudu ili Komori.

Nasilje, pokazalo je istraživanje Komore, ostavlja posljedice na medicinske sestre koje su mu bile izložene. Tako 66 posto sestara osjeća povremeni ili stalni strah od nasilja, dok je njih 5 posto zbog posljedica nasilja bilo prisiljeno otići na bolovanje. A da bi dodatna edukacija pomogla u postupanju s nasilnim osobama, smatra 64 posto anketiranih sestara.

“ ZABRINJAVAJUĆE JE DA VEĆINA MEDICINSKIH SESTARA KOJE SU DOŽIVJELE NASILJE, TO NASILJE NISU PRIJAVILE. KAO RAZLOGE NEPRIJAVLJIVANJA NAJČEŠĆE NAVODE STRAH OD STVARANJA DODATNIH PROBLEMA.

DVIJE TREĆINE MEDICINSKIH SESTARA (62%) ISTAKNULO JE DA SU NAPADI NA RADNOM MJESTU BILI VERBALNI, DOK JE NEŠTO VIŠE OD TREĆINE (37%) SESTARA UZ VERBALNO, DOŽIVJELO I FIZIČKO NASILJE. ”



NEZADOVOLJAVAJUĆA RAZINA SIGURNOSTI

U drugom dijelu istraživanja, o sigurnosti u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj, ustanovilo se da više od pola ustanova nema zaštitarsku službu od 0 do 24, dok 9 posto ima ovu službu samo tijekom noći. Portira tijekom dana ima 76 posto ustanova, a samo 67 posto tijekom noći. Pokazalo se i da 33 posto zdravstvenih ustanova ne zaključava vrata noću.

U posljednjih 5 godina, napadi na medicinske sestre dogodili su se u 73 posto zdravstvenih ustanova koje su sudjelovale u istraživanju Komore. Stoga ne čudi podatak da se čak 95 posto glavnih sestara izjasnilo da fizička zaštita i sigurnost u zdravstvenim ustanovama nisu na odgovarajućoj razini. One su sigurnost u zdravstvenim ustanovama ocijenile prosječnom ocjenom 3 (školske ocjene od 1 do 5).

“ NIKADA I NIGDJE NEMA OPRAVDANJA ZA ŠUTNJU KADA SE DOGODI NASILJE. ”

FIZIČKI NAPADI NA SESTRE ZADNJIH 5 GODINA

„Nikada i nigdje nema opravdanja za šutnju kada se dogodi nasilje. Posebno je to važno u sustavu zdravstva kada zdravstveni djelatnici moraju u svakom trenutku biti sposobni rješavati zahtjevne probleme i skrbiti o svim pacijentima kao da se ništa nije dogodilo, jer svaki pacijent zaslužuje da mu zdravstveni djelatnici posvete punu pažnju i zasluženu skrb u skladu s njihovim potrebama i najvišim standardima prakse. Da bi to bilo moguće, potrebno je djelovati na svim razinama društva. Zakonodavac mora stvoriti zakonski okvir, a zdravstvene ustanove sigurnosne uvjete. Trajnom edukacijom treba omogućiti medicinskim sestrama usvajanje znanja koja će pomoći u rješavanju problema u trenutku nastajanja.“

zaključila je predsjednica Komore,
Slava Šepec.

PROGRAM RAZMJENE MEDICINSKIH SESTARA NA RAZINI EUROPE

Europska federacija medicinskih sestara intenzivne skrbi 2002. godine pokrenula je radnu skupinu za izradu programa razmjene medicinskih sestara na razini Europe. Cilj je bio osigurati medicinskih sestrama mogućnost odlaska u druge države članice kako bi stekle nova iskustva i upoznale kulturološke razlike. Adriano Friganović, dipl. med.techn. kao nacionalni predstavnik od početka je sudjelovao u izradi ovog programa i posao voditeljem projekta kojem se pridružila i Jelena Sljepčević, mag.med.techn. Program je osmišljen na način da osoba koja se želi uključiti, odabere državu te kontaktira koordinadora. Potom se uključi nacionalni predstavnik države koja bi bila primatelj te se organizira smještaj i odabire bolnica

centru Meilahti u Helsinkiju. Klinički bolnički centar Meilahti je najveća zdravstvena ustanova u Finskoj. JIL u kojem Aino radi je koncipiran kao opća jedinica intenzivne skrbi od 20 bolničkih kreveta, u kojoj najveći udio pacijenata čine hitni slučajevi. O radu u intenzivnoj kaže: „Svaki dan je drugačiji. Nikada ne znate što vas očekuje. Usko surađujemo s ostalim jedinicama intenzivne skrbi, te pomažemo jedni drugima ukoliko je potrebno. No, bez obzira što je posao vrlo zahtjevan i često naporan, volim svoj posao i tim u kojem radim“. Na pitanje o obrazovanju medicinskih sestara u Finskoj kaže kako je bazična razina obrazovanja medicinskih sestara – registrirana medicinska sestra, odnosno dodiplomska razina studija.



i jedinica intenzivnog liječenja gdje bi posjetitelj radio. U proteklih 16 godina stotinjak medicinskih sestara bilo je uključeno u program pri čemu je jedna medicinska sestra iz RH bila u razmjeni u Švedskoj, a ovaj put je medicinska sestra iz Finske poželjela doći u Hrvatsku. Domaćini kolegici Aino Andersen iz Finske su Hrvatsko društvo medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije i KBC Zagreb, Klinika za anestezilogiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje. Kolegica Andersen, radi deset godina u Jedinici intenzivne skrbi u Kliničkom bolničkom



Svake pete godine obnavljaju svoje licence, a ovisno o području interesa mogu pohađati tečajeve specifičnih tematika, što ne utječe na razinu obrazovanja. Za sestrinstvo u Finskoj kaže da je visoko kvalitetno i da je utemeljeno na znanosti jer medicinske sestre uvelike rade na istraživačkim projektima, kako sestrinskim tako i u liječničkim projektima kao ravnopravni članovi tima. Prema tome su izradili smjernice za skrb svake specifične grupe pacijenata i to smatraju svojim velikim uspjehom. Kao i u većini zemalja svijeta, otežavajuće okolnosti su nedostatak ljudskih resursa i niska financijska naknada s obzirom na odgovornosti i opseg posla koji rade.

**CILJ JE BIO OSIGURATI MEDICINSKIH SESTRAMA
MOGUĆNOST ODLASKA U DRUGE DRŽAVE
ČLANICE KAKO BI STEKLE NOVA ISKUSTVA I
UPOZNALE KULTUROLOŠKE RAZLIKE.**

UPOZNAJEMO...

OSOBNE PRIČE MEDICINSKIH SESTARA

RAZGOVARALA: Marija Kadović

INTERVJU: dr.sc. Biljana Kurtović, mag.med.techn. NAJMLAĐA DOKTORICA ZNANOSTI U HRVATSKOM SESTRINSTVU

U ovom broju Plavog Fokusa imamo čast razgovarati s dr.sc. Biljanom Kurtović, mag.med.techn., najmlađom doktoricom znanosti u hrvatskom sestrinstvu, zaposlenoj na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu. Svoj radni vijek započela je u Općoj bolnici Sisak, nakon čega se zapošljava u KBC Sestre milosrdnice, gdje pod imenovanjem prof.dr.sc. Krešimira Rotima postaje glavnom sestrom Klinike za neurokirurgiju.

KAKAV JE OSJEĆAJ BIO ZAVRŠITI DUGOGODIŠNJE ŠKOLOVANJE I POSTATI DOKTORICA ZNANOSTI SA SAMO 30 GODINA?

Stjecanjem doktorata znanosti nastali su dobri temelji za daljnje obrazovanje i napredovanje. Dolaze novi ciljevi, samim time i novi zadatci. Prelaskom u obrazovni sustav, stvorili su se mnogi izazovi, koji otvaraju i nove perspektive u smislu stjecanja i primjene znanja i vještina u novom radnom okruženju. Znanje i obrazovanje mogu nas oblikovati na različite načine ali na kraju je ipak na nama da sami određujemo svoje putove.

KOJE JE PODRUČJE VAŠEG ZNANSTVENOG RADA I KOLIKO BI REZULTATI ISTRAŽIVANJA



dr.sc. Biljana Kurtović, mag.med.techn.

MOGLI UTJECATI NA POBOLJŠANJE SESTRINSKE PRAKSE?

Doktorsku disertaciju sam izradila na temelju istraživanja modela upravljanja boli nakon operacijskih zahvata na lumbalnoj kralješnici. Obzirom da sam dugi niz godina radila na Klinici za neurokirurgiju KBC Sestre milosrdnice, razvila se želja za proučavanjem boli i utjecaju intervencija medicinskih sestara na umanjivanje/ suzbijanje iste. Uz podršku i stručno vodstvo mentora prof.dr.sc. Krešimira Rotima, koncipirana je metodologija istraživanja koje je trajalo 13 mjeseci i kojim su potvrđene naše hipoteze. Rezultati istraživanja su imali direktan utjecaj na manju pojavnost postoperativne boli, kraće trajanje hospitalizacije, a samim time i bolje ishode skrbi za neurokirurške bolesnike.

JESU LI LIJEČNICI I MEDICINSKE SESTRE U HRVATSKOJ SPREMNI ZA MEDICINSKE SESTRE – DOKTORE ZNANOSTI?

Pojavnost doktora znanosti u bilo kojoj profesiji sigurno pruža bolji pogled u budućnost razvoja iste te profesije, utemeljenoj na znanosti. U hrvatskom zdravstvu, pojava medicinske sestre s doktoratom znanosti svakako jest novitet, ali je pozitivno prepoznat unutar populacije svih zdravstvenih profesionalca. Pri tome mislim na međusobno uvažavanje i spoznaju kako svatko od nas u svom timu želi visoko obrazovane članove.

*dr.sc. Biljana Kurtović, mag.med.techn.
i prof.dr.sc. Krešimir Rotima*

GDJE TRENUTAČNO RADITE I KAKVO VAM JE PROFESIONALNO OKRUŽENJE?

Ove godine sam počela raditi u punom radnom vremenu na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu kao predavač. Radna atmosfera je pozitivna i motivirajuća, stimulira kreativnost u nastavi i radu sa studentima ali i u osobnom i profesionalnom razvoju. I sama sam bila student ove ustanove, i velika mi je čast danas raditi ovdje, uz rame profesora koji su jednom bili i meni predavači. Zdravstveno veleučilište je najveća i najstarija obrazovna ustanova zdravstvenih profesionalaca, osim liječnika i primalja, u Republici Hrvatskoj. Kao takva, lider je u svojoj prepoznatljivosti te domaćoj i međunarodnoj reputaciji. Osim šest preddiplomskih studijskih programa i šest diplomskih studijskih programa, osnovani su Centar za cjeloživotno obrazovanje i Centar za translacijska i klinička istraživanja. Programi cjeloživotnog obrazovanja usmjereni su pružanju suvremenih znanja u praksi, promicanju i osiguravanju visokih standarda kvalitete, suradnji sa stručnjacima u praksi te jačanju profesionalnih kompetencija. Primjer takvih programa su Masterclass Tečajevi „Leadership u zdravstvu“ koji su do sada okupili više od 300 polaznika, a u tijeku je organizacija i sljedećeg ciklusa.

NAKON GODINA PROVEDENIH U BOLNIČKOM SUSTAVU I PRIMJENE TEORETSKOG ZNANJA U PRAKSU, SMATRATE LI DA MORA POSTOJATI VEĆI SPOJ FAKULTETSKIH NASTAVNIKA IZ PODRUČJA SESTRINSTVA I STVARNE SKRBI ZA PACIJENTA? KAKO BI GA VI OSMISLILI?

Upravo zato što poznam obje strane medalje, i bolnički rad i rad u obrazovnom sustavu, mogu reći da sustav sada funkcionira dobro. Svi su predavači usko vezani za svoje područje djelovanja zajedničkom suradnjom s mentorima, izmjenjivanjem saznanja o posljednjim postignućima i trendovima u praksi. Svi predavači se kontinuirano educiraju kako na domaćim tako i međunarodnim stručnim usavršavanjima. Također, ponosimo se činjenicom da su mentori koji su uključeni u nastavu, vrhunski profesionalci i lideri u grani sestrinstva u kojoj djeluju te da je veliki dio njih nositelj razvoja profesije sestrinstva u RH kroz djelovanje u stručnim udrugama, HKMS, Ministarstvu zdravstva ali i europskim sestrinskim regulatornim tijelima. Zdravstveno veleučilište je prepoznalo dodatni način poboljšanja suradnje profesionalaca obrazovnog i zdravstvenog sustava kroz Centar za translacijska i klinička istraživanja. Naime, interakcija među navedenim disciplinama je od iznimne važnosti za prijenos znanja. Radi omogućavanja razumijevanja komplementarnih grana i u cilju poboljšanja komunikacije i suradnje, i studenti i mentori i nastavnici koji su fokusirani

na bazično istraživanje trebaju biti uključeni u kliničko istraživanje i obrnuto. Stoga se kroz CTKI nastoji osigurati snažnije uključivanje studenata i nastavnika Zdravstvenog veleučilišta u istraživačke projekte u zdravstvenim institucijama te kliničkih mentora u istraživačke projekte Zdravstvenog veleučilišta.

KAKVA SU VAŠA RAZMIŠLJANJA O SESTRINSTVU U HRVATSKOJ DANAS? JESMO LI NA PRAVOM PUTU?

Hrvatsko sestrinstvo danas može ponosno stati uz bok sestrinskim profesijama u razvijenim zemljama, kvaliteta naših medicinskih sestara je na vrlo visokoj razini, a budućnost koja nas čeka ne može biti loša uz sve kvalitete koje nas odlikuju kao profesiju. Imamo definirane kompetencije, regulatorno tijelo, vertikalno obrazovanje do najviše razine, broj medicinskih sestara na diplomskim i doktorskim studijima je svake godine sve veći, održavaju se znanstvene konferencije, izdan je veliki broj knjiga koje su napisale upravo medicinske sestre, itd. Broj sestrinskih časopisa je također zavidan, gdje svakako želim istaknuti Croatian Nursing Journal, recenzirani sestrinski časopis koji objavljuje izvorne radove s ciljem unaprjeđenja i razmjene znanja i iskustva. Naravno da postoje područja na kojima se mora raditi i svakako osvijestiti svakog dionika u rješavanju takve problematike. Pri tome bih prioritetno istaknula priznavanje koeficijenata u sustavu zdravstva i bolje radne uvjete, jer negativnim trendom rješavanja navedenih problema nastaviti će se i odlazak kolegica i kolega u potrazi za boljim sutra.

ČINE LI SESTRINSKA UDRUŽENJA DOVOLJNO ZA PROMOCIJU SAMOSTALNOSTI SESTRINSKE PROFESIJE?

Dakako, svako od sestrinskih udruženja osim unutar RH, djeluje na promicanju autonomije sestrinske profesije i na europskoj i globalnoj razini. Raspon i uspješnost djelovanja svakog pojedinog sestrinskog udruženja u tom smislu je zaista širok, što je prepoznato ne samo u sestrinstvu nego i drugim zdravstvenim i nezdavstvenim profesijama.

JE LI FAKULTETSKI POSAO OSTVARENJE VAŠEG PROFESIONALNOG CILJA? JESTE LI PROFESIONALNO ISPUNJENI?

Drago mi je što sam dobila životnu priliku raditi u obrazovanju novih generacija medicinskih sestara i tehničara, a opet ostati u vrlo bliskom doticaju sa zdravstvenim sustavom. U ovom slučaju, jedno ne isključuje drugo nego upravo suprotno. Zahvalna sam na tome, i zaista mogu reći da me takva spoznaja ispunjava.

PRIPREMILE:

Katija Čulav, dr.med.spec. anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja

Danijela-Lana Domitrović, mag.med.techn. Marija Šibalić, mag.med.tech

Palijativna skrb, Dom zdravlja Zagreb-Zapad

IZ PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

(DE)HIDRACIJA NA KRAJU ŽIVOTA

UVOD

Vrijeme umiranja za većinu članova obitelji, prijatelje i osobe koje skrbe o umirućem je vrijeme straha, nesigurnosti i krize. Često si postavljaju pitanja poput: „Jesmo li učinili sve što je potrebno?“ i „Na koji način mogu još pomoć kako bi se nekom olakšali posljednji dani?“. Često osim što brinu boli li umirućega, brinu i traže da se pacijentu omogući infuzija koja će ga po njihovoj procijeni značajno oporaviti. Vrlo često su to situacije koje su nabijene emocijama, ljutnjom i nepovjerenjem prema zdravstvenim djelatnicima. U tim situacijama

izuzetno je važno znati obrazložiti na najbolji, ali slušatelju prilagođen i prihvatljiv način zašto umiruća osoba često pred smrt gubi potrebu za tekućinom i hranom.

Period umiranja kod bilo koje bolesti je životni period u kojem se gasi životne funkcije, metabolizam se mijenja – usporava, organizam nema više potreba kao što ih je imao prije, te uvođenje hrane i tekućine vrlo često ima negativne posljedice jer opterećuje sam organizam.

Odnosno to je prirodan slijed događaja te je smanjena energetska potreba umirućeg organizma zdravonaravna, ali je situacija koja je za neposrednog njegovatelja vrlo uznemiravajuća.

Brojni profesionalci kao i članovi obitelji umirućih smatraju da uključivanje artifičijelne hidracije nakon što pacijent prestane uzimati vodu i hranu peroralnim putem doprinosi tome da se pacijentu smanji nelagoda koja nastaje zbog deprivacije tekućine. Je li je tome doista tako? Je li je dehidracija na kraju života teret ili dobrobit umirućem?

Cilj ovog članka je da iznese rezultate provedenih istraživanja na navedenu temu te da potakne čitatelje na kritičko razmišljanje i bolje razumijevanje različitih stavova kod dionika u pružanju palijativne skrbi.

U svijetu se već desetljećima vode rasprave o odnosu štete i koristi artifičijelne hidracije kod umirućih.

Kliničari sa iskustvom u njezi umirućih pacijenata sugeriraju da su suha usta i žeđ jedini simptomi koji se mogu pripisati dehidraciji u umirućih (Lamerton 1980, Bains 1984) i ne prijavljuju druge simptome kao što su glavobolja, mučnina, povraćanje i grčevi iako su to simptomi vezani za deprivaciju tekućine (Billings 1985).

Trebamo imati na umu da su „suha usta“ i posljedica uporabe opijata.



Istraživanja nam govore da osjećaj žeđi ne rješavamo nadoknadom tekućine, već njegoj usne šupljine i vlaženjem usana.

S druge strane studije pokazuju da upotreba artifičijelne hidracije u dostatnoj dozi uglavnom nema učinka u kontroli simptoma niti preživljavanju, ali može značajno povećati pojavnost povećane bronhalne sekrecije, ascitesa, pleuralnih izljeva, perifernih edema...

Dio znanstvenika smatra da dehidracija i malnutricija kod umirućeg, zbog elektrolitskog disbalansa koji vodi do smanjenja razine svijesti uz pojačanu produkciju endorfina i ketona, djeluje anestetički i analgetski te na prirodan način čini prijelaz ugodnijim.

Planiranje skrbi i u ovom slučaju se stavlja na vodeće mjesto, jer bitno olakšava donošenje odluke. Uz neizostavne dugotrajne i iscrpno informativne razgovore s njegovateljima i pacijentom (dok je moguće), poštujući osnovna načela palijativne skrbi, potrebno je promatrati svakog pacijenta kao individuu i po četiri osnovna principa etičnosti (korisnost, neškodljivost, pravednost i autonomija) u datom trenutku kritički procijeniti smislenost uspostavljanja, nastavljanja ili prekidanja artifičijelne hidracije.

MITOVI I ČINJENICE

MIT 1.:

- ne pije dovoljno tekućine izaziva osjećaj žeđi i nelagodu.

MIT 2.:

- ne davanje tekućine je nebriga o umirućem.

MIT 3.:

- artifičijelna hidracija će produžiti život.

ČINJENICE :

- Fokus palijativne skrbi je individualizirana briga temeljena na prethodno definiranim ciljevima pacijenta uključujući i izbor da odbiju infuzije.
- Postoji fiziološka dobrobit dehidracije kod umirućih - endorfini se oslobađaju što može izazvati osjećaj smirenosti i ugođe.
- Nedostatak potrebe za uzimanjem tekućine je normalan dio procesa umiranja. Umirući uglavnom ne osjećaju žeđ. Forsiranje uzimanja tekućine može izazvati nelagodu kod pacijenta.
- Kako se organski sistemi počnu gasiti približavajući se smrti, artifičijelno davanje tekućina može izazvati kongestiju pluća, što otežava disanje i povećava produkciju sekreta te samim tim čini

situaciju neugodnijom. Tekućine također mogu pojačati stvaranje perifernih edema te ascitesa.

- Žeđ je izazvana suhim ustima, ne dehidracijom. Davanje malih količina tekućine, osiguravanje nježne njege usne šupljine najmanje 4 puta dnevno i vlaženje usana ublažavaju taj osjećaj.

ZAKLJUČAK

Odluka o artifičijelnoj hidraciji kod umirućeg je emotivna i otežana nedostatkom čvrstih dokaza temeljenih na kvalitetnim istraživanjima. Ne postoji izričito da ni izričito ne, odluka se donosi na temelju plana skrbi u dogovoru s obitelji i poštujući želje umirućeg, potrebno ju je svakodnevno revidirati i odvagati odnos štete i koristi.

Pružatelji skrbi moraju biti taktični i otporni na pritiske rodbine ako davanje infuzija nije u interesu umirućega.

EDUKACIJA!!!

NIJE MOGUĆE PRENAGLASITI VAŽNOST
EDUKACIJE, NE SAMO LAIKA, VEĆ I
ZDRAVSTVENIH PROFESIONALACA JER
OSNOVNO POZNAVANJE FIZIOLOGIJE
TEKUĆINA I ELEKTROLITSKOG BALANSA, KAO
I MEĐUSOBNA RAZMJENA ISKUSTAVA PUT
SU KA DONOŠENJU UJEDNAČENIH STAVOVA I
BOLJEG RAZUMIJEVANJA PROBLEMATIKE.

LITERATURA:

1. Lamerton R. Care of the Dying, Pelican Books, London, 1980
2. Billings J.A. Comfort Measures for the Terminally III. Is Dehydration Painful? 1985
3. Baines, M. J. The medical management of malignant bowel obstruction. In Cancer chemotherapy and selective drug development, 1984
4. Printz LA. Withholding hydration in the terminally ill: is it valid? Geriatric Medicine 1988;19(4):81
5. Popper K. Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge, New York: Harper and Row, 1965
6. Haas F. In the patient's best interests? Dehydration in dying patients. Professional Nurse 1994;10(2):82-87
7. Dolan MB. Another Hospice Nurse says. Nursing 1983; 13(1):51
8. Parse RR. Nursing Science: Major Paradigms, Theories and Critiques. Philadelphia: WB Saunders, 1987
9. Oliver D. Terminal Dehydration. Lancet 1984;8430,2:631

PRIPREMILA: Danijela-Lana Domitrović, mag.med.techn.

OBILJEŽAVANJE SVJETSKOG DANA HOSPICIJA I PALIJATIVNE SKRBI

Svjetski dan hospicija i palijativne skrbi obilježava se druge subote u listopadu. Cilj je podići svijest opće javnosti o dostojanstvu svih onih koji boluju od teških i neizlječivih bolesti, a koje im bitno skraćuju život. Na taj način se svi senzibiliziraju za takav vid pomaganja onima koji se jedino mogu osloniti na pomoć drugih, i to ne samo na tjelesnoj, nego i na psihosocijalnoj i duhovnoj razini. To je i dan kada se podsjetimo i svih koji svakodnevno pomažu bilo unutar obitelji, institucija ili volonterskim radom.

Palijativna skrb je pristup kojim se bolesnicima suočenim sa smrtonosnom bolešću i njihovim obiteljima unapređuje kvaliteta života. Čini se to kroz sprječavanje i olakšavanje simptoma sredstvima ranog otkrivanja, procjene i liječenja boli, te kroz olakšavanje ostalih psihičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema (Svjetska zdravstvena organizacija, 2002.). Ovakva skrb zahtjeva multidisciplinarnost i timski pristup palijativnoj skrbi tijekom rješavanja fizičkih, emocionalnih, duševnih te socijalnih problema koje se javljaju s napredovanjem bolesti, a uključuje brojne profesionalce kao što su liječnici, medicinske sestre, fizioterapeuti, farmaceuti, svećenici, socijalni djelatnici, psiholozi, psihoterapeuti i druga srodna zanimanja ovisno o potrebama pacijenata i njihovih obitelji. Palijativna skrb prikladna je za pacijenta i obitelj u bilo kojoj fazi bolesti.

Hospicij je i filozofija skrbi i moderna zdravstvena ustanova s nizom sistema pružanja pomoći ljudima na kraju života. Predstavlja jednu od ustanova u kojoj se provodi palijativna skrb.

Pojam hospicij je nastao u srednjem vijeku, a označavao je sklonište za putnike i hodočasnike. Naime, u to je vrijeme putovanje redovito sa sobom donosilo različite opasnosti, od mogućih bolesti do pljačke, ranjavanja i ubojstva, pa se pokazala potreba za osnivanjem takvih zgrada u kojima se pružala solidarna skrb onima kojima je zatrebala. Obično su takvi hospiciji bili smješteni uz samostane, a o putnicima su se brinuli redovnici.

Potom je hospicij, djelovanjem sv. Vinka Paulskog i njegovih sestara milosrdnica, postao gotovo institucionaliziran, odnosno taj je svetac potaknuo svoje sestre da odlaze u bolnice, ubožnice, sirotišta i

druga mjesta kako bi konkretnom brigom bili na pomoć umirućima.

Kasnije je jedna od sestara – sestra Mary Aikenhead – 1879. god. utemeljila u Dublinu Hospicij Naše Gospe, koji se još izravnije bavio problematikom umirućih, a tridesetak godina kasnije

utemeljen je još jedan hospicij u Londonu, te je s vremenom niknuo i svojevrsan hospicijski pokret. Tako je 1967. god. Cicely Sounders osnovala Hospicij svetog Kristofora u Londonu, a koji je već tada interdisciplinarno orijentiran i nastoji voditi brigu o svim potrebama bolesnika, kao i o njihovim obiteljima.

Za razvoj palijativne medicine u Hrvatskoj zaslužna je prof. dr. sc. Anica Jušić, ugledna hrvatska neurologinja, umirovljena profesorica Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, koja je pokrenula hospicijski pokret u Hrvatskoj, razvijala hospicijsku i palijativnu skrb, te se niz godina beskompromisno borila za njenu integraciju u nacionalni zdravstveni sustav.

U Hrvatskoj zakonski okviri za organizaciju palijativne skrbi stvoreni su u srpnju 2003. godine stupanjem na snagu novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Tim je Zakonom palijativna skrb navedena kao jedna od mjera zdravstvene zaštite, a kao djelatnost uvrštena je na primarnu razinu zdravstvene zaštite, te je utvrđeno da svaki dom zdravlja na teritoriju RH mora osigurati i ustanovu za palijativnu skrb odnosno dužan je osigurati palijativnu skrb svima kojima je ona potrebna. Također se otvaraju palijativni odjeli i „kreveti“, a velika je potreba za hospicijima.

U Hrvatskoj za sada imamo samo jedan hospicij “Marija Krucifiksa Kozulić” u Rijeci.

Vjerujemo kako zalaganjem svih nas Hrvatska može doseći europske standarde.



Anica Jušić

PRIPREMILA: Blaženka Horvat, bacc.med.techn.

Patronažna služba Dom zdravlja Zagreb-Istok

NEPRAVILNA PREHRANA I NJEZINI KOMORBIDITETI U OSOBA GERIJATRIJSKE DOBI

UVOD

Starenje uzrokuje brojne tjelesne i psihološke promjene koje mogu utjecati na nutritivne potrebe i nutritivni status. Prisutnost kroničnih bolesti i uzimanje lijekova mogu uzrokovati neravnotežu između potrebe za nutritivnim i prehranbenog unosa, što vodi nastanku malnutricije ili lošeg statusa uhranjenosti. Brojna istraživanja pokazuju da je malnutricija učestali problem među osobama starije dobi. Stoga redovita procjena nutritivnog statusa čini bitan dio zdravstvene skrbi za starije osobe. Energetske potrebe i potrebe za makronutrijentima se smanjuju, a potrebe za mikronutrijentima su jednake ili čak veće nego tijekom zrele dobi. Psihosocijalne i socioekonomske promjene koje prate starenje mogu utjecati na prehranbeni unos. Planiranje obroka važan je dio nutritivne njege osoba starije dobi.

Hrvatsko stanovništvo stari, a udio osoba starijih od 65 god. procjenjuje se na više od 17 %.

Proces starenja povezan je sa progresivnim slabljenjem funkcija niza organskih sustava u tijelu, što može utjecati na apsorpciju, transport, metabolizam i izlučivanje prehranbenih tvari. Gubitak okusa, mirisa, oslabljen vid te gubitak funkcionalnog statusa česti su u starijih osoba, a mogu uzrokovati smanjen unos hrane kao rezultat smanjenog apetita, slabog prepoznavanja hrane i nemogućnost samostalnog hranjenja. U starijih osoba može se razviti fiziološka i patološka anoreksija starije dobi što povećava rizik od malnutricije. Unatoč velikoj pojavnosti u starijih osoba, malnutricija izostaje kao dijagnoza i rijetko se liječi. Klinički i epidemiološki podaci pokazuju da pravilna prehrana ima važnu ulogu u očuvanju zdravlja te u snižavanju rizika od razvitka nekih kroničnih bolesti u poodmakloj životnoj dobi.

Vodeći zdravstveni problem koji se dovodi u vezu sa načinom prehrane su KVB, osteopenija, prijelomi kostiju, imunološki poremećaji, poremećaji bubrežne funkcije, neoplazme, kognitivni poremećaji i općenito poremećaj stanja uhranjenosti i tjelesne sposobnosti.

Tjelesna masa u starosti često poraste zbog porasta količine masnog tkiva, no u visokoj je dobi najčešće



smanjena. Proces starenja uzrokuje promjene u sastavu tijela uključujući smanjenje mišićne mase i povećanje masnog tkiva. Sarkopenija je specifično obilježje starije dobi, a podrazumijeva gubitak mase skeletnih mišića i rezultira smanjenjem mišićne snage.

Prije definiranja preporuka za prehranu osobe starije životne dobi treba učiniti procjenu njezina nutritivnog statusa na osnovu direktnih mjerenja stanja uhranjenosti antropometrijskom metodom koja je najdostupnija, a još se provode i kliničke i biokemijske metode. Antropometrija je važna u procjeni stanja uhranjenosti starije osobe jer na neinvazivan način daje informaciju o količini potkožnog masnog tkiva, i mišićnoj masi, te o promjenama tjelesnih dimenzija do kojih dolazi sa starenjem. Za procjenu stanja koristi se visina, težina, BMI, opseg nadlaktice i potkoljenice, koji ne bi smio biti ispod 31 cm. Najrašireniji za opću procjenu uhranjenosti je BMI, manji od 18,5 mršavost, pa do više od 40 kao treći stupanj prekomjerne tjelesne mase. Nutritivni status starije osobe može se procijeniti uz pomoć brzih metoda probira koje otkrivaju pothranjenost, potom ako je potrebno uključiti nutritivnu potporu. Ishod nutritivne potpore je prevencija i poboljšanje gubitka mentalne ili tjelesne funkcije, smanjenja broja komplikacija vezanih za bolest ili njezino liječenje,

skraćeno vrijeme liječenja i oporavka i smanjenje troškova. Sve osobe starije od 65 godina, trebale bi se podvrgnuti rutinskoj procjeni nutritivnog statusa jednom godišnje. Vrijeme koje je potrebno za provođenje procjene ne bi smjelo biti duže od 5 minuta. Inicijalni upitnik za probir ima 4 pitanja.

- da li je BMI manji od 20,5
- je li bolesnik u posljednja 3 mj. izgubio nenamjerno na TT
- primjećuje li bolesnik smanjen unos hrane u posljednjem tjednu
- je li bolesnik teško bolestan

Ako je jedan potvrđan odgovor, treba provesti finalni probir. Ukupan zbroj ako je 3, bolesnik je u nutritivnom riziku i kod njega je potrebno početi s nutritivnom potporom, ako je veći od 3, potrebno je svaki tjedan ponoviti probir. Ako bolesnik ima više od 70 god. doda mu se još 1 bod.

Najčešći deficiti mikronutritijenata koji prate oboljele starije osobe jesu nedostatak bjelancevina, željeza, cinka, selen, vitamina B i D. Gubitak tjelesne mase i anoreksija čest su i težak problem starijih osoba. Anoreksija i gubitak tjelesne mase, starije osobe čini podložnima pojavi malnutricije i kaheksije. Pothranjene starije osobe imaju veći rizik od smrtnosti, smanjene funkcije imunološkog sustava, podložnije su infekcijama, lomu bedrene kosti, anemiji, edemima..slabijem ishodu liječenja. Svi navedeni poremećaji popravljaju se s većim unosom bjelancevina do 1,5 g/kg, (15-20% ukupno unesene energije) i drži razumnim ciljem za starije osobe. Unos masnoća preporučuje se ograničiti na 30 % ukupnog energetskeg unosa ili manje, ukoliko se unos masti ograniči na 20% i manje ukupnog dnevnog unosa, može negativno utjecati na kvalitetu prehrane. Dnevni unos U.H. iznosi 55-60 %. Budući da se podno-

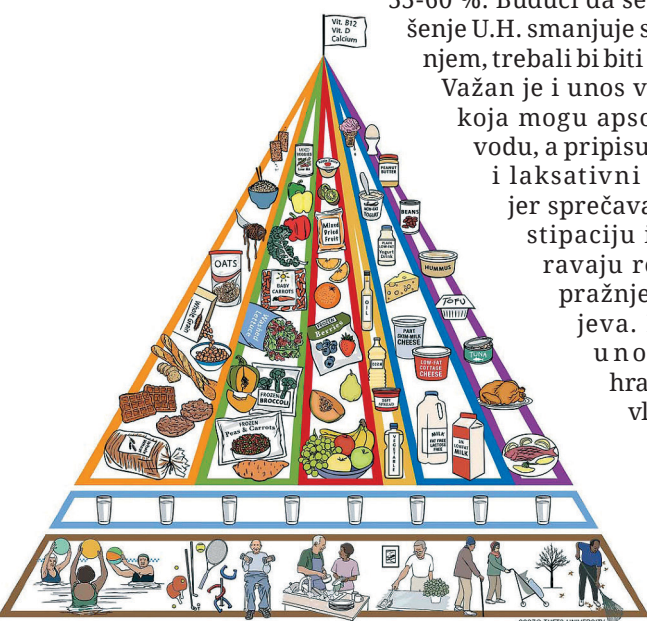
šenje U.H. smanjuje sa starenjem, trebali bi biti složeni.

Važan je i unos vlakana, koja mogu apsorbirati vodu, a pripisuje im se i laksativni učinak jer sprečavaju konstipaciju i osiguravaju redovito pražnjenje crijeva. Dnevni unos prehrambenih vlakana u

muškaraca starijih od 70 godina iznosi 50% preporučenog unosa, a u žena iznad 70 godina 65 % preporučenog unosa. Prema općim preporukama dnevni unos tekućine trebao bi iznositi oko 30 ml tekućine po kg TT. I pothranjenim osobama važno je osigurati dnevni unos bar 1500 ml tekućine na dan, osim kada je to kontraindicirano. Dehidracija i neravnoteža elektrolita može pridonijeti nekim poremećajima koje je teško dijagnosticirati. Zbog neadekvatnog unosa hrane, gerijatrijska je populacija izložena riziku od nedostatka mikronutritijenata tj. nedostatku vitamina i minerala. Stav je da zdrave starije osobe koje u svakodnevnoj prehrani jedu raznovrsne namirnice i nemaju dokazani nedostatak minerala i vitamina ne trebaju redovito uzimati vitaminsko-mineralne dodatke prehrani. Danas je poznat povoljan učinak omega 3 masnih kiselina, na smanjenje triglicerida u krvi, smanjenje incidencije infarkta miokarda, moždanog udara, ublažavanje simptoma Alzheimerove bolesti ili usporavanje razvitka iste. Vitamini B skupine smanjuju rizik od nastanka KVB u kombinaciji sa folnom kiselinom, te rizik od moždanog udara, depresije ili makularne degeneracije. Do 50% starijih osoba ima nedostatak vitamina D, zbog ne izlaganja suncu, stanjene kože, te zbog smanjenog unosa mesa, mlijeka i mliječnih proizvoda. Koštana masa se sa godinama smanjuje a rizik od osteoporoze i lomova kostiju raste. Oralni unos 700-800 IU vitamina D na dan dovoljan je za smanjenje rizika od loma kosti.

Vitamin C, selen, cink imaju značajnu ulogu u procesu cijeljenja rana, a ARGININ, esencijalna aminokiselina u kombinaciji sa ranije navedenim mikronutritijentima, bolesnicima koji su skloni nastanku dekubitusa ili ga već imaju mogu prevenirati nastanak ove komplikacije ili utjecati na brže cijeljenje.

Važno je obratiti pažnju i na dnevni unos soli. Preporučena dnevna količina je 5 g. Sol je prirodno prisutna u hrani, ali joj se dodaje radi poboljšanja okusa i konzerviranja. Kod prekomjernog unosa soli opterećuju se bubrezi koji ne mogu izlučiti natrij preko urina, te on završava u krvotoku. Uslijed toga se povećava količina vode u krvi, što dovodi do povećanja krvnog tlaka što je opet rizik za nastanak KVB, moždanog udara, edema, osteoporoze ili raka želuca. Unos soli može se smanjiti ograničavanjem konzumacije hrane s većom količinom soli, to je obično industrijska hrana, grickalice, suhomesnati proizvodi, kruh, sirevi, konzervirana hrana. Izbjegavanjem dosoljavanja hrane prilikom objeda. Kao začini preporučuje se korištenje začinskog bilja poput češnjak, origana ili zamjena za sol, npr. kalijev klorid ili magnezijev klorid. Hrvatska nacionalna kampanja za smanjenje unosa soli inicirana je 2006. godine od strane Hrvatskog društva za hipertenziju.



Modified MyPyramid for Older Adults

Kod planiranja dnevnih obroka u starijih osoba važna je procjena zdravstvenog stanja i tjelesne aktivnosti, osigurati dovoljan unos tekućine (7-8dl), dovoljan unos energije putem pravilno raspoređenih obroka kroz dan, sa najmanje tri međuobroka, što uključuje lako probavljivu hranu, voće, proizvode na bazi voća, kašice.

Oralno zdravlje, osobito dio koji je povezan s djelomičnim gubitkom većeg broja zubi ili potpunom bezubošću u direktnoj je korelaciji s pothranjenošću starijih osoba.

Disfagija je također jedan od rizika za pojavu pothranjenosti u gerijatrijskih osoba. Uzroci disfagije mogu biti neurološkog ili strukturnog podrijetla. Razne neurološke bolesti i ozljede mogu utjecati na neurološku kontrolu gutanja kao moždani udar, MS, Parkinsonova bolest, ozljede mozga... Nutritivna terapija kao prevencija pothranjenosti sastoji od primjene zgusnute hrane i hrane u obliku pirea. Kad je riječ o viskoznosti, većina pacijenata pokazuje teškoće pri kontroli gutanja tekućine.

KOMORBIDITETI

I. ANOREKSIJA

- deficit kalorijskog unosa koji dovodi do gubitka mišićne mase

II. SARKOPENIJA

- gubitak mišićnog tkiva, što dovodi do smanjenja funkcionalnosti
- mjerenje mišićne mase - masa (CT, MR, DXA)
- snaga- jačina stiska ruke
- funkcija - ustajanje, brzina hoda, hod po stepenicama

III. KAHEKSIJA

- sumira anoreksiju i sarkopeniju što dovodi do gubitka i masnog i mišićnog tkiva

IV. GOJAZNOST - PRETILOST

- prekomjerno nakupljanje masnog tkiva u organizmu iako mu nije uzrok neka endokrina bolest
- gojaznost je stanje kada je TT, 10 % viša iznad idealne

npr. TV u cm - 100 cm

- 10% ž

- 7% m = aproksimativna IT

- najčešći uzroci debljine su loše navike u uživanju velike količine hrane, povećan apetit kod endokrinih bolesti, utjeha u hrani zbog
- neuspjeha na poslu, nesretne ili neuzvraćene ljubavi, neuspjeha u braku, smanjene fizičke aktivnosti ili genetike.
- izaziva promjene na srcu, krvnim žilama, mozgu, aterosklerozi DM, hipertenziju, lipoproteinemiju, opterećenje zglobova.

V. DEKUBITUS - TLAČNI VRIJED

- javlja se na mjestima najvećeg pritiska na kožu tj. na mjestima nekontrolirane kompresije mekih tkiva između kosti i podloge
- javlja se zbog slabljenja cirkulacije i slabijeg dotoka hranjivih tvari
- vanjski čimbenici također pospješuju nastanak dekubitusa npr. neudoban krevet, nečista i vlažna koža, nabori i grubost tkanine, plahtetrajni kateter, trahealni tubus, NGS
- unutarnji čimbenici; poremećaj metabolizma i prehrane - pothranjenost, pretilost
- kronične i terminalne bolesti
- smetnje cirkulacije
- klasifikacija po BRADEN-u, I-IV stupanj

ZAKLJUČAK

U BOLESNIKA KOJI SU POTHRANJENI ILI IMAJU RIZIK OD NASTANKA MALNUTRICIJE I SARKOPENIJE UPOTREBA ORALNO PRIMIJENJENIH OBROKA/PRIPRAVAKA POVEĆAVA UNOS ENERGIJE, BJELANČEVINA I MIKRONUTRITIJENATA, ODRŽAVA I POBOLJŠAVA NUTRITIVNI STATUS TE POBOLJŠAVA PREŽIVLJENE.

LITERATURA

1. Tomek-Roksandić, Spomenka; Lukić, Marica; Deucht, Ana; Županić, Mara; Ljubičić, Mate; Šimunec, Dragica; Vračan, Stela; Šepce, Slavica; Blažeković Milaković, Sanja; Tomasović Mrčela, Nada; Vučevac, Vlasta; Garić, Slavica; Pavković, Franica; Katić, Milica. Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe. Zagreb: Centar za gerontologiju Zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar", 2011 (priručnik).
2. Vranešić-Bender Darija; Krznarić Željko; Reiner Željko; Tomek-Roksandić; Spomenka, Duraković Zijad; Kaić-Rak Antoinette; Smolej-narančić Nina; Bošnjir Jasna; Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi 1. Dio, Liječnički vjesnik 2011.
3. Krznarić Željko; Vranešić-Bender Darija; Hančević Janko; Tomek-Roksandić Spomenka; Prevencija dekubitusa u gerijatriji primjenom pravilne prehrane za starije, Zagreb, Centar za gerontologiju Zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar",
4. Mojsović i suradnici, sestrinstvo u zajednici, Zagreb, „Zdravstveno veleučilište“, 2006

PRIPREMILA: Ireneja Jurković bacc. med. tech

Centar za zaštitu mentalnog zdravlja Dom zdravlja Zagreb-Zapad

POSTUPCI MEDICINSKE SESTRE KOD ŽENA SA POSLIJEPOROĐAJNIM PSIHIČKIM POREMEĆAJEM

UVOD

Rađanje djeteta može biti jedan od najvećih događaja u životu, te nosi sa sobom niz uzbuđenja i radosti, ali isto tako zahtijeva i novi način života koji je ponekad stresan. Mnoge psihičke i fizičke promjene se događaju tijekom trudnoće i samog poroda. Te promjene mogu doprinijeti razvoju poslije-porođajnih psihičkih poremećaja. Suvremeni pristup zaštiti duševnog zdravlja, kao i relevantne stručne organizacije (1.), preporučuju prevenciju, rano otkrivanje i intervenciju, usmjeravanje na liječenje na razini primarne zdravstvene zaštite, pojačanu skrb u zajednici te pojačanu skrb za

vulnerabilne skupine stanovništva. Prevencija poslijeporođajnih psihičkih poremećaja može se usmjeriti na žene koje su pod rizikom od psihičke bolesti tijekom trudnoće i ranog puerperija. Preventivne strategije uključuju niz praktičnih aktivnosti, kako da si žena sama pomogne, ali i dobije pomoć nakon poroda, posebice glede brige o djetetu, primjene relaksacijskih tehnika i sudjelovanja u suportivnoj grupi. Žene koje sudjeluju u provođenju preventivnih aktivnosti, imaju bolji emocionalni status u razdoblju nakon poroda. Unatoč tomu što neke studije nisu potvrdile estrogensku hipotezu nastanka poslijeporođajne depresije, postoje razmišljanja i o estrogenskoj profilaktičkoj terapiji poslijeporođajne depresije.

U periodu babinja, razdoblja nakon poroda, postoji povećan rizik od razvoja psihičkih poremećaja. Programom rane intervencije u liječenju poslijeporodne depresije i psihoze postojeće službe sustava zdravstvene zaštite integriranim pristupom doprinose očuvanju dobrog mentalnog zdravlja obitelji što predstavlja jedan od osnovnih uvjeta očuvanja zdravlja lokalne zajednice.

POSILIJEPOROĐAJNA TUGA

„BABY BLUES“

„Baby blues“ je blagi oblik sniženog raspoloženja, javlja se kod gotovo 80% žena, obično u prvom tjednu nakon poroda i traje od nekoliko dana do 2 tjedna (25).

Ne predstavlja ozbiljnu opasnost, osim u smislu povećanog rizika da se poslije nje razvije poslijeporodna depresija. U razdobljima poslijeporodne tuge, osim tužnog raspoloženja, žena može biti tjeskobna, razdražljiva, plakati bez vidljivog razloga, imati problema sa spavanjem i koncentracijom. Najvažnija razlika, osim u težini i trajanju smetnji, jest da poslijeporodna tuga ne umanjuje ženinu sposobnost da se brine za dijete, dok je kod poslijeporodne depresije ta sposobnost bitno umanjena.





POSILIJEPOROĐAJNA DEPRESIJA

Poslijeporođajna depresija je oblik velike depresivne epizode koja se najčešće javlja unutar 6-12 tjedana nakon poroda kod 10 % majki. Često ostaje neprepoznata, a samo 20 % žena traži liječničku pomoć (25).

Ključni simptomi su:

- depresivno (sniženo) raspoloženje
- gubitak interesa

Ostali simptomi mogu biti:

- smanjena ili pojačana psihomotorna aktivnost (u ekstremima od nepomičnog ležanja u krevetu do hiperaktiviteta i nemogućnosti smirivanja)
- pretjerano spavanje ili nesanica (nevezano uz djetetove potrebe)
- promjene apetita
- pretjerani umor
- somatske smetnje, npr. pritisak u prsištu, bolovi u želucu, glavobolja..
- smetnje koncentracije i suočavanja sa svakodnevnim problemima
- gubitak samopouzdanja, tjeskoba, razdražljivost, ponekad i opsesivnost, strah do razine panike
- osjećaj krivnje, nemoći, beznađa
- povlačenje i izbjegavanje komunikacije s obitelji i prijateljima
- osjećaj nepostojanja ljubavi prema djetetu ili pretjerana zabrinutost za djetetovo zdravlje i dobrobit
- negativne misli o djetetu i strah da mu se ne naudi
- suicidalna promišljanja

Bez obzira na količinu „ostalih“ simptoma dijagnoza se ne postavlja ukoliko nije prisutan barem jedan ključni simptom. Poremećaj je važno liječiti jer ne utječe samo na osobni život i zdravlje žene, nego i na rani razvoj djeteta, obiteljski život i društvene odnose.

Jedan od parametara procjene ozbiljnosti depresije je trajanje epizode. Kod otprilike polovice žena trajanje epizode je između 4 i 8 tjedana. Watson i suradnici ustanovili su da jedna četvrtina žena s depresijom ima trajanje epizode 3 mjeseca i dulje, dok druga četvrtina ima depresivnu epizodu što traje 6 i više mjeseci. Nekoliko kasnijih britanskih studija potvrdilo je ove rezultate.

Dvije kontrolirane kliničke studije, pokazuju kako je trajanje depresivne epizode podjednako kod žena nakon poroda u usporedbi sa ženama nerotkinjama. Zaključno se može utvrditi da se što se tiče trajanja, epizoda poslijeporođajne depresije ne razlikuje značajno od trajanja depresivne epizode kod opće populacije.

Kod žena koje boluju od poslijeporođajne depresije visok je rizik javljanja nove depresivne epizode. Istraživanja ovog područja su prilično jednoznačna. Naime, žene koje su bolovale od poslijeporođajne depresije, u usporedbi sa ženama koje nisu imale poslijeporođajnu depresiju, imaju povećan rizik javljanja nove depresivne epizode kroz period od 5 godina (Cooper&Murray, Ghodsian, Wolkind, Robson, O'Hara).

Ispitivanje Philippsa i O'Hare, pokazuje da 80% (8/10) žena što su imale poslijeporođajnu depresiju, kroz period promatranja od 4 i pol godine doživi novu epizodu (veliku ili malu depresivnu epizodu), u usporedbi s 42% (25/60) žena koje nisu imale poslijeporođajnu depresiju, a kroz isti period promatranja imaju depresivnu epizodu (2,24).

Cooper i Murray su proveli ispitivanje prvorotki kojima je epizoda poslijeporođajne depresije bila prva depresivna epizoda u životu. Ustanovili su kako je trajanje epizode poslijeporođajne depresije kod tih žena kraće nego prosječno trajanje depresivne epizode, imale su manji rizik javljanja novih depresivnih epizoda, kako u poslijeporođajnom periodu tako i u ostalim životnim razdobljima - kontrolna skupina bile su žene koje su prije post partalne depresije imale neku depresivnu epizodu u životu.

U cjelini gledano, epizoda poslijeporođajne depresije rizični je čimbenik za nove depresivne epizode tijekom života i zahtijeva ozbiljno liječenje, jer uz element patnje kod majke, depresija ima direktne implikacije i na rani razvoj djeteta što ukazuje koliko je bitno pravovremeno dijagnosticiranje i liječenje ove bolesti.

Liječenje se temelji na općim načelima liječenja depresivnih poremećaja koji uključuju specifičnu prilagodbu kontekstu u kojemu se nalazi pacijentica.

Psihoterapija je jedna od najstarijih metoda liječenja psihijatrijskih bolesnika. Predstavlja psihološku metodu liječenja psihičkih poremećaja, provodi se planski sa jasno definiranim ciljem. Primjenjuju se raznovrsne tehnike, od suportivnih pa do interpersonalnih, kognitivno-emocionalno-bihevioralnih, a rjeđe i psihoanalitičke tehnike. Nužno je da terapeut uspostavi kvalitetan terapijski odnos sa ženom koju liječi, kako bi se psihoterapijski postupak mogao uspješno odvijati. Jedna kanadska studija ispitala je utjecaj socijalnih suportivnih grupa na žene s poslijeporođajnom depresijom – ustanovljeno je da što se tiče simptoma depresije nije bilo značajnog poboljšanja, no postignut je bitan pomak u interakciji majka-dijete (29).

U liječenju se primjenjuje i farmakoterapija. Što se tiče primjene anksiolitika (lijekovi za smirivanje napetosti) i antidepresiva (lijekovi za podizanje

raspoloženja) treba biti oprezan, jer unatoč tome što je neosporna djelotvornost ovih lijekova, treba upozoriti žene da se lijek izlučuje u majčinom mlijeku iako je taj postotak niži od gornje granice za kontraindikaciju. Kod većine lijekova iz ovih skupina iznosi 3-4% dok granicom općenito smatramo 10% prisutnosti u mlijeku. Stoga je u odluci – nastaviti dojenje ili ne? - izuzetno važna konzultacija pacijentice i liječnika. Ako se dojenje nastavlja preporučuje se uzimanje lijeka koji se brzo razgrađuje kao što su alprazolam (anksiolitik) i maprotilin (antidepresiv).

U Velikoj Britaniji postoje specijalne kliničke jedinice za hospitalizaciju žena koje u babinju razviju psihičke smetnje. U posebno uređenim sobama, žene mogu boraviti pod nadzorom sa svojom djecom kako zbog bolesti ne bi bio narušen odnos majka-novorodjenče (28).

POSILIJEPOROĐAJNA PSIHOZA

Poslijeporodna psihoza javlja se u otprilike 1-3 slučajeva na 1000 roditelja, najčešće u prvih 2-4 tjedna nakon poroda. U 2/3 slučajeva nakon godine dana slijedi druga epizoda osnovnog poremećaja (25,26,27.).

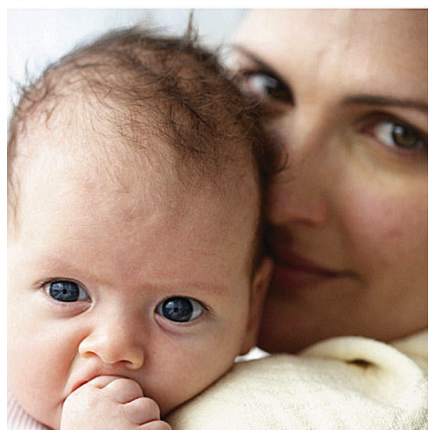
Početak je obično nagao, prvi simptomi su nespecifični (nemir, nesanica, plačljivost, pretjerani umor).

Tipični simptomi uključuju:

- sumnjičavost i nepovjerenje
- konfuziju, smeteni govor, dezorganizirano ponašanje, depersonalizaciju
- labilnost afekta
- deluzije (*sumanutosti, pogrešna uvjerenja*)
- halucinacije (*obmane osjetila, npr. glasovi koji mogu pacijentici govoriti da ubije svoje dijete - 4% počinjenih infanticida ili sebe - 5 % suicida*)

Ovaj poremećaj zahtijeva neodložno liječenje!

Postpartum Depression COMMON SYMPTOMS



Changes in
sleep patterns



Anger/Rage



Weepiness
or sadness



Difficulty
concentrating



Change
in appetite



Anxiety



Neliječena psihijatrijska bolest često predstavlja veću opasnost za majku i dijete od uzimanja lijeka. U liječenju psihoze najčešće se primjenjuju antipsihotici, te preporučuje prestanak dojenja.

Zanimljivo je da postoje slučajevi kada očevi novorođene djece pokazuju psihotične smetnje po rođenju djeteta, takvi muškarci obično imaju od ranije izražen rizik psihičkog obolijevanja koje se potencira stresom novonastalog roditeljstva.

ZDRAVSTVENA NJEGA ŽENA SA POSILIJEPOROĐAJNIM PSIHIČKIM POREMEĆAJIMA

Zdravstvena njega je pojam šireg značenja od njege bolesnika. Dok je njega bolesnika skup vještina usmjerenih zadovoljavanju fizioloških potreba bolesnika, zdravstvena njega može se definirati kao primjena znanosti i umijeća koja se bavi praksom, istraživanjem i teorijom. Prvi susret s bolesnikom može biti od velikog značaja za kasniji tijek liječenja. Zato ga treba ljubazno pozdraviti i predstaviti mu se, te ga zamoliti da nam se predstavi. Razgovor treba voditi s ciljem boljeg međusobnog upoznavanja, stvaranja ozračja opuštenosti, povjerenja, iskrenosti i empatije, tako da doživi da ga razumijemo i da mu želimo pomoći. Zatim prelazimo na strukturirani intervju kako bismo mogli postaviti sestrinsku dijagnozu, odnosno odrediti psihičko stanje bolesnika.

POSTUPCI MEDICINSKE SESTRE KOD ŽENA SA POSILIJEPOROĐAJNIM PSIHIČKIM POREMEĆAJIMA

Odnos s majkom i okruženje u kojem se taj odnos odvija imaju najveći utjecaj na razvojni ishod djeteta. Majke s psihičkim poremećajem mogu biti emocionalno nedostupne i ne reagirati na potrebe djeteta. Kod djece čije su majke imale poslijeporođajnu depresiju 2-5 puta je veći rizik pojave dugoročnih poremećaja ponašanja. Stoga se uz liječenje osnovnog poremećaja majke preporučuje i savjetovanje na području roditeljskih vještina, kao i praćenje rane interakcije.

Važna zadaća medicinske sestre jest:

- Posumnjati u postojanje smetnji
- Psihoedukacija (upoznavanje s činjenicom da je poremećaj najčešće izlječiv, da čak i u slučaju uzimanja lijekova ne mora biti nužno prekinuti dojenje, ohrabriti ženu da potraži liječničku pomoć)
- Ne primjenjivati strog, autoritativan pristup, čest kod medicinskih djelatnika
- Podrška pacijentici
- Podrška i usmjeravanje obitelji
- Održavanje kontakta (od obične povratne informacije do aktivnog vođenja slučaja)

U psihološkom i drugim oblicima savjetovanja provodi se rana razvojna procjena kojom dobivamo informacije o:

- osjetljivosti roditelja na djetetove signale
- odgovorljivosti djeteta na roditeljsku pažnju (smirivanje, reakcija na glas i dodir)
- usklađenosti njihovih reakcija
- kapacitetu roditelja u brizi za dojenčce – kvaliteta njihove interakcije (uspostavljanje dnevnih rutina i primjerena komunikacija)
- ophođenju prema djetetu (nadimci, usputni komentari)
- neverbalnoj komunikaciji (izraz lica, dodir)
- što roditelji govore o djetetu i kako mu se obraćaju

Primjenjuje se i analiza video snimke („video feedback“) interakcije dojenčeta i roditelja koja omogućuje:

- usmjeravanje na teže razumljive znakove dojenčeta,
- podučavanje u zapažanju,
- osvještavanje (ne)adekvatnih komunikacijskih obrazaca i osnaživanje roditeljskog povjerenja u vlastite sposobnosti

Procjenjujemo:

- izgled, držanje i ponašanje pacijenta; treba utvrditi da li je ponašanje povezano s normalnom ili promijenjenom sviješću, svrsishodno ili dezorganizirano i besciljno, predvidivo ili impulzivno, ekstravagantno ili prihvaćeno od drugih, poticano od drugih ili je vođeno vlastitom motivacijom, je li hiperaktivno, agitirano, normoaktivno ili hipoaktivno
- verbalnu komunikaciju, tj. brzinu govora, intonaciju, ritam, rječitost, jakost glasa, neobične obrasce i bizarne sadržaje, postoji li mutizam, afazija, igre riječi, rimovanje, perseveracija.
- neverbalnu komunikaciju; geste, mimiku lica (uobičajena ili oskudna), pogled, da li izbjegava ili gleda u sugovornika, kretnje glave.
- stanje svijesti, pažnje, mišljenja, pamćenja; kako se kontakt uspostavlja, daje li adekvatne podatke o sebi i drugima, je li orijentirana, pitati o postojanju obmana osjetila, pratiti spontano ponašanje pacijenta.
- raspoloženja i voljnjih funkcija
- postoji li agravacija (preuveličavanje), simulacija (prikazivanje lažnih simptoma), ili disimulacija (pokrivanje simptoma)
- tjelesno stanje
- socijalni status



INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE KOD ŽENA SA POSLIJEPOROĐAJNIM PSIHIČKIM POREMEĆAJIMA

- Provođenje zdravstvene njege
- Primjena ordinirane terapije
- Davanje informacija, treba nuditi nadu, poticati ženu da se bori i aktivno sudjeluje u liječenju, bez praznih obećanja i lažne nade ali i grubosti istine (treba ju reći ali na primjeren način); naš posao nije predviđati ishod bolesti nego se boriti za zdravlje i kvalitetniji život.
- Socijalizacija; medicinska sestra treba biti osposobljena sudjelovati u socijalnim i društvenim aktivnostima (društvenim igrama, organiziranju slobodnih aktivnosti, izleta) kako bi se pacijenti relaksirali i razvijali povjerenje u socijalni milje.
- Zaštita, u slučaju kada pacijent predstavlja opasnost po sebe i okolinu (suicidalni, agresivni, delirantni, sumračne svijesti); vanbolničke sestre pozivaju liječnika i hitne službe; bolničke sestre k tome sudjeluju u fiksaciji, ne za kaznu, već za pomoć, te borave uz fiksiranog bolesnika.
- Opservacija i prikupljanje informacija; obratiti pažnju na fizičko stanje, higijenu, tlak, puls, temperaturu, disanje, boju kože, fiziološke funkcije, higijenu, suradljivost, pokretljivost (dok spava, pri ustajanju, u vrijeme podjele lijekova, u vrijeme objeda, aktivnosti, u vrijeme posjeta).
- Komunikacija; poruka treba biti direktna, otvorena, pravovremena i jasna; treba izbjegavati dvostruke poruke, usmjeriti se na jednu stvar u određenom trenutku, činiti jasnu razliku između činjenica koje se uviđaju i naših stavova, biti jasan u željama i emocijama; poruka treba biti istinita, i podržavajuća.
- Slušanje; aktivno slušanje; slušanje s empatijom, otvorenost, svjesno slušanje
- Stvaranje terapijskog odnosa; terapijski odnos sestra-bolesnik može imati povoljan učinak, odnosno biti u funkciji liječenja bolesnika, a ako nije tako onda se negativno odražava pa ga zovemo antiterapijskim procesom, ili je neutralan kada nema nikakvog rezultata. Terapijski odnos se gradi kroz terapijske komunikacije s pacijentom, ali i s drugim članovima tima (liječnici, socijalni djelatnici, psiholozi, medicinske sestre i dr.), obitelji i prijateljima bolesnika. Označen je nekim načelima kao što su:
 1. Empatija i simpatija. sposobnost razumijevanja tuđe emocije, uz pozitivnu naklonjenost toj osobi (biti na raspolaganju bolesniku, imati dovoljno vremena baviti se njime, steći povjerenje, bliskost i doživljaj sigurnosti)
 2. Suradnja: izbjegavati ovisnost pacijenta, težiti njegovom osamostaljivanju.
 3. Profesionalnost: ne smije se dozvoliti da se naši problemi prelamaju preko bolesnika, već se ponašati prema stručnim i znanstvenim načelima svoga posla, držati se termina i obaveza, poštovati tuđa prava, kulturno se odnositi, kontrolirati svoje reakcije, racionalno se ponašati kad pacijentica pokazuje kritiku, ljubav, divljenje ili mržnju.
 4. Individualni pristup (svatko ima svoju posebnost).
 5. Polaziti iz pozitivne egzistencijalne pozicije (Ja sam OK, ti si OK).
 6. Etika. Usmjeriti se na dobrobit bolesnika
- Komunikacija je zapravo razmjena poruka. Treba paziti da one ne budu parcijalne, kontaminirane, etiketirajuće, sarkastične, negativne usporedbe, optužujuće, prijeteće ili ucjenjujuće. Komunikacija zadovoljava i neke potrebe, kao što su potreba za stimulacijom, za kontaktom, pripadanjem i ljubavlju, za priznanjem, za sigurnošću, za strukturiranjem i osmišljavanjem vremena, za moći, za slobodom, za samoaktualizacijom. Primjeri problema koji blokiraju komunikacije: proturječje, kritiziranje, moraliziranje, ismijavanje i postidjivanje, držanje lekcije, prijetnja.
- Savjetovanje: cilj savjetovanja je ohrabriti ženu da sama donosi vlastite odluke i pronalazi rješenja, izbjegavati davati gotove upute. Potrebno je raščlaniti problem, uočiti moguća rješenja i odluku
- Sugestija i persuazija (nagovaranje): sugestijom potaknuti kreativnost, npr. pri sociookupacionim tehnikama, nagovarati da se pojedje obrok, uzme lijek, dođe na sastanak terapijske zajednice (mirno, strpljivo, uporno i odmjereno, blago, popustljivo i nježno)

- Vođenje male grupe, sestra treba biti osposobljena voditi malu grupu usmjerenu na određeni zadatak, cilj, koji se postavi na početku rada grupe, ugovorom i konsenzusom svih članova grupe.

POSTUPCI MEDICINSKE SESTRE U AKTIVNOM VOĐENJU SLUČAJA (engl. case management-a)

Osnovna ideja aktivnog vođenja slučaja jest odrediti medicinsku sestru koja će biti odgovorna za pacijenta i činiti sve što je potrebno – od izravnog osiguravanja potrebnih usluga do koordinacije istih kroz često fragmentiran sustav zdravstvene i drugih oblika zaštite na području mentalnog zdravlja.

Slučajevi u kojima najčešće primjenjujemo aktivno vođenje slučaja:

- teži psihički poremećaji nakon bolničkog liječenja, žene po otpustu iz bolnice često izgube kontakt sa zdravstvenom službom što može dovesti do povećanog broja hospitalizacija i produženog boravka u bolnicama, a može se spriječiti dodjeljivanjem osobe odgovorne za nadzor nad daljnjom skrbi za pacijenta
- psihičke smetnje kod kojih je potrebno uključiti obitelj i druge ustanove u zajednici u postupke liječenja
- psihičke smetnje kod kojih je potrebno primijeniti brojnije dijagnostičke metode ili kontakte sa službama izvan sustava zdravstvene zaštite.

ZAKLJUČAK

U periodu babinja, razdoblja nakon poroda, postoji povećan rizik od razvoja psihičkih poremećaja. Medicinska sestra ima značajnu ulogu u stalnoj procjeni stanja roditelja i njezinim promjenama. Međusobna komunikacija unutar tima kao i sa ostalim službama poput patronažne djelatnosti od velikog su značaja. Programom rane intervencije u liječenju poslijeporodne depresije i psihoze postojeće službe sustava zdravstvene zaštite integriranim pristupom doprinose očuvanju dobrog mentalnog zdravlja obitelji što predstavlja jedan od osnovnih uvjeta očuvanja zdravlja lokalne zajednice.

LITERATURA

1. Svjetska zdravstvena organizacija. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Deseta revizija. Zagreb: Medicinska naklada, 1999.
2. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA i sur. Prospective study of postpartum blues. Arch Gen Psych. 1991; 48: 801-6.
3. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, Zagreb 1995.
4. Zorka Mojsović i suradnici, Sestrinstvo u zajednici, Zdravstveno Veleučilište, Zagreb, 2007.
5. Biserka Sedić, Zdravstvena njege psihijatrijskih bolesnika, Priručnik za studij sestrinstva, Zdravstveno Veleučilište, Zagreb, 2007.
6. Miro Jakovljević, Psihijatrija za studente stručnih zdravstvenih studija, A.G. Matoš-Samobor 1995.
7. Vesna Turuk, Zdravstvena njege majke i novorođenčeta, nastavni tekstovi, Zdravstveno Veleučilište Studij sestrinstva, Zagreb
8. Mahon PB, Payne JL, MacKinnon DF i sur. Genome-wide linkage and follow-up association study of postpartum mood symptoms. AM J Psychiatry. 2009; 166 (11): 1229-37.
9. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Sistac C, Michaud C, Roge B. Detection, prevention and treatment of postpartum depression: a controlled study of 859 patients. Encephale 2002;28(1):65-70
10. Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry 1987;150:782
11. Stuart, S., O'Hara, M.W. Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy /Letter/. Archives of General Psychiatry 1995; 52: 75-6.
12. Hendrick V, Fukuchi A, Altshuler L, Widawski M, Wertheimer A, Brunhuber MV. Use of sertraline, paroxetine and fluvoxamine by nursing women. Br J Psychiatry. 2001; 179: 163-166.
13. Wisner KL, Perel JM, Blumer J. Serum sertraline and N-desmethysertraline levels in breast-feeding mother-infant pairs. Am J Psychiatry. 1998; 155: 690-692.
14. Stowe ZN, Owens MJ, Landry JC i sur. Sertraline and N-desmethysertraline in human breast milk and nursing infants. Am J Psychiatry. 1997; 154: 1255-1260.
15. Epperson N, Czarkowski KA, Ward -O'Brien D i sur. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pairs. Am J Psychiatry. 2001; 158: 1631-1637.
16. Stowe ZN, Cohen LS, Hostetter A, Ritchie JC, Owens MJ, Nemeroff CB. Paroxetine in human breast milk and nursing infants. Am J Psychiatry 2000; 157: 185-189.
17. Misri S, Kim J, Riggs KW, Kostaras X. Paroxetine levels in postpartum depressed women, breast milk, and infant serum. J Clin Psychiatry. 2000; 61: 828-832.
18. Piontek CM, Wisner KL, Perel JM, Peindl KS. Serum fluvoxamine levels in breastfed infants. J Clin Psychiatry. 2001; 62: 111-113.
19. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S i sur. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evidence Report/Technology Assessment No. 119. AHQR Publication No.05-E006-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, February, 2005.
20. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. Br J Psychiatry. 1993; 163: 27-31.
21. Freeman MP, Wright R, Watchman M i sur. Postpartum depression assessments at well-baby visits: screening feasibility, prevalence, and risk factors. J Womens Health. 2005; 14: 929-35.
22. Wickberg B, Hwang CP. Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. Acta Psychiatr Scand. 1997; 95:62-6.
23. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Sistac C, Michaud C, Roge B. Detection, prevention and treatment of postpartum depression: a controlled study of 859 patients. Encephale 2002;28(1):65-70
24. Stuart, S., O'Hara, M.W. Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy /Letter/. Archives of General Psychiatry 1995; 52: 75-6.
25. Elizabeta Radonić i suradnici, Priručnik za sudjelovanje u programu rane intervencije, Centar mentalnog zdravlja, Zagreb, 2009-2011.

PRIPREMILA: Ivana Šuljak, magistra sestrinstva

DOM ZDRAVLJA KNIN

Dom zdravlja Knin, je zdravstvena ustanova osnovana 28. rujna 1995. godine kad se bivši Medicinski centar Knin podijelio na dvije zdravstvene ustanove – Dom zdravlja Knin i Opću bolnicu Knin.

Osnivač Doma zdravlja Knin je Šibensko – kninska županija. Dom zdravlja Knin je registriran za obavljanje zdravstvenih djelatnosti sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti na primarnoj i sekundarnoj razini i to kroz djelatnosti:

- obiteljske (opće) medicine,
- dentalne zdravstvene zaštite,
- zdravstvene zaštite žena,
- zdravstvene zaštite predškolske djece,
- patronažne zdravstvene zaštite,
- sanitetskog prijevoza,
- medicine rada,
- palijativne skrbi bolesnika,
- zdravstvene njege u kući bolesnika,
- ortodoncije

Svojom djelatnošću pokriva područje grada Knina i općina Ervenik, Kistanje, Kijevo, Civljane i Biskupija, prostorne veličine 1083 km².

Zdravstvena djelatnost se obavlja u centralnoj zgradi Doma zdravlja u Kninu, Nelipićeva 1, te područnim ambulantama, od kojih je u ambulanti Kistanje stalan tim obiteljske medicine i dentalne medicine, a u područnim ambulantama u Kijevu, Plavnu, Strmici, Mokrom Polju, Erveniku i Đevrskama se odlazi po ustaljenom rasporedu mjerodavnog tima primarne zdravstvene zaštite. Zdravstvenu zaštitu provode zaposlenici ustanove i koncesionari.

U vremenu od 1995. g. do kraja 2003. g. sva djelatnost se obavljala u prostoru koji je u vlasništvu grada Knina. Uz pomoć Ministarstva zdravstva i Šibensko – kninske županije obnavlja se zgrada stare bolnice te na Božić 2003.g. Dom zdravlja Knin useljava u novi prostor.

Od ukupnog broja zaposlenika koji se kreće oko 60 od 62, ovisno o zamjenama, medicinskih sestara različitih razina obrazovanja je ukupno 30.

Upočetku, u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti radila je jedna, tada viša medicinska sestra, a danas ih radi pet, sve s titulom prvostupnice sestrinstva. Svaka patronažna sestra ima svoje vozilo za korištenje, svoj kompjuter i ostali potrebni materijal za rad.

Djelatnost zdravstvene njege u kući, što je rijetkost u Republici Hrvatskoj, osnovana je pri Domu zdravlja Knin jer se ukazala potreba zbog toga što bi nositelji privatne prakse, koji su privremeno radili na području grada Knina i pripadajućih općina, brzo odustajali zbog prevelikog terena. Kako bi naši pacijenti bili zbrinuti na odgovarajući način, Dom zdravlja Knin je shvatio važnost ugovaranja te djelatnosti. Sad radi pet ugovorenih medicinskih sestara. Svaka medicinska sestra na raspolaganju ima svoje vozilo na korištenje, a isto tako i prostor unutar DZ Knin s informatičkom opremom.

Specifičnost rada, gore navedenih djelatnosti je u jako velikom području rada, mislimo na prostornu veličinu područja, slabo naseljenih ruralnih područja, neasfaltiranih i nerazvijenih cesta, samačkih domaćinstava, slabe prometne povezanosti/ (gotovo nikakvog organiziranog prijevoza), blizine granice s drugom državom

Postavlja se pitanje: kako mogu biti isti uvjeti ugovaranja u gradskim i ruralnim sredinama?

U djelatnosti sanitetskog prijevoza od početne dvije medicinske sestre sad imamo tri medicinske sestre i dva medicinska tehničara. S povećanjem broja kroničnih nezaraznih oboljenja, čija se liječenja provode u drugim zdravstvenim ustanovama, došlo je i do naglog povećanja broja sanitetskih prijevoza tijekom zadnjih godina. Opremljenost vozila je na zavidnoj razini, a uključuje i posebno opremljeno vozilo za hitan sanitetski prijevoz.

Od siječnja 2018.g. imamo zaposlenu ugovorenu koordinatoricu za palijativnu skrb, a osim nje još dvije prvostupnice su prošle tečaj trajne edukacije Osnove palijativne medicine.

U djelatnosti obiteljske (opće) medicine medicinske sestre su se susrele s najvećim izazovima. Najveći dio svoga radnog vremena provode vadeći krv za laboratorijske pretrage, radeći za kompjuterom, javljajući se na telefonske pozive, a najmanje se bave zdravstvenom njegom. Medicinske sestre su preuzele djelokrug rada iz drugih profesija i čini nam se da tome nema kraja.

Najveći broj koncesionara je u dentalnoj zdravstvenoj zaštiti, a manji broj je zaposlen pri Domu zdravlja Knin. Izvrsno su opremljeni na svojim radnim jedinicama.



U prostorijama doma zdravlja smještena je i hitna medicinska pomoć Zavoda za hitnu medicinu Šibensko-kninske županije.

Još jedna specifičnost za tako mali dom zdravlja je ta što smo uspjeli ugovoriti tim ortodoncije. Poznato vam je kako su duge liste čekanja za specijalistu ortodonta, po nekoliko godina, a neki pacijenti i ne uspiju ući na listu do svoje 18. g.

Što se tiče razine obrazovanja, imamo 1 magistru sestrinstva, 6 prvostupnica sestrinstva te trenutačno 1 medicinska sestra studira na Zdravstvenom veleučilištu.

Donošenjem Zakona o sestrinstvu u ustanovi se od početka provodi trajna stručna edukacija za medicinske sestre/tehničare u vidu predavanja te ih je do sada održano oko 80. Predavači su najčešće

bile medicinske sestre te drugi vanjski predavači.

Prema čl. 17 Zakona o sestrinstvu: „Medicinska sestra obvezna je evidentirati sve provedene postupke u sestrinsku dokumentaciju za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite“. Međutim, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ne postoji standard primjene sestrinskog dokumentiranja, osim u patронаžnoj djelatnosti i zdravstvene njege u kući pacijenta.

Informatizacijom zdravstvenog sustava na primarnoj razini, ne postoji sestrinska dokumentacija u programskim rješenjima.

Na kraju, ću završiti riječima kolegice koja je sada u mirovini: „Zapisujte sve. Ako niste zapisali kao i da niste učinili, odnosno odradili“- Mileva Krvavica.

POŽAR U PB LOPAČA

Dana 17. 08. 2018. godine oko 16 sati došlo je do požara u jednoj od zgrada Psihijatrijske bolnice Lopača. Požar je izbio u bolesničkoj sobi na drugom katu koji se velikom brzinom širio te zahvatio treći kat i krovšte zgrade.

U trenutku požara u zgradi se nalazilo 92 pacijenta, raspoređena na tri kata odnosno odjela zatvorenog tipa. U službi tog popodneva bili su: dežurni psihijatar dr. Dragan Lovrović, medicinski tehničari Velner Đelmo i Petar Tkalčec, medicinska sestra





osoblja nekolicina težih pacijenata je madracima spuštana niz stubište.

Dvije medicinske sestre ostale su zatočene na odjelu, nagutane dima i iscrpljene, čekale su dolazak vatrogasaca. Nakon što su zadnji pacijenti evakuirani velikim naporima vatrogasaca, evakuirane su i dvije medicinske sestre koje su zajedno sa jednom njegovateljicom kolima HMP odvežene HMT KBC Sušak na obradu. Dvije djelatnice su i hospitalizirane na Zavodu za pulmologiju KBC Rijeka zbog smetnji uzrokovanih dimom.

Nažalost, požar je uzeo jedan život, nekolicina pacijenata je hospitalizirana od čega jedan sa opeklinama, po život opasnim.

U tijeku i nakon požara, u zbrinjavanju pacijenata sudjelovali su i ostali zaposlenici bolnice i njihovi članovi obitelji koji su samoinicijativno došli pružiti



Andrea Nasić, prvostupnica sestrinstva Mihaela Kajzer Brnetić te njegovateljice Andrea Vranješ, Danijela Živković i Ljiljana Božičević.

Požar se širio velikom brzinom i na taj način ugrožavao ljudske živote i nekontrolirano nanosio materijalnu štetu. Evakuacija i spašavanje u ovom iznenadnom događaju su započeti odmah s obzirom da su bili ugroženi životi i zdravlje ljudi. Pribranošću i požrtvovanošću osoblja reagiralo se na najbolji mogući način. Najzahtjevnija evakuacija je bila na odjelu gdje su većinom bili smješteni pacijenti starije životne dobi, otežano pokretni i nepokretni sa psihičkim smetnjama iz kruga demencije, a kojih je u tom trenutku bilo 38. Iz navedenog se da iščitati koliko je evakuacija u takvim uvjetima bila otežana. S obzirom da nije bilo moguće korištenje lifta, pacijenti su evakuirani stubište i većina ih je doslovno iznešena na rukama djelatnika i vatrogasaca, a snalažljivošću

pomoć i brinuli o pacijentima sve do dolaska HMP i premještaja u KBC Rijeka, što je trajalo do duboko u noć.

Usprkos svemu veliki dio pacijenata koji su izmješteni iz bolnice zbog smještajnih kapaciteta (21) se želi vratiti u našu ustanovu bez obzira na sadašnje uvjete smještaja koji su daleko od onih prije požara, što govori u prilog o zdravstvenoj njezi i skrbi za pacijente.

Velika većina osoblja se i tijekom vikenda angažirala u osiguravanju što adekvatnijeg smještaja i njege preostalih 80 pacijenata bolnice.

Također je važno napomenuti da se za osoblje bolnice organizirala psihološka pomoć stručno educiranih djelatnika iste.

Bolnica nastavlja sa radom ali u otežanim uvjetima kako za pacijente tako i za osoblje, u iščekivanju obećane pomoći od strane države, vlade i grada Rijeke.

PRIPREMILA: Mirna Vrčec

O KOMUNIKACIJI KROZ PRIZMU GLASA



Ljudski glas smatra se najljepšim i najsavršenijim glazbenim instrumentom. Ogledalo je naše osobnosti i primarno sredstvo svakodnevne komunikacije. Ne postoje dvije osobe s istim glasom. Jedinstven je i poseban poput otiska prsta, a ukazuje na dob, spol, raspoloženje, osjećaje, zdravstveno stanje... Svijest o važnosti glasa u životu čovjeka, kao i o potrebi vođenja trajne brige o njegovu zdravlju pojavila se sedamdesetih godina 20. stoljeća te je do danas prerasla u događaj globalnih razmjera. 16. travnja službeno se obilježava Svjetski dan glasa (World Voice Day), što je i dobar razlog da se prisjetimo kako se stvara glas, kako ga negovati i sačuvati što duže zdravim te zašto je za komunikaciju predstavljao silno važan segment da su ga proučavali još stari Grci. Svjetski dan glasa obilježava se u više od 50 zemalja svijeta a njegovo obilježavanje na svjetskoj razini započelo je 2002. godine.

OSNOVNO O GLASU

Glas nastaje u grkljanu a glavnu ulogu imaju glasnice koje trepere uslijed potisnutog zraka iz pluća. Fiziologija glasa prvi puta se opisuje 1741. godine u znanstvenoj publikaciji „Nastajanje ljudskog glasa“ autora Antoine Ferraina, francuskog anatoma. Grkljan je važan u normalnoj glasovnoj produkciji, ali glasovna produkcija nije ograničena samo na grkljan. Cjelokupni vokalni mehanizam uključuje trbušne i leđne mišiće, rebra, pluća, ždrijelo, usnu i nosnu šupljinu. Svaka komponenta obavlja važnu funkciju u produkciji glasa iako je moguće producirati glas i bez grkljana. Tada govorimo o osobama kojima je napravljena laringektomija (odstranjenje larinksa) zbog maligne bolesti. Proizvodnja glasa nije isključiva sposobnost ljudske vrste jer i mnoge životinje proizvode glasove. No, za razliku od životinja, čovjek ima sposobnost govora i može kontrolirati fonacijske mehanizme.

ZANIMLJIVOSTI O GLASU UNUTAR RAZLIČITIH ŽIVOTNIH DOBI

Duljina glasnica različita je u žena i u muškaraca. Kod žena iznosi 12-17 mm a kod muškaraca 17-23 mm. Prostor između glasnica naziva se glotis i u fonaciji glotis je zatvoren. Najdinamičnije promjene glasa događaju se u prva 4 mjeseca života, u dobi od 1.-3. godine života te u pubertetu. Pubertet je

posebno turbulentan glede promjene visine glasa kako u djevojčica u kojih se spušta za 3-4 tona tako i u dječaka u kojih se spušta za cijelu oktavu. U srednjem vijeku popularno je bilo u ime glazbe prije puberteta vršiti kastraciju dječaka kako bi se postigao mutacijski falset. Tim postupkom dječacima se zaustavljao rast grkljana zbog čega bi zadržali visok i gibak glas uz mogućnost dugog pjevanja na jedan dah. Ulaskom u stariju dob dolazi i do vokalnog starenja koje se događa uslijed suhoće i stanjivanja sluznice, atrofije mišića kada ujedno dolazi i do slabije kontrole nad fonacijom. Boja postaje promuklija i šumnija.

JESTE LI ČULI ZA VOKALNI PMS?

Uočeno je da u žena tijekom mjesečnog ciklusa dolazi do promjena koje se odražavaju na glas. To se događa 21. dana ciklusa kada dolazi do hipotonusa unutarnjih vokalnih mišića, bržeg zamora i nižeg raspona glasa, otežane intonacije i otežanog pjevanja visokih dionica. Iz navedenih razloga neke pjevačice izbjegavaju nastup u tom osjetljivom terminu.

OSNOVNE ZNAČAJKE GLASA

...su jakost, visina i boja. Jakost glasa percipiramo kao glasnoću a izražava se u decibelima. Tako raspon od tek čujnog glasa do najglasnijeg iznosi 70 dB. Muški glas je u pravilu jači od ženskog. Stanja u kojima se koristi veća jakost glasa su stanja povišenih emocija kao što su navijanje na stadionu, svađa, mogu biti signal agresivnosti i pokazatelj ekstrovertiranosti osobe. Također osobe koje rade u bučnim uvjetima, djeca koja žive u mnogobrojnim obiteljima, osobe koje rade s nagluhima, koristiti će veću jakost glasa. Visina tona može otkrivati socijalne uloge i stajališta sugovornika. Djeca imaju kratke glasnice i mogu producirati vrlo visoke tonove. Dublji tonovi djeluju sugestibilno i autoritativno i poželjni su u radijskom eteru. Visina tona glasa najniža je ujutro a tijekom dana raste. Tzv. jutarnji glas najniži je iz razloga što nakon spavanja dolazi do relaksacije vokalne muskulature. Boja glasa opisuje se i kao kvaliteta glasa. Ona osobi daje jedinstvenost i prepoznatljivost. Glas se može hotimično mijenjati školovanjem kao što to čine školovani profesionalni spikeri (eufonija).

POREMEĆAJI GLASA

... nazivaju se promuklost ili disfonija; krajnji stupanj je afonija ili potpuna bezglasnost. Razlikuju se organske i funkcionalne disfonije. Prema etiologiji funkcionalni poremećaji glasa dijele se na idiopatske poremećaje, poremećaje nastale zloupotrebom larinksa pri stvaranju glasa te psihogene poremećaje. Iznenađna afonija iz čistog zdravlja ili recidivirajuća afonija najčešće je psihogenog porijekla. Moguće je da fonotrauma nastupi uslijed operativnog zahvata na glasnicama ili oštećenjem glasnica tijekom govora u kojem se ne poštuju pravila koja doprinose očuvanju glasa.

REHABILITACIJA GLASA

...se provodi redovitim vježbanjem i usvajanjem ezofagealnog govora ili u većoj mjeri danas se laringektomiranim osobama ugrađuje govorna proteza koja olakšava ponovnu uspostavu govora. Za obje tehnike potrebno je provoditi kontinuiranu rehabilitaciju kod logopeda. Kao zanimljivost potrebno je spomenuti osnivanje pjevačkih zborova u nekoliko gradova u RH pri Klubovima laringektomiranih od kojih je najaktivniji Zbor Optimist iz Zagreba koji vodi prof. logoped mr.sc. Tamara Živković Ivanović. Svojim nastupima pokazuju da je moguće pjevati bez glasnica i da glazba zauzima važno mjesto u liječenju i rehabilitaciji.

PORUKE GLASA

Na temelju akustičnih podražaja sadržanih u zvuku glasa, dobivamo mnoštvo informacija o govorniku kao što su spol, dob, raspoloženje, tjelesna

konstitucija, temperament, zdravstveni status. Kada su naručivanja pacijenata putem telefona ukinuta i preusmjerena na druge načine, Fonijatrijski centar Kbc Zagreb zatražio je izuzeće u postupanju. Naime, telefonskim javljanjem osoblje je dobivalo dragocjene informacije o stanju glasa pacijenata naročito nakon operativnih zahvata na glasnicama. Sam glas i njegova modulacija pridonosi 38% ukupnom razumijevanju izgovorenog dok na sadržaj izgovorenog otpada skromnih 7% a na neverbalnu komunikaciju čak 55%. Prvih 7-12 sekundi stvaramo prvi dojam o sugovorniku na osnovu neverbalnih signala kojima se pridružuje i glas.

GLAS I GOVORNIŠTVO U STARIH GRKA

Glas sadržava obavijesti koje imaju univerzalnu vrijednost u govornoj komunikaciji. Glas je poruka. U Grčkoj se velika pažnja posvećivala retorici i glasu, izobrazbi u govorništvu te vokalnoj higijeni. Još prije 2000 godina Grci su njegovali preporuke o jednostavnom načinu života, umjerenosti u jelu te umjerenom snu i odmoru. Veliki Aristotel tada je o ljudskoj komunikaciji rekao: "Monolog i monolog nisu dijalog".

EMOCIJE I GOVOR

...utječu jedno na drugo o čemu su pisali još davno i Aristotel i Ciceron. Kvaliteta emocije utječe na kvalitetu glasa. Ukoliko je glas monoton, niži, manje dinamičan, povezati ćemo ga s osjećajem tuge. Kada je glas povišen kao i jakost glasa, pretpostavka je da se radi o emocijama uzbuđenja, radosti ili straha.



PREPORUKE ZA DOBAR GLAS

Kako bismo glas održali što duže u zdravom stanju potrebno je uvažiti sljedeće preporuke:

- ukoliko ste pušač, ozbiljno razmislite o ostavljanju cigarete jer je dokazano da navika pušenja bitno utječe na pojavnost oboljenja grkljana napose u malignom obliku
- na zdravlje osjetljive sluznice usne šupljine, ždrijela i grkljana negativno utječe konzumiranje žestokih alkoholnih pića te naročito udruženo s pušenjem doprinosi kao ozbiljan rizikofaktor razvoju maligne bolesti navedenih anatomskih područja
- navika kasnog večeranja posebice jače začinjene hrane štetno je za zdravlje glasnice koje tada bivaju izložene štetnom utjecaju želučane kiseline
- ukoliko ste profesionalno uključeni kao npr. predavač u korištenje svojeg glasovnog aparata, prije dugotrajnijeg izlaganja i napora, zagrijte glasnice a neposredno nakon posla glasnicama priuštite stanku odmarajući grlo šutnjom
- izbjegavajte nadglasavanje u bučnim prostorima (npr. klubovi, koncerti) a ukoliko je nužno da govorite, dišite dublje kako bi tlak zračne struje bio veći a napor glasnice manji
- ukoliko ste promukli nakon pojačanog glasnog vikanja, navijanja ili pjevanja, nemojte šaptati jer govor šapatom zahtjeva napetije glasnice od uobičajenog govora; stoga ili šutite ili ukoliko je nužno govorite tiho no nemojte šaptati
- osigurajte si zdravu radnu i životnu okolinu, često provjetravajte prostor i priuštite si šetnje svježim zrakom u prirodi

- pijte najmanje osam čaša vode dnevno kako bi osjetljiva sluznica glasnice bila kontinuirano oplahivana tekućinom

Ukoliko se dogodi stanje promuklosti koje traje duže od 2-3 tjedna a nije vezano uz prehladu, svakako potražite stručnu pomoć kod specijaliste otorinolaringologa iz subspecijalnosti fonijatrije.

ZAKLJUČNO O KOMUNIKACIJI I GLASU

U knjizi *“U potrazi za izgubljenim govorom”*, profesor Škarić piše da čistoća i ljepota standardnoga govora označavaju kulturu komuniciranja. Riječ komunikacija dolazi od latinske riječi *communicare* – dijeliti i *communitas* – zajednica. Toga trebamo biti svjesni kada se javljamo na telefonske pozive na našim odjelima, dijagnostikama i ambulantama. Ljubazan ton i jasna informacija uobličena kroz kulturno ophođenje biti će znak da smo prepoznali važnost komunikacije u kojoj presudni utjecaj na dojam sugovornika daje glas sa svim svojim obilježjima.

IZVORI:

- <http://www.hupnoz.hr/SDG> (04.03.2017.)
- http://www.ema.edu.ee/vaitekirjad/doktor/Allan_Vurma.pdf (04.03.2017.)
- <http://www.zdrav-zivot.com.hr/izdanja/dijete-na-internetu/glas-i-njegova-higijena/> (04.03.2017.)
- <http://medus.hr.lin6.c-a.hr/?p=361> (04.03.2017.)

PRIPREMILA: doc.dr.sc. Sonja Kalauz

DOSTOJANSTVO SMRTI I UMIRANJA

PRIČA I - preuzeto s Indexa, 7. rujna 2018./ <https://www.index.hr/clanak.aspx?id=2022562>

„Zaboravila sam ti ime draga moja Pločanko i žao mi je zbog toga, ali te se sjećam dobro. Bila si punašnija, visoka crnka, 63 godine, nježna i uplašena, jer ti je ovo bila prva hospitalizacija nakon što si imala dva davna porođaja. Odmah smo kliknule. Svidjela mi se tvoja neposrednost, otvorenost, jednostavnost i istinska dobrota.”

“Pričala si mi da se bojiš zahvata i da si svojim dvjema kćerima rekla što da naprave ako operacija završi na najgori mogući način – tvojom smrću. Na kraju ste se, kažeš, sve tri, te večeri pred odlazak u Zagreb, smijale, grlile i plakale, a one su te uspjele utješiti

i smiriti. Ti si ih poljubila i za kraj si im ostavila pismo. Ako te više ne bude. Pričala si mi kako si cijeli život provela u teškom radu i kako tek sada osjećaš posljedice stalnog dizanja kašeta madarina. Ali se nikada nizašto nisi žalila. Nevjerojatno stvorenje!”, napisala je autorica pisma, a zatim opisala dan operacije te žene koja je na nju ostavila toliki dojam.

“Ni ti ni ja nismo spavale tu noć. Sve do pred jutro kad sam doslovno klonula i odrijemala možda dva sata. Buđenje je bilo u 6. U sobu su nam upala kao hajduci, nova lica. Nove sestre. Odlučno su nam mjerili tlak, temperaturu, davali svakome svoju terapiju,

a za doručak smo dobili abc sir i bijelu kavu. Fino. A ti nisi smjela piti i već su te pripremali za salu.

Čekala sam da prođu sati. Nisam se mogla dizati jer sam sedmi dan nakon mehaničke trombeptomije i dalje krvarila iz bedrene arterije. Pokušavala sam se pomiriti sa stanjem kakvo jest. Spavala sam, čekala ručak u podne, pa posjetu oko 15 sati. Čak sam se mogla malo usredotočiti i na druge. No, moja Pločanka je postala moja prava dalmatinska kolegica i ja sam samo željela da mi se što prije vrati s operacije jer mi je postajalo sve teže samoj bez istinske bliskosti», prisjetila se.

Operacija je dobro prošla, Pločanka se vratila u sobu. Međutim, priča nije imala sretan kraj.

“I sada dolazi taj trenutak. Da je barem ostala još ležati u svojem krevetu možda se sve to ne bi dogodilo. U sobu nam je ušla nova sestra. Bila je od mene dvostruko mlađa, ubrzana, glasna i hladna poput kraljice u Snjeguljici. Operna pjevačica sa Šalate samo je procijedila: ‘Bože, kak je drska!’

Umjesto jednog mutističnog medicinskog tehničara koji je to dosad radio ona nam je podijelila popodnevu terapiju i meni dala posve desete lijekove. Preplašila sam se a ona je bila tako neverbalno opaka da joj nisam uspjela ništa reći, a kamoli joj se suprotstaviti”, opisala je autorica pisma.

“Vratila sam se svojim cimericama u sobu, a moja me Pločanka dočekala s idejom da i ona, sad kad je sve grozno preživjela, želi što prije stati na noge. Itekako sam bila svjesna koliko joj to znači iako je meni trebalo 10 dana za takav poduhvat. Kako nije bilo doktora morala se osloniti na sestru Cruellu.¹ Pozvonila joj je i kad je Cruella dojurila moja ju je Pločanka dobrohotno i naivno upitala kad će se moći početi dizati. U tom je trenutku iz Cruelle iskuljao vulkanski bijes te joj se najglasnijim tonom, kao da riječi označava fluorescentnim markerom, izderala: Pa vi već možete hodati! Od operacije su prošla 24 sata, jel? Što čekate, slobodno se možete dizati! Slobodno, slobodno! Ajte! Neprekidno je i nervozno govorila jedno te isto ne pokušavajući joj ni dati ruku da joj pomogne”, prenijela je grube riječi medicinske sestre.

“Pločanka je bila sretna i ohrabrena i u tim riječima nije prepoznavala ni najmanji znak ljutnje, grubosti, naprasitosti, neznanja te je prvo polako spustila jednu nogu niz krevet. Silno se uspuhala, vidjela sam koliko to želi a koliko joj je fizički teško. Rekoh joj: Polako, samo polako... a ona je sjedeći ubrzo spustila i drugu nogu na tlo. Nekoliko je sekundi tako sjedila i samo prozborila Ajme, nije mi dobro.

Stajala sam pokraj vrata i odmah pozvala sestru, a moja se Pločanka strovalila nazad u krevet i sve tiše jecala Ajme, ajme, ajme... Uz Cruellu došle su i druge dvije sestre i medicinski brat s intenzivne. Brzo su je počeli skidati, vremena je bilo sve manje, pljeskali su je po licu i govorili joj da ostane budna, a ona je bivala sve slabija dok joj netko od njih nije ustvrdio puls 30...”

“Cruella se odnekud pojavila i ozbiljno me pokušavala umiriti. Nije mi dala mogućnost za dodatna potpitanja. Tek tada sam ušla u sobu i legla, no i dalje sam se borila s nespokojem. Bio je to trenutak koji sam zapravo željela potisnuti, zaboraviti, ne reći nikome, izbrisati. Izgleda li tako grubost i nemar u bolnici što samo prolazi, zataškava se zataškava se i nestaje kao da se nije ni dogodio?”, zapitala se.

“Za nekoliko sati na hodniku pored sobe čula sam komešanje i vidjela muža moje Pločanke kako u razgovoru s doktorom plače. Doktor nije znao za epizodu s pokušajem ustajanja jer je na odjel došao kasnije, pa mu je rekao da srce nije izdržalo unatoč pokušaju oživljavanja. Čula sam ga i ostala nijema. Nijema! Comfortably numb. Bilo me strah išta reći, bojala sam se suprotstaviti se, možda nije tako baš ni bilo mislila sam, bojala sam se svega, svoje sjene, željela sam leći i sve zatajiti. Ipak sam u ozbiljnoj instituciji i trenutačno živim pod rigoroznim pravilima. Ovisim! Uostalom, tko bi vjerovao nekome tko je pomalo pothranjen, blijed, proziran, tko je imao moždani i još je u akutnoj fazi nakon moždanog, tko je tako regresivan da pije antidepressive i luta svojim sjećanjima do sljedeće liječničke vizite?”, zaključila je tužnu priču Aleksandra.

Pitanja vezana uz umiranje, dostojanstvo umiranja i smrt prožima esenciju svakog ljudskog bića i društvene zajednice još od njihovih prapočetaka. Što je život? Tko je čovjek/tko sam ja?, Odakle dolazimo/gdje sam bio prije? Kuda idemo/što mogu očekivati? Ima li ljudski život smisao i ako ima što je to? - temeljna su pitanja kojima se bavi filozofija, ali i svaki čovjek ponaosob. Je li svaki čovjek pozvan u život sa svrhom i ciljem kako bi svojim sposobnostima, znanjima, spoznajama pridonio postignuću onih nekih, čovjeku nadspoznajno viših ciljeva, ili je plod slučajne sinteze različitih atoma koji se u konačnici kao materija pretvaraju u ništavilo.

Da bi smo mogli razumjeti dostojanstvo umiranja i smrti pokušat će se objasniti pojmovi: dostojanstvo, umiranje i smrt, budući da su ovi pojmovi vezani uz čovjeka koji jedini od živih bića ima spoznaju umiranja i smrti (?) Jeli čovjek „slučajan” spoj bioloških i kemijskih procesa koji na kraju života odlazi u raspadljivost? Prestaje li sve čovjekovom smrću, sve što ga je tijekom života činilo konkretnom osobom, individuum, osobom s posebnosću

¹ Opaska autora ovog članka (Sonja Kalauz) – za mlađe generacije koje nisu gledale film - 101 Dalmatinac i 102 Dalmatinca. Cruella da Vil glavni je lik iz ovih filmova, dovoljno ružna i jako zločesta žena, ozloglašena ljubiteljica krzna i noćna mora svih pasa Dalmatinaca.

karaktera, načinom ponašanja, odnosa s drugim ljudima, emocijama... U iskrenom i otvorenom traženju što potpunijeg odgovora na pitanje -Tko je čovjek? Što je Život? I kuda to odlazimo? moraju se uzeti u obzir dostignuća više disciplina, društvenih, humanističkih, prirodnih i dakako teoloških znanosti. Pomoću sinteze vjerskih istina i znanstvenih postignuća moguće je cjelovitije dosegnuti istinu o čovjeku, jer svako tumačenje jednog aspekta ljudskoga bića bitno je uključena u njegovu cjelinu. Prema Teoriji evolucije sav se svijet živih bića na Zemlji djelovanjem prirodnih fizičkih i kemijskih faktora, postupno razvio iz nižih organizama, manje složenih u više i složenije. Charles Darwin i drugi evolucionisti vjerovali su da se čovjek (*Homo sapiens*) razvio iz uskonosnih majmuna (orangutan, čimpanza, gorila), no ovo je mišljenje ubrzo napušteno, pa većina evolucionista danas, drži da su se i veliki majmuni i čovjek razvili od nekog davnog zajedničkog životinjskog oblika primata. S druge strane, prema kršćanskoj teologiji, povijest čovjeka i njegovog otkupljenja nije rezultat slučajne kombinacije kemijskih i fizikalnih reakcija tijekom evolucije, nego je usmjerena na osobu Isusa Krista. *Bog čovjeku nije dao nikakav radni program, nego razum i slobodu da sam pronalazi i slijedi zakone i oblike života. Čovjek je tako dio svijeta, u njemu se otkriva i razvija, te je shvaćen kao sustvaratelj (concreator). Bog je stvorio sve s cjelokupnom svojom supstancijom (sa svim bitnim obilježjima) svih vidljivih i nevidljivih stvorenja* – Prvi vatikanski sabor (1869. – 1870.) Teološki gledano, cijela je priroda kao i sva živa bića, Božji odraz, a čovjek na najviši i najposebniji način. Božja prisutnost u čovjeku te njegova sposobnost prepoznavanja te prisutnosti kvalitativno se razlikuje od tragova Stvoriteljeve nazočnosti u svim drugim živim bićima. Čovjeka je konstitutivno, cjelovito, jedinstveno i religiozno biće čije je počelo u Bogu te je stoga u potpunom odnosu s Bogom kao svojim Stvoriteljem.

Albert Einstein,² veliki svjetski znanstvenik, je priznao: „Teško ćete pronaći ijednog dubokoumnog znanstvenika koji ne gaji neku vrstu religijskog osjećaja. Taj se osjećaj očituje u ushićenju i zadivljenosti skladom prirodnih zakona, koji svjedoče o postojanju inteligencije koja je toliko nadmoćna da u usporedbi s njom svako sistematsko razmišljanje i djelovanje ljudskih bića nije ništa drugo nego njen krajnje beznačajni odraz.”.

² Albert Einstein je po mnogima bio najveći znanstvenik u području teorijske fizike, ikada. Einsteinovo je glavno djelo njegova teorija relativnosti (1916.), koja je temeljni okvir za razvoj teorijske fizike, ali duboko zahvaća i ulazi u filozofske koncepcije, posebice u području prostora i vremena. Einstein je neprekidno usavršavao teoriju relativnosti, pa je u posljednjim godinama života razvio takozvanu unificiranu teoriju polja, koja poopćuje njegovu teoriju gravitacije i uključuje teoriju elektromagnetizma. Osim teorije relativnosti, Einstein je fizici dao i druge vrlo važne doprinose.

Veliki ruski filozof Nikolaj Aleksandrovič Berdjajev govorio je o čovjeku kao osobi najvećih hijerarhijskih vrijednosti u svijetu, odnosno o osobi kao nositelju nadosobnih vrijednosti, koje je ispunjavaju i daju joj jedan viši vrijednosni smisao. “Ne bismo smjeli zaključiti da osoba nije vrijednost po sebi. Ona to jest, ali ona postaje to vrijednija što se više ispunja nadosobnim vrijednostima”.

Ono što se danas o čovjeku može sa sigurnošću reći jest: čovjek je misaono biće (može zaključivati, crtati, razmišljati), društveno biće (živi u društvu), duhovno biće (razlikuje dobro od zla) i prirodno biće (dio je žive prirode). Od kuda dolazi i kuda ide, pitanja su na koje nema racionalnog odgovora. Čovjek je jedino živo biće koje zna da je smrtno, svjestan je svoje prolaznosti i gotovo nema dana da ga na to nešto ne podsjeti. Ono što ne zna jest vrijeme i mjesto svoje smrti, o tome ne može odlučivati kao što nije mogao odlučivati o vremenu i mjestu svojeg rođenja. To je ono što je izvan moći utjecaja čovjeka, i zbog toga se često kaže – smrt je jedina pravda na ovom svijetu, i za one bogate, bahate, licemjerne i podle kao i za one samozatajne, tihe, poštene, siromašne... Tako je iznikla jedna pjesma i spominje se u hrvatskoj književnosti: Je li ovo jedna vura?

*Jeli ovo jedna vura?
Bogme je to jedna vura!
Jesu l' su ovo dva pandura?
Bogme su to dva pandura!
Jedna vura, dva pandura
Svakom dodje smrtna vura!*

.....
*Je li ovo crni cucek?
Bogme je to crni cucek!*
.....

Dakle razmatranje pitanja „što je čovjek?” neminovno nameće pitanja rađanja i umiranja, života i smrti, zdravlja i bolesti, boli i patnje... Samo se uz čovjeka vežu pitanja „što je bol?”, „što je patnja?”, „što je umiranje?”, „što je smrt?”, iako se u novije vrijeme govori o boli i patnji drugih živih bića. O tome razmišljaju svi, siromašni i bogati, filozofi i fizičari ... neki duboko promišljaju, neki malo manje, ovisno o situaciji, životnim tegobama, smrti i patnji njima dragih ljudi ...smrt se čini ponekad jako daleko, čak i onda kada je vrlo blizu. Smrti ne možeš pobjeći, ni svojoj, ni dragih ljudi, gdje god se nalazio. Johann Wolfgang von Goethe, najveći njemački književnik, pisao je ovom: “Svi mi znamo za smrt, ali kada se ona dogodi protumačimo je kao najnevjerojatniju i najneočekivaniju stvar koja iznenada postaje stvarnost. To nam se čini gotovo nemoguće, ali iznenada postaje stvarnost.”



Ono što u smrti potresa nije samo mogućnost vlastite smrti već smrt drugoga, kako je već uočio sv. Augustin.

»U smrti drugoga (ljubljenog) proživljavamo i svoju smrt, sa smrću ljubljenog umiremo i mi. Tu se tek osjetimo strancima u stranom svijetu, smrtnima u svijetu smrti. Što god sam pogledao pri iskustvu smrti svoga prijatelja, bila je smrt... Odasvud su ga očekivale moje oči, ali njega ne bijaše. Sve sam mrzio, jer je sve bilo bez njega... I koliko sam više ljubio prijatelja, toliko sam, mislim, više mrzio smrt koja mi je njega otela, mrzio je kao najstrašniju neprijateljicu i bojao se nje.»

Pa ipak, zašto čovjek u toj svojoj spoznaji koja je jedino predvidiva kao nešto što će se dogoditi – sigurno, odbacuje tu spoznaju, zanemaruje je, to se događa nekome drugome ...zašto se odnosi prema svojim suputnicima i supatnicima kao da mu smetaju, zauzimaju njegov prostor, plaču i jadikuju i tako ga čine nervoznim, traže vode pedeset puta na noć, dosadni su i gnjave, zašto ne mogu pružiti ruku na odlasku, taj jedini topli dodir koji onaj drugi više nikada neće osjetiti, bar ne u ovom zemaljskom životu. Zašto?

Možda bi bilo važno da nešto više znaju o smrti, umiranju, prolaznost života.

Smrt (lat. mors) označava prestanak života, nepovratno prekidanje životne aktivnosti organizma, odnosno prestanak postojanja jedinice kao zasebnoga živog sustava. Smrt se danas različito tumači sa stajališta filozofije, mitologije, religije ili etike. Platon, grčki filozof, je smatrao da je smrt samo odjeljivanje duše od tijela, ali i radikalni uvjet apsolutne spoznaje: samo kada je duša potpuno odvojena od tijela, ona se može uzdignuti do razine čistog nadosjetilnog zrenja ideja. S druge strane, Epikur, grčki filozof, je tvrdio da ovozemaljska fizička smrt predstavlja prestanak rada svih

mentalnih funkcija kod čovjeka. On kaže da prema smrti treba biti ravnodušan, „jer dok postojimo mi, nema smrti, a kada dođe smrt, tada više nema nas”. U ranom kršćanstvu smrt se tumačila kao kazna ili posljedica ljudskih grijeha, a kasniji kršćanski pisci su tvrdili da smrt označava povratak tijela materiji iz koje je nastalo, a duša odlazi u život vječni. G.W. Leibniz, njemački filozof, matematičar i fizičar, navodi kako je smrt samo postupna involucija tijela, a J. G. Fichte, njemački filozof, smrt poistovjećuje s pojmom život, gdje smrt označava negativnu stranu života.

G.W. F. Hegel, njemački filozof, tumači smrt kao najvišu „općenitost” do koje dolazi pojedinac. A. Schopenhauer, njemački filozof, smrt vidi samo kao ideju, pa kada čovjek umre, propada jedan svijet, ali samo onaj koji on „nosi u glavi”. F. Hebbel, njemački dramatičar, tvrdi da je smrt „žrtva koju čovjek pridonosi ideji”, a M. Heidegger, njemački filozof, ističe kako se čovjekovo postojanje promatra u cjelini kao „bitak-pri-smrti” ili kao izlaženje u susret smrti. Tako kaže, čovjek je, već pri samom rođenju, ne samo spreman na smrt, nego se njegov cjelokupni doživljaj svijeta i njegovog bića, odvija pri punoj svijesti o prolaznosti života.

Prema Medicinskoj enciklopediji smrt je stanje organizma koje nastaje nakon prestanka životnih funkcija, prije svega funkcija središnjeg živčanog sustava te kardiovaskularnog i respiratornog sustava. No, koliko god je dijagnoza totalne biološke smrti morfološki i funkcionalno jasna, u kliničkoj je smrti (engl. near-death experience ili kratica NDE) moguće ostvariti reverzibilnost. U čovjekovom organizmu, u tkivu i organima još uvijek postoje stanovite životne rezerve, pa je moguća njegova revitalizacija i ponovno produženje života. Prema Bruceu Greysonu, američkom liječniku, klinička smrt se definira kao afektivno snažan psihološki doživljaj s transcendentnim i mističnim elementima

koji se javlja prilikom osjećaja nadolazeće smrti ili u situacijama jake tjelesne ili psihološke opasnosti (Mindoljević Drakulić i Keleuva, 2016 navedeno u Greyson, 2000).

Kenneth Ring je u svom istraživanju, provedenom na 102 osobe koje su proživjele iskustvo kliničke smrti, zaključio da postoji pet stadija iskustva kliničke smrti. Prvi stadij predstavlja saznanje da je osoba umrla. To saznanje ispitanici ne povezuju s bolešću ili boli, nego uz osjećaj konačno postignutog unutarnjeg mira. Drugi stadij se veže s različitim autoskopskim doživljajima koji idu sve do osjećaja izvantjelesnog iskustva (engl. out of body experience). Treća razina predstavlja tranziciju: izlazak iz života i ulazak u svijet tame, što se često ponavlja u obliku putovanja kroz mračni tunel. Četvrti stadij karakterizira jaka svjetlost na kraju tunela koja se većinom doživljava kao pozitivno iskustvo (primjerice poistovjećuje se s bezgraničnom ljubavi, početkom novoga života i sl.). Peti, zadnji stadij nastavak je četvrtog, u kojemu je naglasak na ljepoti misteriozne svjetlosti te se javljaju i druge boje i osjeti što pridonosi slikovitosti i kasnijem emocionalnom značenju tog doživljaja (Mindoljević Drakulić i Keleuva, 2016 navedeno u Ring, 1982).

Početak života kao i umiranje i smrt za svako društvo predstavljaju pitanja od primarnog interesa. Svakodnevna primjena najnovije, visokosofisticirane tehnologije u liječenju, posebice u liječenju i skrbi za bolesnike u terminalnom stadiju bolesti predmet su ne samo medicinskih, već i filozofskih, teoloških, pravnih, socioloških, bioetičkih i drugih rasprava brojnih stručnjaka, ali i „običnih“ ljudi. Otvara se cijeli niz pravih, egzistencijalnih pitanja, primjerice: kako se suočiti s činjenicom neizlječive bolesti, kako se nositi sa strahom, kako prihvatiti smrtnu bolest i nastaviti živjeti s njom, kako živjeti s umirućima, kako olakšati umiranje, kako očuvati dostojanstvo umirućeg čovjeka, kako postupiti s tijelom nakon smrti, kako komunicirati s rodbinom, kako im pomoći u tako teškim trenucima.

Sadržajno određenje dobre smrti, mirne smrti, dostojanstvene smrti, različito je od autora do autora, pri čemu Milinković i Hart definiraju dobru smrt kao filozofiju življenja i umiranja utemeljenu na osobnim i socijalnim vrijednostima, s ciljem umanjenja negativnih efekata umiranja i smrti.³ Elsey definira dobru smrt kao „zreli dijalog između onih koji se brinu o umirućem znajući da je sve učinjeno u svrhu kontroliranja boli i stresa, ostavljajući dovoljno kvalitetno „provedenog vremena za umiruću osobu kako bi postepeno prihvatila umiranje“.⁴ Tri su najznačajnije dimenzije dobre

smrti: holistički pristup, jedinstvenost i socijalna dimenzija. Holistički pristup podrazumijeva težnju i brigu da bolesnik u razdoblju umiranja uspostavi ravnotežu u svim aspektima života, kako onom tjelesnom, tako i u socijalnom i duhovnom aspektu. Jedinstvenost kao dimenzija dobre smrti tumači se kao potreba i pravo pojedinca da sam odredi vlastite vrijednosti te okolnosti vlastitog umiranja i smrti. Budući da se životne priče i vrijednosti razlikuju od osobe do osobe, ne postoji model ili standard dobre smrti koji bi se mogao primijeniti na svakog čovjeka ponaosob. Socijalna dimenzija prepoznaje kako smrt nije individualni događaj već uključuje i obitelj, bliske osobe, širu zajednicu te medicinsko i socijalno osoblje. Upravo zbog toga se koncept dobre smrti može ostvariti samo u socijalnom okruženju i odnosima s drugim ljudima, uz podršku obitelji i bliskih osoba te zdravstvenih djelatnika i drugih stručnjaka. Jedan od najvažnijih aspekata skrbi za bolesnika u razdoblju umiranja jest očuvanje njegovog dostojanstva.

Pojam *dostojanstvo* (lat. *dignitas*), označava osobinu čovjeka koju treba zaslužiti (respekt – poštovanje – čast), a najčešće koristi na području morala i etike ali i u svakodnevnom životu ako se želi odrediti čovjek u odnosu na društvo i kretanja u njemu (u kojem bi on trebao ostvariti svoje ljudsko pravo ---- na poštovanje i moralni odnos od rođenja). Taj latinski izraz podrazumijeva karakterne i ostale osobine koje nekoga čine dostojnim, odnosno ukazuju da trebaju postojati određeni preduvjeti da bi netko bio dostojan. Naravno, postavlja se pitanje: rađa li se dostojanstvo u trenutku rođenja ljudskog bića odnosno jeli dostojanstvo urođeno čovjeku. Suvremeni koncept ljudskog dostojanstva (ako se isključi teološki) negira postojanje urođenog ljudskog dostojanstva koje pripada ljudskoj vrsti kao takvoj. Također negira da postoje dispozicije ili odabiri koji su sukladni razvoju egzistencijalnog dostojanstva. Prema ovom konceptu egzistencijalno dostojanstvo povezano je s onim sposobnostima čovjeka pomoću kojih on određuju ono što je vrijedno (moralno), te odabire kako će živjeti vlastiti život. Tako, evo opet, Albert Einstein kaže: *„Najvažnija ljudska težnja je težnja za moralnošću u našem djelovanju. Naša unutarnja ravnoteža, čak i naša egzistencija ovise o tome. Jedino moralnost u našem djelovanju može dati ljepotu i dostojanstvo našem životu“*. Pojam dostojanstva pojavljuje se u svim religijama, a posebice se spominje u Bibliji. U Dekalogu Katoličke crkve mogu se naći slijedeće zapovjedi koje upućuju na poštovanje spram drugih: *„Poštuj oca i majku da dugo živiš i dobro ti bude! Ne reci lažna svjedočanstva! dok u Pravoslavnoj crkvi nalazimo nešto drugačiji tekst zapovijedi: „Ne pravi sebi idola niti kakva lika; nemoj im se klanjati niti im služiti“*

³ Cicak, M. Aspekti dobre smrti, Ljetopis socijalnog rada. 15 (1) 2008., 93-111.

⁴ Ibid.

PRIPREMILE:

Azra Hodžić¹, Ivana Lalić¹, Aleksandra Trupković¹, Sandra Karabatić¹, Tanja Zovko¹, Andreja Šajnić¹¹Klinika za plućne bolesti "Jordanovac", Klinički Bolnički Centar, Zagreb, Hrvatska

INTERNACIONALNI KONGRES EUROPSKOG RESPIRATORNOG DRUŠTVA

(EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY INTERNATIONAL CONGRESS ERS)

UVOD

ERS je međunarodna organizacija koja okuplja liječnike, zdravstvene djelatnike, znanstvenike i druge stručnjake koji rade u svrhu promicanja respiratorne medicine. Jedna je od vodećih medicinskih organizacija u respiratornom području, s rastućim brojem članova koji zastupa više od 160 zemalja. ERS je uključen u promicanje znanstvenih istraživanja i pružanje pristupa visokokvalitetnim obrazovnim resursima te ima ključnu ulogu podizanja svijesti o bolestima pluća među javnosti. ERS skupine su okosnica ERS-a. Skupine i grupe unutar njih podupiru sve znanstvene i obrazovne aktivnosti ERS-a i pomažu u aktivnostima ERS-a u postizanju svoje misije. Svaki član ima unutarnju ulogu unutar ovih grupa kako bi pomogao u postavljanju dnevnog reda u svim aktivnostima ERS-a.

Sve je više priznato da saveznički zdravstveni djelatnici igraju važnu ulogu u dijagnozi, liječenju i skrbi bolesnika s plućnim bolestima. Ova skupina je prilika za učenje iz međusobnih disciplina i postizanje boljih ishoda pacijenata. Vrlo je važna međunarodna zajednica znanstvenih i kliničkih stručnjaka koji se bave unaprjeđenjem preživljavanja i kvalitete života osoba oboljelih kroz promicanje visokokvalitetnih istraživanja, obrazovanja i skrbi.

ERS SKUPINA 9 – PROFESIONALNI RESPIRATORNI ZDRAVSTVENI DJELATNICI

Za ovu skupinu unutar ERS-a je karakteristično da obuhvaća sve profesionalne respiratorne stručnjake osim liječnici. Unutar ove skupine podjele su u tri grupe; *Grupa 09.01 – Tehničari za respiratornu plućnu funkciju, Grupa 09.02 – Fizioterapeuti i Grupa 09.03 – Medicinske sestre.*

ERS GRUPA 09.03 – MEDICINSKE SESTRE

Cilj ove skupine je poticanje napretka u respiratornoj skrbi i olakšavanje širenja znanstvenih rezultata u pogledu kongresnih prezentacija i objavljivanja preporuka utemeljenih na dokazima.

Pored toga, ta skupina nastoji razviti znanja, kliničke i znanstvene sposobnosti medicinskih sestara koje rade u različitim okruženjima, kao što su bolnice, primarne zdravstvene ustanove i akademske ustanove kroz komunikaciju na relevantnim kongresima i tečajevima te olakšavanjem razmjene znanja i informacija između medicinskih sestara i drugog medicinskog osoblja. Ova skupina također pruža mogućnost da medicinske sestre proširuju svoju mrežu s međunarodnim udrugama za njegu i surađuju s medicinskim sestrama i drugim respiratornim disciplinama diljem Europe.

INTERNACIONALNI KONGRES EUROPSKOG RESPIRATORNOG DRUŠTVA, 15-19. RUJNA 2018. PARIZ, FRANCUSKA

Sestrinske sesije u programu internacionalnog kongresa ERS-a 2018:

- 16. rujna 2018. Simpozij – Prema razumijevanju i upravljanju kroničnog kašlja (*eng. Towards understanding and management of chronic cough*),

Cilj simpozija: Omogućiti najnovije smjernice vezano za psihološko razumijevanje i kliničko upravljanje oboljelih sa kroničnim kašljem.

- 16. rujna 2018. Simpozij – Dispneja: multidimenzionalan i multidisciplinarni pristup (*eng. Dyspnea: a multidimensional and multidisciplinary approach*)

Cilj simpozija: Osigurati pregled najnovijih dostignuća u multidimenzionalnim i multidisciplinarnim aspektima dispneje, usredotočujući se na četiri teme: neurofiziologiju, vježbe, multidimenzionalnu procjenu, klinički utjecaj i upravljanje dispnejom.

- 16. rujna 2018. Tematski poster – Suvremena respiratorna skrb: uloga medicinske sestre i organizacije skrbi (*eng. Contemporary respiratory care: the role of the nurse and organisation of care*)

Teme: Endoskopija i interventna bronhoskopija, Epidemiologija, Zdravstvena skrb respiratornih bolesnika, Javno zdravstvo, Respiratorna intenzivna zdravstvena skrb, Transplantacija.

- 17. rujna 2018. Poster diskusija – Mnogobrojni aspekti zdravstvene skrbi oboljelih od respiratornih bolesti (*eng. The many facets of respiratory nursing*)

Teme: Epidemiologija, Zdravstvena skrb respiratornih bolesnika, Javno zdravstvo.

AKTIVNO SUDJELOVANJE HRVATSKIH MEDICINSKIH SESTARA NA INTERNACIONALNOM KONGRESU EUROPSKOG RESPIRATORNOG DRUŠTVA

Ponosno možemo iznijeti podatke da je ovo već treća godina za redom aktivnog sudjelovanja hrvatskih medicinskih sestara na Internacionalnom kongresu ERS-a. Ove godine veći je broj prihvaćenih radova i po prvi put omogućeno je sudjelovanje u djelokrugu voditelja dvije sesije (sestrinske i liječničke) te pisanje preglednih članaka vezano za aktivnosti Internacionalnog kongresa ERS-a 2018 u Parizu, Francuskoj.

INTERNACIONALNI KONGRES ERS (PARIZ, FRANCUSKA) 2018;

U području sestrinstva našu zemlju i Kliniku za plućne bolesti "Jordanovac", KBC Zagreb predstavljalo je osam tematskih postera, s naglaskom da su istraživački radovi s različitim radišta. Podaci istraživanja predstavljena su iz područja transplantacije pluća, interventne bronhoskopije, cistične fibroze, opstruktivne sleep apnee i respiratorne intenzivne skrbi.

16. rujna 2018. Tematski poster – Suvremena respiratorna skrb: uloga medicinske sestre i organizacije skrbi (*eng. Contemporary respiratory care: the role of the nurse and organisation of care*), pod vodstvom Anne-Marie Russell (London, UK), Kathleen Leceuvre (KESSEL-LO, Belgija), Samanthe Prigmore (London, UK) i Andreje Šajnić (Zagreb, Hrvatska).



Slika 1. Voditelji tematskih postera; Samanthe Prigmore (London, UK) i Andreja Šajnić (Zagreb, Hrvatska)

KOLEGICE KOJE SU PREDSTAVILE SVOJE RADOVE SU:

Tanja Zovko

- *Chronic pain after lung transplantation*

Aleksandra Trupković

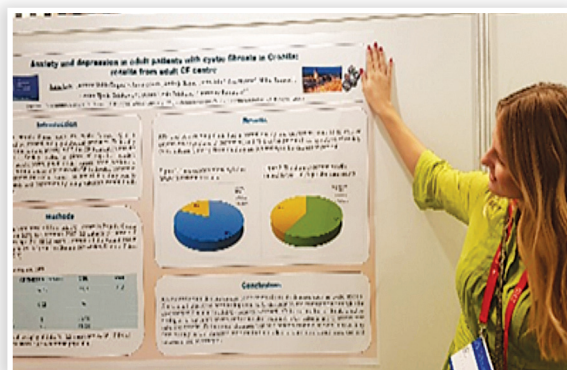
- *The role of a nurse active listening and counseling skills are imperative orientation toward patient*
- *Hidden tuberculosis - team work in preventing the spread of infection*



Slika 2. Aleksandra Trupković

Ivana Lalić

- *Does lung transplantation affect on the improvement of psychological status in patients with adult cystic fibrosis?*
- *Anxiety and depression in adult patients with cystic fibrosis in Croatia: results from adult CF centre*

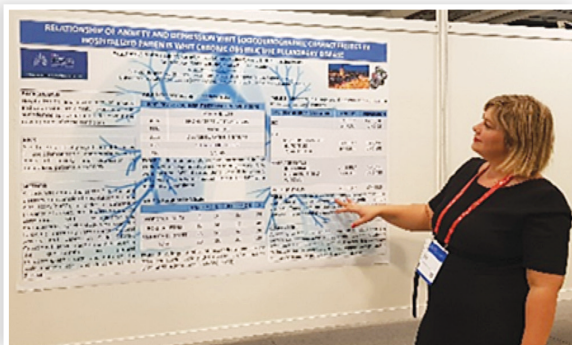


Slika 3. Ivana Lalić

Azra Hodžić

- *Relationship of anxiety and depression with sociodemographic characteristics in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease*

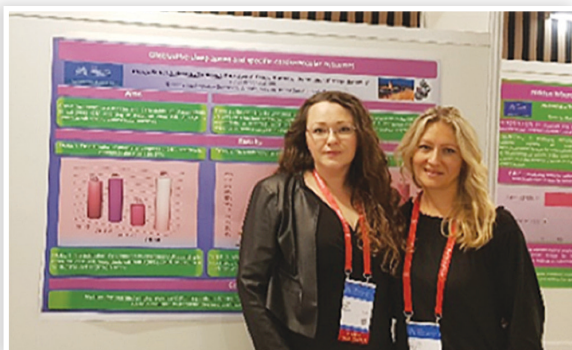
- Admission to the ICU: risk for the development of anxiety and depression



Slika 4. Azra Hodžić

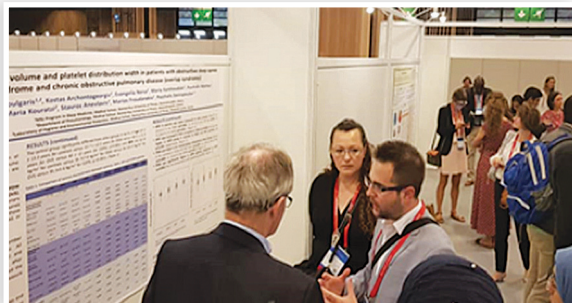
Andreja Šajnić

- Obstructive sleep apnea and specific cardiovascular outcomes



Slika 5. Andreja Šajnić i Aleksandra Trupković

17.rujna 2018. U liječničkoj sesiji Tematski poster: Primjena kontinuiranog pozitivnog tlaka zraka i Sindrom preklapanja Astma i KOPB (eng. *From continuous positive airway pressure (CPAP) and adherence to CPAP to asthma-COPD overlap syndrome (ACOS)*) uz Prof. Waltera McNicholasa (Dublin, Irska), Prof. Johana Verbraeckena (Edegem (Antwerp), Belgija), Dr. Stefana-Mariana Frenta (Arad, Rumunjska), Andreja Šajnić (Zagreb, Hrvatska) je također izabrana za voditelja sesije.



Slika 6. Voditelji tematskih postera: Prof. Walter McNicholas (Dublin, Irska) i Andreja Šajnić (Zagreb, Hrvatska)

ERS ODBOR ZA ČLANOVE

U RANOJ FAZI SVOG PROFESIONALNOG PUTA (EARLY CAREER MEMBERS COMMITTEE ECMC)

ECMC predstavlja sve članove ERS-a do 40-te godine života. Odbor osigurava da se članovi podupiru u karijeri i profesionalnom razvoju te da su njihovi interesi zastupljeni diljem društva. Također promiče najvišu razinu respiratornog obrazovanja utemeljenima na dokazima u Europi.

ECMC podržava sva zajednička događanja koji se održavaju u sklopu Znanstvene konferencije za plućne bolesti (eng. *Lung Science Conference*) i Internacionalnog kongresa ERS-a.

U sklopu ECMC predstavljeni su i projekti koji omogućuju pisanje radova za publikacije ERS-a. Radovi koji su objavljeni u sklopu projekta ERS-a su:

1. Sajnic A, Cukljek S, Rezić S, et al. Respiratory nursing training in Croatia. *Breathe* 2018; 14: 246–247

Tema: Prikaz edukacije respiratornih medicinskih sestra u Hrvatskoj.

2. Blonshine J, Cruz J, Sajnic A, De Brandt J. European Respiratory Society International Congress best abstract preview from the allied respiratory professionals from assembly 9. *J Thorac Dis* 2018;10(Suppl 25):S3010-S3016. doi:10.21037/jtd.2018.08.24

Tema: Nagradeni sažeci Internacionalnog kongresa ERS-a 2018 iz skupine 9 (tehničari respiratorne funkcije, fizioterapeuti i medicinske sestre)



Slika 7. Jana De Brandt, Joana Cruz i Andreja Šajnić; autori publikacije European Respiratory Society International Congress best abstract preview from the allied respiratory professionals from assembly 9

OSOBNİ DOŽIVLJAJ SUDJELOVANJA NA INTERNACIONALNOM KONGRESU EUROPSKOG RESPIRATORNOG DRUŠTVA

Moje iskustvo (Azra Hodžić):

Iako su kolegice već prisustvovala na prijašnjim kongresima, meni je ovo bio prvi put i bila sam vrlo uzbuđena, nisam znala što me čeka. Kolestice su me hrabrile i govorile da je to lijepo iskustvo. Kada je došao dan prezentacije uhvatila me panika, ali voditelji sesija bili su jako susretljivi, kroz razgovor su me opustili i prezentacija je prerasla u ugodno čavrljanje i razmjenu iskustva. Prezentacije su završile, a mi smo još ostale družiti se voditeljima. Rekle su nam da se puno priča o nama jer u našoj sesiji od dvadeset sestrinskih postera, naših je bilo osam. Čestitale su nam na tome i poručile nam da sad od nas očekuju još i više.

S obzirom da je to ogroman kongres i kad bi htjele, ne bi mogli poslušati sve što smo željele. Odabrale smo pogledati postere koji su nas zanimali, a tiču našeg područja rada. Najviše su bila zastupljena istraživanja o KOPB-u, opstruktivnoj sleep apnei i cističnoj fibrozi. Prisustvovala smo radionicama i radovala smo se sestrinskim poster diskusijama, gdje smo također izmjenjivale iskustva s kolegicama te dobile inspiraciju za neka daljnja istraživanja.



INTERNATIONAL CONGRESS 2018

PARIS France, 15-19 September

Moje iskustvo (Ivana Lalić):

Potaknuta velikim interesom koji je izazvao Internacionalni kongres ERS, 2016. godine održan u Londonu, UK. Tada sam bila pasivni sudionik, želja mi je ove godine bila sudjelovati u edukaciji s ciljem razmjene iskustava hrvatskih i međunarodnih stručnjaka te podizanja svijesti o tematici zdravstvene ispravnosti i unaprjeđenju zdravlja pacijenata. Godina dana predanog i kvalitetnog rada pridonijelo je mom aktivnom sudjelovanju na ERS-u. Razmjena iskustava sa drugim kolegicama, iz drugih zemalja je neizmjereno važna. Naša je struka zahtjevna – potrebno je trajno održavati i proširivati svoja znanja koja će se u praksi primijeniti. Za razvoj stručnih i znanstvenih spoznaja potreban je timski rad koji uključuje različite vrste zdravstvenih profesionalaca. Zbog toga se nastavlja dobra praksa zajedničkih sastanaka i druženja u kojima će svi biti uključeni u rad kongresa.



Slika 8. Pozivamo vas, pridružite nam se sljedeće godine u Madridu



ERS

INTERNATIONAL CONGRESS 2019

MADRID Spain, 28 September – 2 October



PRIPREMILE:
Biljana Kurtović i Cecilija Rotim

ENC NOVOSTI



ALARMNI UREĐAJI ZA ZDRAVSTVENE DJELATNIKE U ITALIJI

U 2017. godini Toscana North West Sanity Service (ASL) zabilježila je 46 slučajeva napada na liječnike i medicinske sestre. Od početka ove godine već ih postoji nekoliko desetaka.

2018. godine radna skupina za analizu i sprječavanje opasnosti od napada na zdravstvene djelatnike pregledala je većinu slučajeva, u koordinaciji ravnatelja Službe za sprječavanje i zaštitu Emilia Giovanninija. ASL sada razmišlja o „ažuriranju mjera zaštite, kao i inicijativama koje omogućuju djelatnicima predviđanje događaja“. Zdravstveni djelatnici će prema tome imati unutarnje alarmne uređaje, interne telefone ili druge vrste uređaja, kako bi odmah mogli upozoriti, ako su sami, kada dođe do agresije od strane pacijenta, pratnje, obitelji ili drugih. Giovannini objašnjava da se radna skupina obvezala na usklađivanje u korporativnoj sferi metode izvještavanja o događaju,

upravljanje izvješćem nudeći zaposlenicima podršku nakon događaja, jedinstvene kriterije za procjenu rizika u ASL struktura. Na taj način se organiziraju preventivne akcije usmjerene osposobljavanju osoblja, organizaciji rada i intervencijama unutar radnih okolinskih uvjeta. Također, nastavljaju s prikupljanjem i analizom podataka agresije putem anketa i intervju u najizloženijim radnim okruženjima kao što su hitna služba i službe za mentalno zdravlje, revizija znanstvene literature o toj temi, te donošenje jedinstvenog dokumenta o procjeni rizika. Prema riječima Giovanninija, napadi na zdravstvene djelatnike predstavljaju problem zdravlja i sigurnosti na poslu, a ne samo talijansko pitanje. Europska unija također smatra da su zdravstveni djelatnici najizloženiji riziku od agresije: istraživanje iz 2011. godine pokazuje da 10% medicinskih

sestara u Europi prijavljuje barem jedan fizički ili verbalni napad od strane pacijenata ili članova obitelji tjedno. U Italiji, u anketi provedenoj među članovima komore, 66% ispitanika navodi da je pretrpilo barem jednu agresiju tijekom svoje karijere, a postotak raste na 80% za one koji rade u hitnoj službi.

Hrvatska komora medicinskih sestara putem linka na službenoj stranici također prikuplja podatke anketom koja ima za cilj od medicinskih sestara prikupiti podatke o nasilju nad njima tijekom obavljanja njihove djelatnosti. Hrvatska komora medicinskih sestara na taj način želi dobiti uvid u opseg navedenog problema kako bi opetovano ukazala na dubinu problema i nužnost njegovog sustavnog rješavanja.

<http://www.hkms.hr/anketa/>

EFPA: PSIHOLOZI ZA LJUDSKA PRAVA - POSLEDICE ODBIJANJA MIGRANATA

S obzirom da je jedan od glavnih ciljeva CEPLIS-a za ovu godinu, a kojeg je odredila Generalna skupština, pratiti trenutni učinak izbjegličke krize za naše društvo i naše profesije, važno je razmotriti

izjavu kolega iz Europske federacije udruga psihologa (aktivnog člana CEPLIS-a).

Psiholozi tvrde: odbacivanje izbjeglica koji dolaze brodovima ima posljedice i za one koji traže

pomoć i za zemlje koje ih odbijaju a to je - kršenje ljudskih prava.

U lipnju 2018. godine dva su broda, angažirana od strane nevladinih organizacija, spasila više od 800 izbjeglica od utapljanja u

Sredozemnom moru. Iako su luke u Italiji i na Malti bile najbliže kopno za izbjeglice, vlade u obje države uskraćivale su pristanak brodova i pružanje utočišta izbjeglicama. Od tada se takav tretman izbjeglica ponavlja i čini se kako je postao rutina.

Prof. Ulrich Wagner iz Upravnog odbora EFPA-e govori kako incidenti na Sredozemnom moru imaju ozbiljne posljedice za sve involvirane u navedeno. Psihološka istraživanja pokazuju da kršenje potrebe za tjelesnim integritetom ima ozbiljne posljedice poput posttraumatske bolesti, depresije, samoubojstva i pojačane razine agresije prema drugima.

Brutalno odbijanje izbjeglica u nevolji na moru također će imati

posljedice za odgovorne europske države i Europu općenito. Europski građani će se pitati kako opravdati tako dramatično kršenje ljudskih prava i europskih vrijednosti.

Psihološka istraživanja donose opsežne dokaze koji pokazuju da u takvim situacijama prijetnje temeljnim vrijednostima, ljudi obično krivima za to što im se događa - smatraju upravo one koji pate zbog boli i nepravde. Posljedica toga je da su oni koji pate, u ovom slučaju izbjeglice, obezvrijeđeni i dehumanizirani, te da dolazi do oživljavanja rasiističkih i ekstremističkih ideja.

Odbijanje izbjeglica ima ne samo velike posljedice za one koji su izravno pogođeni, izbjeglice i europske države i njihovu političku

i društvenu klimu, nego je to i ozbiljno kršenje ljudskih prava: Članka 3. Opće deklaracije o ljudskim pravima Ujedinjenih naroda iz 1948. godine u kojem stoji da je **pravo na život osnovno pravo za bilo koje ljudsko biće**.

Wagner također naglašava da kao profesionalni psiholozi, pozivaju sve, uključujući one koji su politički odgovorni, da pronađu put do odluke u skladu s ljudskim pravima. Smatra kako takvo postupanje može čak i promovirati mir unutar Europe i raditi protiv povećanja sukoba unutar europskih zemalja.

<http://www.efpa.eu/news/psychologists-for-human-rights-the-rejection-of-those-suffering-distress-at-sea>

EU I JAPAN POSTIGLI SPORAZUM O NAČELU EKONOMSKOG PARTNERSTVA

Europska unija i Japan 6. srpnja 2018. postigli su u načelu dogovor o glavnim elementima Sporazuma o ekonomskom partnerstvu. To će biti najvažniji bilateralni trgovinski sporazum koji je ikada zaključila EU i kao takva će prvi put uključiti posebnu predanost Pariškom klimatskom sporazumu. Glavni elementi sporazuma o ekonomskom partnerstvu uklonit će veliku većinu od 1 milijarde eura obveznica koje godišnje plaćaju EU tvrtke koje izvoze u Japan, kao i niz dugoročnih regulatornih prepreka. Također će otvoriti japansko tržište od 127 milijuna potrošača u ključni poljoprivredni izvoz EU i povećati mogućnosti izvoza u EU u nizu drugih sektora. Što se tiče poljoprivrednog izvoza iz EU, sporazum će, posebice

- osigurati zaštitu u Japanu više od 200 visokokvalitetnih europskih poljoprivrednih proizvoda, tzv. Zemljopisnih oznaka (GI), te će se također osigurati zaštita odabira japanskih GI-ova u EU

- sporazum također otvara nova tržišta usluga, posebice financijskih usluga, e-trgovine, telekomunikacija i transporta
- jamči EU pristup velikim tržištima nabave Japana u 48 velikih gradova i uklanjanje prepreke nabave u gospodarski važnom sektoru željeznice na nacionalnoj razini
- upozorava na određene slabosti u EU, primjerice u automobilskom sektoru, s prijelaznim razdobljima prije otvaranja tržišta
- također uključuje sveobuhvatno poglavlje o trgovini i održivom razvoju; postavlja najviše standarde rada, sigurnosti, zaštite okoliša i zaštite potrošača; jača ulogu EU i Japana na održivom razvoju i klimatskim promjenama te u potpunosti štiti javne usluge
- što se tiče zaštite podataka, koja se odvija odvojeno od Sporazuma o ekonomskom partnerstvu, tijekom srpnja održana je Zajednička objava

u kojoj EU i Japan naglašavaju važnost osiguranja visoke razine privatnosti i sigurnosti osobnih podataka kao temeljnih prava i kao središnji čimbenik povjerenja potrošača u digitalnom gospodarstvu, što također dodatno olakšava međusobne tokove podataka, što dovodi do razvoja digitalne ekonomije. Uz nedavne reforme njihovog zakonodavstva o zaštiti privatnosti, dvije su strane dodatno povećale konvergenciju između svojih sustava, što se ponajprije odnosi na sveobuhvatni zakon o zaštiti privatnosti, temeljni skup individualnih prava i provedbu nezavisnih nadzornih tijela. Navedeno nudi nove mogućnosti olakšavanja razmjene podataka, uključujući istodobno pronalaženje odgovarajuće razine zaštite od obiju strana. EU i Japan nastavljaju raditi na usvajanju odluka o adekvatnosti u skladu s odgovarajućim pravilima zaštite podataka što je prije moguće u ovoj godini.

SLOBODA KRETANJA STRUČNJAKA: EUROPSKA KOMISIJA POZIVA 27 DRŽAVA ČLANICA DA SE PRIDRŽAVAJU PRAVILA EU O PRIZNAVANJU STRUČNIH KVALIFIKACIJA

Europska komisija je 19. srpnja 2018. godine odlučila poslati pismo službene obavijesti 27 država članica (svim državama članicama osim Litve) u pogledu usklađenosti njihovog nacionalnog zakonodavstva i prakse s pravilima EU o priznavanju stručnih kvalifikacija (Direktiva 2005/36 / EC koja je izmijenjena Direktivom 2013/55 / EU). Kao što je već i poznato, EU je uspostavila suvremeni sustav za priznavanje stručnih kvalifikacija i iskustva diljem EU kako bi olakšala stručnjacima koji se žele baviti ili pružati svoje usluge u drugim državama članicama, da imaju svoje kvalifikacije priznate, dok jamče poboljšanu razinu zaštite potrošača i građana. Osiguravanje koherentne primjene ovih pravila u korist građana i gospodarskih subjekata od posebne je važnosti za Komisiju. Pisma službenih

obavijesti pokrivaju pitanja koja su presudna za funkcioniranje Direktive o kvalifikacijama, posebice uvođenje europske profesionalne kartice, mehanizam upozoravanja, mogućnost djelomičnog pristupa profesionalnoj djelatnosti, razmjernost jezičnih zahtjeva i postavljanje centara za pomoć. Osim toga, Europska komisija također postavlja pitanja koja se odnose na transparentnost i proporcionalnost regulatornih prepreka u profesionalnim uslugama koje su dijelom spomenute u Priopćenju od siječnja 2017. o preporukama reforme za regulaciju u stručnim službama. Sve zainteresirane države članice imaju dva mjeseca da odgovore na pitanja koje je postavila Komisija i argumentiraju; inače Komisija može odlučiti da im se dostavi finalno rješenje.

EUROPSKA KOMISIJA: KONFERENCIJA O DIGITALNOJ TRANSFORMACIJI JAVNE NABAVE

Digitalna transformacija je sljedeći korak u sektoru javne nabave. Iz tog razloga Europska komisija organizira konferenciju o izazovima i preprekama, u Lisabonu, Portugal, 18. listopada 2018.

Digitalna transformacija javne nabave donijet će ogromne promjene u tom sektoru, ali i povećanu konkurentnost gospodarstava zemalja Europske unije. To će poboljšati učinkovitost javnih usluga i učiniti javnu nabavu primamljivijom za poslovne tvrtke.

Upravo zato je digitalna transformacija javne nabave jedan od prioriteta istaknutih u okviru djelovanja Europske komisije.

Cilj konferencije koja će se održati u Lisabonu jest zajednički odgovoriti na pitanja:

- kako možemo podići dosadašnja postignuća na sljedeću razinu. E-nabava, „Europski jedinstveni dokument nabave“ i „eCertis“ su u uporabi, no i dalje imaju puno potencijala za javne kupce i poslovne tvrtke,
- kako se pripremiti za buduće valove tehnološke promjene i digitalne inovacije,
- kako dodatno potaknuti zajednicu javne nabave širom Europske unije na prednosti ove radikalne transformacije.

EUROPSKA KOMISIJA NADOPUNILA POPIS NADZORA NAD ZARAZNIM BOLESTIMA

Europska komisija 22. lipnja usvojila je Provedbenu odluku o popisu zaraznih bolesti i povezanih posebnih zdravstvenih problema te relevantnih definicija slučajeva koje treba pratiti kroz epidemiološku mrežu nadzora Europske unije.

Novi popis uključuje nedavno ili ponovno nastale zarazne bolesti, kao što su Chikungunya, bolest, lajmska neuroborreliozu i Zika infekcije te druge odgovarajuće slučajeve. Odluka također uključuje izmijenjene definicije za nekoliko drugih zaraznih bolesti i srodnih zdravstvenih problema kao što su antimikrobna rezistencija (AMR) i infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi (HAI). Štoviše, popis bolesti i popis slučajeva usklađuju se s nomenklaturom Svjetske zdravstvene organizacije prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti.

Redovita ažuriranja, kao ova što je prihvaćena 22. lipnja, pokreću razvoj novih znanstvenih informacija, razvijanje laboratorijske dijagnostike i prakse te se temelje na znanstvenim savjetima Europskog centra za prevenciju i kontrolu bolesti (ECDC).

Odluka br. 1082/2013 / EU ovlašćuje Komisiju da uspostavi i ažurira popis zaraznih bolesti i srodnih posebnih zdravstvenih problema kako bi osigurala njihovu pokrivenost mrežom epidemiološkog nadzora. Ova mreža okuplja Komisiju, ECDC i nadležna tijela odgovorna na nacionalnoj razini za epidemiološko nadgledanje. Komisija također utvrđuje slučajeve o svakoj zaraznoj bolesti i srodnim zdravstvenim problemima koje države članice moraju koristiti prilikom dijeljenja i informiranja s mrežom epidemiološkog nadzora radi osiguranja usporedivosti i usklađenosti prikupljenih podataka na razini Unije.

EUROPSKI CENTAR ZA PREVENCIJU I KONTROLU BOLESTI POKREĆE PLATFORMU ZA SAMOSTALNO VREDNOVANJE PRIPRAVNOSTI

Europski centar za prevenciju i kontrolu bolesti (ECDC), agencija Europske unije, pokrenula je platformu za samostalno vrednovanje zdravstvene spremnosti (HEPSA) kako bi podržala ostale države članice u poboljšanju njihove razine pripravnosti za hitne slučajeve javnog zdravstva.

Ova platforma ima za cilj olakšati procjenu razina spremnosti i pridonijeti utvrđivanju mogućih propusta. Također olakšava interakcije među zainteresiranim stranama kako bi raspravljali o temama vezanim uz pripremu hitnih slučajeva javnog zdravstva. Na temelju rezultata

samostalnog vrednovanja mogu se identificirati područja kojima je potrebno poboljšanje, a države članice mogu poduzeti specifične radnje kako bi ojačale svoje kapacitete.

Sustav HEPSA temeljen je na radnom listu i usmjeren je na stručnjake u organizacijama javnog zdravstva koji su odgovorni za planiranje i upravljanje događajima u nuždi.

Sastoji se od sedam domena koje definiraju proces pripravnosti i odgovora na hitne slučajeve javnog zdravstva:

1. Pripreme i odgovori na pitanja



2. Sredstva – educirana radna snaga
3. Kapacitet podrške - nadzor
4. Kapacitet podrške - procjena rizika
5. Upravljanje tekućim događanjima
6. Pregled nakon događaja
7. Provedba naučenih lekcija

Platforma je nadopunjena korisničkim priručnikom i obrascem za procjenu.

HOĆE LI FRANCUSKIM ZDRAVSTVENIM DJELATNICIMA BITI DOPUŠTENO OGLAŠAVANJE NA DRUŠTVENIM MREŽAMA

Francusko državno vijeće, koje djeluje i kao pravni savjetnik izvršne vlasti i kao vrhovni sud za upravno pravo, nedavno je objavilo studiju u kojoj preporučuje uklanjanje opće zabrane izravnog i neizravnog oglašavanja zdravstvenih djelatnika na društvenim mrežama, uključujući medicinske sestre. Kako bi uskladiti francuske propise u Europskoj uniji Vijeće zagovara slobodnu komunikaciju zdravstvenih zanimanja prema široj javnosti.

Vijeće predlaže uklanjanje zabrane oglašavanja nametnute zdravstvenim djelatnicima i dopuštanje prava na slobodnu komunikaciju s javnošću, pod uvjetom da nije komercijalno. Ovi prijedlozi temelje se na studiji „Pravila koja se primjenjuju na zdravstvene djelatnike u informiranju i

promidžbi“ koja je objavljena 21. lipnja ove godine. Sud je na ovo pitanje donio 15 prijedloga na zahtjev francuskog premijera Édouarda Philippea. Radna skupina, kojom predsjedava državni savjetnik Yves Doutriaux, želi dodijeliti pravo na komunikaciju svim zdravstvenim profesijama s profesionalnim regulatornim tijelom, to jest:

liječnicima, stomatolozima, medicinskim sestrama, primaljima, fizioterapeutima i farmaceutima.

Kroz ovaj prijedlog Vijeće pokazuje pravu ambiciju za ukidanje određenih ograničenja na informacije. Yves Doutriaux naglašava, na prvom mjestu, da u doba

interneta i društvenih mreža javnost ima „legitimna očekivanja“ u pogledu zdravlja. Zapravo, pacijenti žele znati više o zdravstvenim djelatnicima prije nego što dogovore sastanak: kakvo je njihovo iskustvo, kolika je cijena konzultacija. S druge strane, i promjena europske jurisprudencije



može oslabiti sadašnje francuske propise jer nedavna presuda Suda pravde Europske unije (CJEU), koju je preuzela Belgija, a čije je zakonodavstvo vrlo slično Francuskoj, smatra da je opća i apsolutna zabrana oglašavanja vezana uz skrb suprotna europskom pravu.

Do sada, etički je kodeks francuskih medicinskih sestara propisivao da se sestrinska profesija ne smije prakticirati kao posao. Zabranjeno je svako izravno ili neizravno reklamiranje ili reklamni proces, a posebna pažnja se pridaje komercijalnim procesima. Slijedom toga medicinska sestra može prijaviti svoju npr. privatnu praksu na profesionalnim pločama, na mjestu gdje radi, na zidu, na ulazu u zgradu, ili na vratima kabineta. Tamo gdje to izgled

prostora zahtijeva, mogu se dobiti i dodatne oznake. Jedine naznake da se radi o medicinskoj sestri su njezino ime, prezime, telefonski brojevi, dani i sati radnog vremena, diploma i titula. Sve ove oznake moraju biti predstavljene diskrecijom te ne smiju premašiti dimenziju od 25 x 30 cm.

Međutim, novima pravima bi bilo omogućeno da komuniciraju s javnošću, osobito o informacijama koje se odnose na njihove kompetencije, njihovu profesionalnu praksu, formalno i neformalno obrazovanje te ohrabruje korištenje više digitalnih alata za komuniciranje s javnošću.

Yann de Kerguenec, Predsjednik Francuske komore medicinskih sestara kaže kako su takve promjene naprosto nužne naročito ako se u obzir uzme tehnički

napredak i promjene u zahtjevima korisnika, posebice transparentnost kako bi slobodni izbor praktičara bio učinkovit. Smatra da nove informacijske i komunikacijske tehnologije trebaju poslužiti javnosti da se bolje upoznaju s djelovanjem, vještinama i stručnošću medicinskih sestara. Specifičnost ovih zdravstvenih profesionalaca leži u tome da njihovo nazivlje, stupanj stručnosti i njihovu etičnost određuje njihov profesionalni regulator, a to mora biti javnosti vidljivo kako bi se poštovala i vrednovalo medicinske sestre kao profesiju. Time bi se omogućila i bolja informiranost korisnika, koji bi trebali moći, znati i pravilno odabrati kome pokloniti svoje povjerenje, osobito ako je riječ o npr. zdravstvenoj njezi u kući.

IZJAVA PREDSJEDNIKA RUDOLFA KOLBE O VAŽNOM UTJECAJU AUSTRIJSKOG PREDSJEDNIŠTVA U EU KONCILU: „POTPUNA PREDNOST DIGITALIZACIJE“



Austrijsko predsjedništvo ide stopama svojih partnera Estonije i Bugarske, i daje prednost razvoju Digitalnog tržišta. Digitalizacija nije samo rastući faktor, već ima veliki utjecaj na razvoj civilnog društva.

Svrha zagovaranja proširenja širokopojasnog pristupa i pokrivenosti mobilnim mrežama je, naravno, važna osnova za konkurentnost europskih tvrtki, ali ima i mnogo društveno relevantnih "nuspojava". Između

ostalog može znatno poboljšati situaciju u udaljenim područjima, uspostavom novih mogućnosti rada na daljinu i povećanjem broja poduzeća. Također može poticati uključivanje i dostupnost u odnosu na tržište rada.

U kontekstu preispitivanja Akcijskog plana za e-vladu, Austrijsko Predsjedništvo želi nastojati ubrzati tempo modernizacije u javnim upravama država članica. E-vladavina nije samo osnova za suvremenu i učinkovitu administraciju, već nudi niz inovativnih pristupa koji jamče sudjelovanje građana u demokratskim procesima donošenja odluka - kao što su on-line sastanci s političarima, grupe za raspravu, postupci zakonodavnih konzultacija, elektronsko glasovanje itd.

Ipak, brzi tehnički razvoj u vezi s digitalizacijom i automatizacijom zahtijeva pravne okvire koji

moraju kontrolirati nepovoljna kretanja, osobito društvene rizike i sigurnosne rizike. Odredba o zaštiti podataka, Uredba o privatnosti i komunikaciji, Zakon o cyber-zaštiti važni su u tom kontekstu. No, dodatni trud se ulaže u stavljanje naglasaka na jamčenje pravednih uvjeta rada za sve u digitaliziranom svijetu. Predsjedništvo Austrije usredotočiti će se na rad na platformi, kao i pregovore o Direktivi o transparentnim i predvidljivim radnim uvjetima u EU i o novom Vodiču za zapošljavanje.

U promjenjivoj radnoj i životnoj sredini koja će imati znatne utjecaje na tradicionalne životne modele, aspekt ravnopravnosti spolova će dobiti još veću važnost. Austrijsko Predsjedništvo stoga nastoji promovirati dijalog usmjeren prema budućnosti na ravnopravnost spolova i želi unaprijediti institucionalizaciju

diskursa na političkom planu EU. Također će se snažno usredotočiti na podupiranje malih i srednjih poduzeća i njihova poslovanja tijekom austrijskog predsjedanja. Iako digitalizacija donosi niz novih poslovnih prilika, postoje razvoji koji ugrožavaju tržišnu prisutnost malih i srednjih poduzeća. Na primjer, digitalizacija procesa građenja rastućom uporabom modeliranja građevnih informacija zahtijevat će mjere kojima će se jamčiti otvoreni digitalni sustavi kako bi se osigurala konkurentnost malih i srednjih poduzeća.

Za sve profesije će biti zanimljivo vidjeti hoće li i kako će Predsjedništvo Austrije pratiti EC preporuke reforme za regulaciju u profesionalnim službama. Sadašnja austrijska vlada smatra načelo supsidijarnosti kao vrlo važnu stavku koja se mora strogo poštivati.



JAVNO ZDRAVSTVENE INSTITUCIJE EUROPSKE UNIJE POTVRDILE PODRŠKU U JAČANJU MEĐUSOBNE SURADNJE NA PROCJENI ZDRAVSTVENIH TEHNOLOGIJA

U srpnju je više od 300 političara, pružatelja zdravstvenih usluga, predstavnika pacijenata i drugih stručnjaka razgovaralo o budućoj suradnji na procjeni zdravstvenih tehnologija (HTA). Rasprave su pokazale da nakon 20 godina zajedničkog rada HTA treba imati

priliku da postane strukturirana, održivija i učinkovitija, dopuštajući optimalno korištenje resursa i razmjenu stručnosti diljem Europske unije.

Za povjerenika Vytenisa Andriukaitisa, iznimno je bitno zajedničko sudjelovanje pacijenata,

zdravstvenih djelatnika i industrije u raspravi o HTA-u. Navodi kako je sada prava prilika za uspostavljanje mehanizma koji osigurava da HTA koristi svoj maksimalni potencijal u cijeloj Europskoj uniji. Vjeruje da zajedničke procjene ne samo da



pomažu pacijentima da imaju pristup najučinkovitijim zdravstvenim tehnologijama, nego bi također pridonijele održivosti zdravstvenih sustava. Široka uključenost sudionika također osigurava kvalitetu i predvidljivost. Štoviše, vjeruje da će takvo djelovanje donijeti veću transparentnost u procesima HTA u Europske unije.

Nakon plenarne sjednice s povjerenikom, izvijestitelj Europskog parlamenta, Soledad Cabezón Ruiz, europski zastupnik Clemens Auer iz austrijskog Ministarstva zdravstva i izvijestitelj EESC-a

Dimitris Dimitriadis, sudionici su dali preporuke o tri glavne teme:

- veće angažiranje pacijenata i kliničara u HTA. Potreban je transparentan i sustavan angažman s dionicima, kako na izvješćima o proizvodima tako i na širim strateškim razinama. Uključivanje pacijenata i zdravstvenih djelatnika u zajedničku kliničku procjenu jamči da izvještaji uključuju i potrebe i mišljenja pacijenata. Potrebni su odgovarajući resursi kao što je relevantna edukacija kako bi se omogućio njihov doprinos.

- Stvaranje dokaza koji udovoljava potrebama pacijenata i donositelja odluka u zdravstvenom sustavu. Pitanje transparentnosti ključno je za uspjeh i prihvaćanje promjena.
- Upravljanje nesigurnostima u fazi nakon pokretanja. Registri i podaci u stvarnom svijetu čine važan dio dokaza o učinkovitosti i djelotvornosti tehnologija u zdravstvu. Digitalno jedinstveno tržište Europske unije nudi brojne mogućnosti za interoperabilna IT rješenja, zajedničke standarde, sigurnost podataka i digitalne kompetencije.

MEĐUNARODNO VIJEĆE MEDICINSKIH SESTARA O POLOŽAJU MEDICINSKIH SESTARA U PLANIRANJU LJUDSKIH RESURSA



Pravovremena procjena potreba pacijenata i dostatna sredstva za osiguranje odgovarajuće razine broja osoblja od iznimne su važnosti kada je u pitanju sigurnost i dobrobit pacijenata i medicinskih sestara, stav je Međunarodnog vijeća medicinskih sestara (International Council of Nurses, ICN).

Pismena obavijest o navedenom, a koju su sastavili međunarodni stručnjaci u dogovoru s članicama ICN-a, propisuje načela i praktičnost planiranja ljudskih resursa u sestrinstvu. Naglašava rezultate istraživanja koja pokazuju izravnu povezanost između broja medicinskih sestara i ishoda kod pacijenata pri čemu je također utvrđen i utjecaj neodgovarajućeg broja zaposlenika s povećanim rizikom od izgaranja na radnom mjestu. ICN ovime želi pomoći svim onima koji su uključeni u određivanje razine broja osoblja jer postoje jasni dokazi o važnosti sigurne službe u odnosu na sigurnost bolesnika u svim sektorima zdravstvene skrbi. Neadekvatna ili nedovoljna količina osoblja povećava rizik za smanjenu kvalitetu zdravstvene njege, moguće komplikacije kod

pacijenata, slabije kliničke ishode pa čak i povećani mortalitet pacijenata u bolničkoj skrbi.

Dokument - pod nazivom *Sigurnost ljudskih resursa u sestrinstvu utemeljena na dokazima* - nastavlja niz preporuka komorama medicinskih sestara na nacionalnim razinama, zdravstvenim poslodavcima ali i medicinskim sestrama individualno. Konkretno, upozorava se na pokušaj zamjene registriranih medicinskih sestara s „manje

kvalificiranim kadrovima djelatnika“. Takvi postupci imaju direktan utjecaj na višu razinu mortaliteta u bolnicama, manjom financijskom učinkovitošću, povećanjem pojave neželjenih događaja kao što su pogrešno primijenjeni lijekovi, veći broj padova te slabije ishodi kvalitete skrbi pacijenata. Preporuke Dokumenta se zalažu za korištenje rezultata istraživanja o povezanosti dovoljnog broja kvalificiranih medicinskih sestara

i ishoda skrbi, a u različitim radnim okruženjima. Također, ICN poziva medicinske sestre i da individualno formalno prijavljuju nesigurne situacije u vezi s nedostatnim brojem medicinskih sestara. Osim što ICN naglašava važnost sigurnog broja osoblja kada je u pitanju dobrobit pacijenata, naglašava i potrebu za zdravim i podržavajućim radnim okruženjem za osoblje.

NHS (NATIONAL HEALTH SERVICES) U VELIKOJ BRITANIJ POKREĆE TV OGLASNU KAMPANJU ZA ZAPOSŁJAVANJE TISUĆA MEDICINSKIH SESTARA

NHS je ovog mjeseca pokrenuo multimedijalnu televizijsku reklamnu kampanju s ciljem zapošljavanja tisuća medicinskih sestara tijekom 70. godišnjice postojanja. Nova kampanja od 8 milijuna funti koju financira NHS England i Odjel za zdravstvo i socijalnu skrb slovi za najveći natječaj za zapošljavanje u 70-godišnjoj povijesti.

Kampanjom se prvenstveno cilja na populaciju školske djece u dobi od 14 do 18 godina, jer smatraju da bi mladi ljudi trebali biti inspirirani odabiranjem karijere u NHS-u, te da je potrebno što više učiniti kako bi se istaknuo širok raspon mogućnosti talentiranim i posvećenim mladim ljudima. Kampanjom će se staviti naglasak na sestrinstvo, dajući prioritete ključnim područjima uključujući mentalno zdravlje, poteškoće u učenju i sestrinstvu u zajednici te općoj praksi čime će se dugoročno pomoći u realizaciji plana osnaživanja ljudskih resursa unutar NHS.



PREPORUKA BRITANSKOG MEDICINSKOG VIJEĆA: ANP (ADVANCED NURSE PRACTITIONERS) TREBAJU IMATI JEDNAKOST S MLADIM DOKTORIMA

Dekanica Kraljevskog liječničkog koledža (Royal College of Physicians, RCP), prof. Dame Jane Dacre izjavila je da u vrijeme nestašice radne snage treba doći kraj „kulturnim stereotipima“ o tome što rade doktori a što rade medicinske sestre. U smjernicama preporučenim od strane Kraljevskog liječničkog koledža, kliničko osoblje bi trebalo podijeliti na tri razine:

Razina 1: kliničari koji bi uključivali i APN, s kompetencijama početne procjene pacijenata

Razina 2: bi uključivala medicinsku administraciju

Razina 3: stručni kliničari koji imaju sveukupnu odgovornost za skrb pacijenata.

RCP navedenim smjernicama omogućuje lakše mapiranje ljudskih resursa na preporučenim

razinama s ciljem pružanja sigurne skrbi pacijentima. U interesu sigurnosti, rad osoblja trebao bi se temeljiti na 80% maksimalne aktivnosti, navodi se u smjernicama. Dame Jane je izjavila da je posljednjih godina kliničko osoblje počelo obavljati poslove koje su tradicionalno obavljali liječnici. To je „nastalo iz nužde“ i tamo je sada potrebno uvesti pravila, rekla je.



Pravila bi se odnosila na:

- novi standardi edukacije ANP
- novi standardi kliničke prakse za ANP
- prvi nacionalni okvir kliničke prakse za ANP
- akreditacije Kraljevskog koledža sestrinstva (Royal College of Nursing, RCN) za ANP

Janet Davies, RCN Dekanica, podržava navedene smjernice i pravila. Smatra kako će se time povećati broj profesionalaca s ciljem pružanja sigurne i pravovremene skrbi pacijentima, jer u Engleskoj ni danas nema dovoljno osoblja za pružanje sigurne i učinkovite skrbi, što bi se ovim smjernicama zasigurno postiglo.

PRIORITETI ZA AUSTRIJSKO PREDSJEDANJE VIJEĆEM EU

Od 1. srpnja 2018. godine Austrija je preuzela rotirajuće Predsjedništvo Europskog vijeća. Ova je vlada objavila popis svojih prioriteta za narednih šest mjeseci. Prema tim prioritetima, austrijsko Predsjedništvo Vijeća Europske unije usmjerit će se na sigurnost i borbu protiv ilegalne migracije, osiguravajući prosperitet i konkurentnost kroz digitalizaciju i stabilnost u europskom susjedstvu.

Moto austrijskog Predsjedništva je „Europa koja štiti“. Da bi se taj cilj postigao, Austrijski pristup temelji se na unapređenju načela supsidijarnosti. Europska unija bi se trebala usredotočiti na velika pitanja koja zahtijevaju zajedničko rješenje i poduzeti korak naprijed kada se radi o manjim pitanjima gdje države članice ili regije imaju bolju poziciju donositi odluke. Ovaj pristup nastoji ozbiljno shvatiti moto Europske unije, „United in Diversity“ (Ujedinjeni u različitostima).

U tu svrhu Beč je istaknuo tri prioriteta za koje će se zauzimati tijekom svog mandata:

1. Sigurnost i borba protiv ilegalne migracije - pitanje od velike važnosti za sadašnju austrijsku vladavinu
2. osiguravanje prosperiteta i konkurentnosti kroz digitalizaciju
3. Stabilnost u europskoj četvrti - perspektiva EU zapadnog Balkana / jugoistočne Europe

Austrija gleda svoju ulogu tijekom predstojećeg Predsjedništva Vijeća kao onu neutralnog brokera. S obzirom na geografsku lokaciju u središtu EU-a, svoju obvezu neutralnosti i u skladu s tradicionalnom ulogom „graditelja mostova“, Austrija će nastojati pridonijeti jedinstvu unutar EU tijekom Predsjedništva Vijeća.

Sljedeća zemlja koja preuzima ulogu Predsjedništva Vijeća EU bit će Rumunjska koja će započeti predsjedanje u siječnju 2019. godine.

PROJEKT BRITANSKE VLADE ISTRAŽIVANJIMA U SESTRINSTVU I PRIMALJSTVU

Novi istraživački program od 3 milijuna funti omogućit će medicinskim sestrama i primaljama da posvete dva dana u tjednu za razvoj kulture prakse utemeljene na dokazima. Program „Leading Research of Nurse and Midwife“ financira Nacionalni institut za

zdravlje i istraživanje (NIHR). Cilj programa je utvrđivanje načina za doprinos povećanju skrbi za pacijente i poboljšanje učinkovitosti u sestrinstvu i primaljstvu. Intervencije usmjerene sprečavanju dekubitusa, prevenciji infekcija i padova su tri primjera vrste

istraživanja kakve će program podržavati. Za voditelje programa biti će izabrano 70 medicinskih sestara i primalja tijekom sljedeće tri godine, a putem posebnog procesa natječaja u NIHR-u.

Prijave će biti ocijenjene od strane stručnog vijeća i dodijeljene

prema tome može li medicinska sestra ili primalja pokazati stručnost u istraživanju i sposobnost utjecanja na radnu snagu u sestrinstvu i primaljstvu s ciljem poticanja istraživačke aktivnosti. Uspješni kandidati će imati za cilj isticanje važnosti istraživačke aktivnosti u kliničkoj praksi i „poticanje kulture inovacija“. Program će potaknuti istraživačke suradnje i interdisciplinarnu razmjenu znanstvenih znanja i vještina. Ministar zdravstva Velike Britanije, Lord O'Shaughnessy izjavio je da ovim programom Ministarstvo daje više snage u ruke osoblja u praksi, osoblja koje bolje razumije ono što je potrebno za poboljšanje kvalitete zdravstvene njege u budućnosti. Također, želi da program vode medicinske sestre i primalje prestižne u tom području, kako bi se potaknula važnost istraživanja za poboljšanje ishoda kvalitete skrbi za bolesnike.

Dr. Susan Hamer, voditeljica organizacijskog odjela mreže



kliničkih istraživanja u sestrinstvu pri NIHR, izjavila je kako će pokrenuti novu kulturu u sestrinskoj profesiji – zasnovanu na dokazima, te da je iznimno važno što su upravo medicinske sestre i primalje pokretači takve promjene. Emma Munro, voditeljica istraživanja i razvoja profesije sestrinstva u Sveučilišnoj bolnici Southampton, dodala je da znanje

i iskustvo prikupljeno na radnim mjestima, stavlja medicinske sestre i primalje u jedinstvenu poziciju za prikupljanje podataka i informacija koje mogu transformirati zdravstvo, uključujući i zdravstvenu njegu bolesnika. Program će započeti u travnju 2019. godine.

SLUŽBENO USVAJANJE DIREKTIVE O PROPORCIONALNOSTI EUROPSKE KOMISIJE

Europski parlament, Vijeće i Komisija 28. lipnja 2018. godine potpisali su nova pravila u Zakonu kako bi se osiguralo da nacionalni propisi o stručnim službama ne stvaraju nepotrebne prepreke slobodnom kretanju stručnjaka. Direktiva zahtijeva da države članice temeljito procijene troškove i prednosti predviđenih zakona o stručnim službama provodeći „test proporcionalnosti“.

Povjerenica za unutarnje tržište, industriju, poduzetništvo i mala i srednja poduzeća Elzbieta Bieńkowska izjavila je da će nova direktiva pomoći stručnjacima i osobito mladim diplomantima da imaju koristi od jedinstvenog tržišta. Pomoći će državama članicama da oblikuju svoje

zakonodavstvo i potiču najbolju vrijednost Europe, jedinstveno tržište. Bolja pravila za profesionalne usluge mogu stvoriti 700.000 radnih mjesta i dovesti do šireg izbora i nižih cijena za potrošače.

Direktiva o „testu proporcionalnosti“ usmjerava države članice u reguliranju stručnih usluga i osigurava transparentnost i uključivanje zainteresiranih strana pri usvajanju novih pravila. Oko 50 milijuna ljudi - 22% europske radne snage - radi u zanimanjima kojima je pristup uvjetovan posjedovanjem određenih kvalifikacija ili za koje je zaštićena uporaba određenog naslova (npr. inženjeri, odvjetnici ili arhitekti). Uredba može

biti zajamčena za niz zanimanja, primjerice one vezane uz zdravlje i sigurnost. No, postoje mnogi slučajevi u kojima nepotrebno opterećujuća pravila otežavaju kvalificiranim kandidatima pristup tim poslovima. To je također na štetu potrošača. Prema pravu EU, država članica treba utvrditi jesu li novi nacionalni profesionalni zahtjevi nužni i uravnoteženi. Direktiva osigurava koherentan i dosljedan pristup ovoj procjeni racionaliziranjem i pojašnjavanjem kako države članice trebaju osigurati nacionalna pravila o profesionalnim uslugama potrebna i uravnotežena. Države članice sada imaju dvije godine da prenesu nova pravila u nacionalno pravo.

UNIÓN PROFESIONAL, ŠPANJOLSKI SAVEZ SLOBODNIH ZANIMANJA, DIO JE AKCIJSKOG PLANA ZA PROVEDBU PROGRAMA 2030. VLADE ŠPANJOLSKE

Španjolski kolege iz Unión Profesionala, kao sudionika organiziranog civilnog društva, pridonijeli su svojoj Deklaraciji o radu Akcijskom planu za provedbu "2030 Agenda: „Prema španjolskoj strategiji održivog razvoja“, u kojem su svi španjolski ministarski odjeli kao i Autonomne zajednice, lokalne jedinice i predstavničke organizacije civilnog društva. Vlada

razvoju i priznaje svoju odgovornost glede ostvarenja 17 ciljeva održivog razvoja koji su njima svojstveni. UP ističe važnost podsektora stručnih službi u Španjolskoj kao okosnicu civilnog društva; pod-sektor profesionalnih usluga, koji u Španjolskoj teži oko 11% bruto dodane vrijednosti i zauzima više od 12% izravnog zapošljavanja, zajedno s gotovo 4% povezane zaposlenosti. Isto

prostor odnosa u kojima civilno društvo općenito, a posebno zanimanja, mogu prenijeti svoje stajalište Vladi, jamči trajno aktivno slušanje potreba struke.

2. Materijalna i nematerijalna sredstva kako bi se prostor odnosa mogao prilagoditi potrebama civilnog društva.

Kako Unión Profesional formulira ove zahtjeve, obvezuju se:



Španjolske će razviti ovu Metodu između 2018. i 2020. godine. U tu svrhu, 18. lipnja 2018. godine, visoki je povjerenik za 2030. sastavio dnevni red pod nadzorom predsjednika Vlade, koji nastavlja s namjerom da Ujedinjenim narodima predstavi Akcijski plan, a koji se prethodno priprema na visokoj razini. Ovaj Akcijski plan odobrilo je Vijeće ministara i bit će podvrgnut dobrovoljnom ispitu Ujedinjenih naroda 18. srpnja; promiče usvajanje Strategije održivog razvoja 2020-2030.

OBJAVA PROFESIJA ČLANOVA UNIÓN PROFESIONAL

Unión Profesional (UP) izražava svoju predanost 2030 Agendi Ujedinjenih naroda o održivom

tako, na poslovnoj razini, predstavlja 16,6% ukupnog iznosa, čini 17,2% ukupnih rashoda za inovacije i 29,8% ukupnih rashoda za istraživanje i razvoj. Njegova je važnost ključna za gospodarstvo, budući da su njegove profesionalne usluge potražnja, kao intermedijarni proizvodi za proizvodnju drugih dobara i usluga, kako krajnji potrošači, kako klijenti ili pacijenti. Kako bi Unión Profesional, struke i njihove reprezentativne organizacije na strukturirani način sudjelovale u ciljevima održivog razvitka i kako bi se njihov doprinos optimizirao, pozivaju španjolsku vladu da:

1. Osiguraju stvaranje čvrste i horizontalne mreže, stvore

1. Aktivno uključiti ciljeve održivog razvoja u profesionalne vrijednosti i kolegijalnu kulturu.
2. Podijeliti potrebu za razvijanjem ciljeva održivog razvoja u našem profesionalnom okruženju i društvu.
3. Podizati svijest o važnosti državljanstva kroz kolegijalne strukture.

Unión Profesional se obvezuje poraditi na svemu što je prethodno navedeno, kao i na drugim aspektima koji bi mogli nastati, kako bi se zajamčila krajnja predanost koja nije ništa drugo nego društvena pravda, ravnopravnost i dostojanstvo ljudi.

ŠPANJOLSKE MEDICINSKE SESTRE KOJE SU STEKLE DIPLOMU U VELIKOJ BRITANiji MORAJU ISTI VALIDIRATI PRIJE BREXITA

Španjolska komora medicinskih sestara dala je uputu svim svojim članovima o situaciji u kojoj će se naći kada Velika Britanija izađe iz Europske Unije. Jedna od glavnih točaka savjetuje španjolske kolege, a koji su stekli diplomu sestrinstva u Velikoj Britaniji da istu moraju validirati prije Brexita, koji je najavljen za 29. ožujka 2019. Iako Europska komisija obavještava da u načelu povlačenje Velike Britanije ne utječe na kvalifikacije dobivene u vrijeme kada je Velika Britanija bila zemlja članica Europske Unije, savjetuje se ipak spriječiti kasnije administrativne probleme građanima EU koji posjeduju kvalifikacije stečene u Velikoj Britaniji.

Kao što je dobro poznato, jedno od načela Europske Unije je sloboda kretanja djelatnika u svim zemljama EU, što znači da su prava i uvjeti zajednički u svim zemljama članicama. Postavljeno je pitanje u kakvoj se situaciji ti profesionalci nalaze kada Velika

Britanija više ne bude dio EU. Europska komisija je 25. lipnja objavila niz preporuka kojima će se onemogućiti utjecaj izlaska Velike Britanije iz EU na profesionalne kvalifikacije građana EU koji će boraviti u Velikoj Britaniji. Četiri su ključne točke sažetka navedenih preporuka:

1. Povlačenje Velike Britanije ne utječe na odluke o priznavanju stručnih kvalifikacija dobivenih u Velikoj Britaniji prije datuma povlačenja na temelju Direktive 2005/36/EZ od strane države članice EU-27.
2. Od datuma povlačenja, državljani Velike Britanije bit će državljani trećih zemalja, te se stoga Direktiva 2005/36/EZ više ne odnosi na njih. Ako građanin Velike Britanije aplicira za npr zaposlenje u državi članici EU-a, procjena kvalifikacija će se odvijati putem nacionalnog procesa procjene kvalifikacija (diploma) zdravstvenog djelatnika.

3. Kvalifikacije koje su građani EU-a (koji nisu državljani Velike Britanije) stekli u Velikoj Britaniji od datuma povlačenja biti će klasificirane kao kvalifikacije treće zemlje u skladu sa zakonodavstvom EU. Priznavanje takve kvalifikacije više neće biti obuhvaćeno režimom priznavanja Direktive 2005/36/EZ.

4. Preporuke Komisije savjetuju građane EU koji posjeduju kvalifikacije stečene u Velikoj Britaniji, a dobivene prije datuma povlačenja, da razmotre je li poželjno dobiti, prije datuma povlačenja, priznavanje tih stručnih kvalifikacija u državi članici EU-27.

80% španjolskih medicinskih sestara koje rade u inozemstvu nalaze se u Velikoj Britaniji. Zbog toga je Florentino Pérez Raya, predsjednik Španjolske komore medicinskih sestara, preporučio razmatranje tih preporuka kako bi se na vrijeme riješili potencijalni problemi.

STUDIJA O PREKOGRANIČNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI: POMOĆ PACIJENTIMA U OSTVARIVANJU PRAVA

Pacijenti u Europi su i dalje općenito nesvjesni svojih prava i mogućnosti pristupa zdravstvenim uslugama u drugim državama članicama Europske Unije, kao i postojanja nacionalnih kontaktnih centara (National Contact Points, NCPs) kako bi im se pomoglo ostvariti prava prema Direktivi *Prekogranične zdravstvene zaštite*. Iz tog razloga Ecorys i GfK Belgija (međunarodne tvrtke za provođenje istraživanja) i Sveučilište u Leuvenu proveli su studiju pod nazivom „Poboljšanje pružanja informacija pacijentima“. Cilj istraživanja bio je kako unaprijediti trenutnu razinu informacija o prekograničnoj

zdravstvenoj zaštiti koja je dostupna pacijentima. Pri tome su koristili kombinaciju različitih metoda istraživanja, uključujući pregled literature, analizu pravnih tekstova, analize web stranica, anketiranje NCP-a i pacijenata.

Istraživanje je pokazalo da, iako su informacije dostupne pacijentima na NCP web stranicama adekvatne, same web stranice trebaju poboljšanja, posebice u odjeljcima o pravima pacijenata (za dolazne pacijente), standardima kvalitete i sigurnosti (za dolazne pacijente) i naknade prekograničnih troškova zdravstvene zaštite (za pacijente koji

odlaze). Međutim, u usporedbi s rezultatima evaluacijske studije (terenski radovi provedeni 2014.), NCP-ovi su postigli značajan napredak u ovom području.

Ova studija je također rezultirala razvojem orijentiranog alata i materijala za edukaciju koji pomažu NCP-ima poboljšati kvalitetu informacija za pacijente, kao i niz vodećih načela i pokazatelja za uspostavljanje NCP usluge koja je ujednačena, orijentirana pacijentima u skladu sa zakonskom regulativom. To će svakako pridonijeti visokoj razini informiranja pacijenata u ostvarivanju prava prekogranične zdravstvene zaštite.

SZO: INOVACIJE I ULAGANJA U INKLUZIVNE ZDRAVSTVENE SUSTAVE KLJUČNI SU ZA PROSPERITET SVIH NARODA

„Ulaganje u zdravlje je ulaganje u buduću ljudski razvoj, a dobro funkcionirajući zdravstveni sustavi iznimno su važni za poboljšanje zdravlja društva u cjelini“: izjavila je Predsjednica Estonije Kersti Kaljulaid u svom govoru na otvaranju sastanka „Zdravstveni sustavi za prosperitet i solidarnost: ne ostavljajmo nikoga“, a koji se održao u lipnju u Tallinnu povodom obilježavanja 10 godina od potpisivanja Tallinnske povelje. Sastanak je potaknuo na razmišljanje sve sudionike o napretku koji je postignut od potpisivanja povelje i za istraživanje novih načina preobrazbe zdravstvenih sustava radi poboljšanja zdravlja. Regionalna direktorica Svjetske

zdravstvene organizacije za Europu dr. Zsuzsanna Jakab priznaje kako su europske zemlje postigle važne korake u poboljšanju zdravlja i pružanju zdravstvenih usluga cijeloj populaciji. Ali je također pozvala zemlje europske regije da se više trude u smislu „Što možemo učiniti bolje“. Smatra da sa znanjima i iskustvom o tome što i kako funkcionira te s novim mogućnostima koje pruža tehnologija, ne bismo trebali čekati desetljeća kako bi suzili zdravstveni jaz između zemalja s visokim i niskim prihodima. Tijekom cijelog trajanja sastanka svi sudionici, uključujući političare i različite međunarodne stručnjake, podijelili

su svoja iskustva i ideje o tome kako postići obveze i vrijednosti Tallinnske povelje. Ponovno su potvrdili da se europski zdravstveni sustavi trebaju graditi na ključnim načelima solidarnosti i jednakosti, čak i u okruženju koje se dramatično promijenilo u deset godina od potpisivanja Povelje. 235 sudionika iz 41 zemlje SZO Europske regije bilo je uključeno u tri glavne teme: uključivanje, ulaganje i inovacije. Prve dvije plenarne sjednice usredotočile su se na temu uključivanja, počevši od ključnog govora profesora Charlesa Normanda iz Trinity Collegea u Dublinu (Irska). Profesor Normand iznio je tri dimenzije univerzalne zdravstvene



„ULAGANJE U ZDRAVLJE
JE ULAGANJE U BUDUĆI
LJUDSKI RAZVOJ, A DOBRO
FUNKCIONIRAJUĆI ZDRAVSTVENI
SUSTAVI IZNIMNO SU VAŽNI
ZA POBOLJŠANJE ZDRAVLJA
DRUŠTVA U CJELINI“

pokrivenosti: tko ima pristup skrbi, do koje mjere su pokriveni i za koje usluge. Usljedio je dijalog s perspektivama Gruzije, Grčke i Slovenije. Sudionici su raspravljali kako kretanje ka univerzalnoj zdravstvenoj pokrivenosti izgleda u praksi na razini države, uključujući ustrajnost, predanost i, ponekad potrebu kompromisa. Druga je sjednica ukazala na pitanje: „Mogu li si ljudi priuštiti plaćanje zdravstvene zaštite?“ Tehnički stručnjaci SZO Ureda za zdravstvo u Barceloni predstavili su početna otkrića iz nove studije koja koristi podatke iz 25 zemalja regije kako bi procijenili financijsku zaštitu. Podaci pokazuju da čak i u najbogatijim zemljama Europe, neka kućanstva osiromašuju plaćanjem zdravstvene zaštite. Predstavnici su naglasili da usvajanje zakonskih propisa u korist siromašnih korisnika i poboljšanje pokrivenosti lijekovima može pomoći u olakšavanju financijske problematike. Zatim

su dvije paralelne sjednice bile usmjerene na dijalog o preustroju između sektora zdravstva i financija na ulaganje u zdravstvene sustave i javno zdravstvene usluge. Na završnoj plenarnoj sjednici raspravljalo se o iskorištavanju inovacija i sustava s ciljem zadovoljavanja potreba ljudi. Započela je govorom profesorice Trish Greenhalh sa Sveučilišta Oxford (Velika Britanija), koja je objasnila složenost uključivanja novih tehnologija u okruženjima zdravstvene skrbi.

Sudionici su raspravljali o nizu pitanja, promišljajući pri tome o izazovima i prilikama inovacija u odnosu na zdravstveni sektor.

VRIJEDNOSTI POVELJE U TALLINNU OSTAJU RELEVANTNE I DANAS

Po završetku sastanka, donšeni su zaključci koje je prezentirao dr. Hans Kluge, direktor Odjela za zdravstvene sustave i javno zdravstvo u SZO/EuropA. Glavna

poruka sastanka u Tallinnu jest nepobitna predanost europskih zemalja za izgradnju zdravstvenih sustava zasnovanih na solidarnosti. Dr. Kluge opisao je tri ključna koraka koje zemlje regije mogu pri tome poduzeti:

1. udvostručiti napore kako bi se postigla opća zdravstvena pokrivenost
2. uložiti više truda u praksu orijentiranu pacijentu
3. misliti i planirati unaprijed kako bi bili sigurni da su zdravstveni sustavi spremni za rješavanje bilo kakve krize ili šoka.

Dokument sa zaključcima sastanka biti će kombiniran sa zaključcima sastanka održanog u Sitgetsu u Španjolskoj u travnju 2018., te predstavljen kao rezolucija na 68. sjednici Regionalnog odbora SZO-a za Europu u jesen ove godine.

EUROPSKI FOND ZA STRATEŠKA ULAGANJA (EFSI) MOBILIZIRAO JE 335 MILIJARDI EURA DODATNIH ULAGANJA U EU OD SRPNJA 2015

Europska komisija i skupina Europske investicijske banke (EIB) dostavile su svoj zalog za mobiliziranje dodatnih ulaganja u iznosu od 315 milijardi eura u sklopu Investicijskog plana za Europu, znan kao tzv. Junckerov plan. Junckerov plan pokrenut je u studenom 2014. godine kako bi preokrenuo trend smanjenja niskih razina ulaganja i stavio Europu na put ka gospodarskom oporavku. Potpomognuti proračunskim jamstvom Europske unije i vlastitim sredstvima iz EIB grupe, odobreno je 898 operacija, od kojih se očekuje da će pokrenuti ulaganja u iznosu od 335 milijardi eura u 28 država članica EU. To je više od prvobitnog cilja od 315 milijardi eura postavljenog u 2015. godini kada je pokrenut EFSI, pomažući u zatvaranju investicijskog jaza koji je uslijedio zbog financijske i gospodarske krize. 700.000

malih i srednjih poduzeća imaju koristi od poboljšanog pristupa financijama. S obzirom na uspjeh EFSI-ja, Europsko vijeće i Europski parlament složili su se prošle godine da svoje trajanje i kapacitete produži do 500 milijardi eura do kraja 2020. godine. Prema priopćenju predsjednika Europske komisije Jean-Claude Juncker, "plan Junckera pokazao se uspjehom, nadmašili smo izvorni investicijski cilj od 315 milijardi eura, a Europski fond za strateška ulaganja postavljen je na stvaranje 1,4 milijuna radnih mjesta i povećanje BDP EU-a za 1,3% do 2020. godine. Financirali smo projekte koji bez EFSI-a nisu bili mogući, a sve bez stvaranja novog duga: dvije trećine ulaganja dolazi iz privatnog sektora, od financiranja obučavanja za izbjeglice u Finskoj do obnovljive izvore energije u Grčkoj preko poboljšanja poljoprivrede

u Bugarskoj - nastaviti ćemo koristiti proračun EU za ono što čini najbolje: katalizirati rast". Potpredsjednik Komisije Jyrki Katainen, odgovoran za poslove, rast, ulaganja i konkurentnost, izjavio je: "Današnja prekretnica dokazuje da je EU prednji korak u korištenju privatnog novca za javno dobro. Proračunom EU-a, podržali smo stotine inovativnih investicijskih projekata i pomagali tisućama malih tvrtki da se povećaju. Kao rezultat toga, poboljšali smo konkurentnost Europe i već smo podržali najmanje 750.000 radnih mjesta diljem EU. Napori koje su države članice provele u nacionalnim strukturnim reformama, izgleda za ulaganja u Europi su blage". Predsjednik Europske investicijske banke Werner Hoyer izjavio je: "Želim pozvati EIB kao dobru instituciju za vijesti, ali čak i prema našim standardima,

današnjim dostignućem posebno sam ponosan. Napravili smo ono što je prije mnogo godina smatrano nemogućim. Pokretanje 315 milijardi eura u novim dodatnim ulaganjima - najvećim dijelom iz privatnog sektora - nikad neće biti lagan zadatak. Pokazali smo da se to može učiniti zahvaljujući izvrsnoj suradnji između EIB-a i Europske komisije; pomoći i potpora Vijeća i Europskog parlamenta; i do iskustva, svestranosti i predanosti EU banke. Posljednje tri godine transformirale su način na koji Europa financira svoje prioritete. Sada imamo ključnu ulogu da oskudni javni resursi ostvare više za europsku ekonomiju i za svoje građane ulaskom u privatne investicije. Mnogi ljudi sada smatraju da je model Junckerovog plana pobjednik i da više nema povratka."

POSLOVI I RAST

Odjel za ekonomiju EIB-a i Zajednički istraživački centar Komisije (JRC) procjenjuju da su operacije EFSI-ja već podržale više od 750.000 radnih mjesta, a brojka će biti povećana na 1,4 milijuna radnih mjesta do 2020. godine u usporedbi s osnovnim scenarijem. Osim toga, izračuni pokazuju da je Junckerov plan veći BDP za EU za 0,6% i da će 2020. godine porasti BDP za 1,3%. Dvije trećine prikupljenih 335 milijardi eura dolazi iz privatnih sredstava, što znači da je EFSI također ispunila svoj cilj mobilizacije privatnih ulaganja. Mjereno prema veličini gospodarstva najveći je utjecaj u zemljama koje je teško pogodila kriza, tj. Cipar, Grčka, Irska, Italija, Portugal i Španjolska. Iako je utjecaj izravnih ulaganja osobito visok u tim zemljama, izračuni su pokazali da bi kohezija regija (uglavnom istočnoeuropske zemlje) vjerojatno imala više koristi od dugoročnog učinka. Što je financirao Junckerov plan? Junckerov plan omogućava grupi EIB-a da financira operacije koje su riskantnije od prosječnih investicija. Često su EFSI-podržani projekti vrlo inovativni, poduzimani od strane

malih poduzeća bez kreditne povijesti, ili oni udružuju manje infrastrukturne potrebe prema sektoru i geografiji. Podrška takvim projektima zahtijevala je EIB grupi da razvije nove proizvode financiranja, primjerice duga ulaganja s kapitalnim značajkama ili investicijskim platformama. Značajno je da Junckerov plan također omogućuje EIB-u da odobri veći broj projekata nego što bi to bilo moguće bez potpore EU proračunskog jamstva, kao i da dopre do novih klijenata: tri od četiri koja prima EFSI podršku su novi u banci. Ovo dokazuje da je Junckerov plan ostvario stvarni cilj. Zahvaljujući EFSI podršci, EIB i njena podružnica za financiranje malih poduzeća, Europski investicijski fond (EIF), uložili su u 898 operacija i osigurali financiranje rizika za 700.000 malih i srednjih poduzeća u širokom rasponu sektora i svih 28 zemalja EU. Najveće zemlje rangirane EFSI-pokrenutim ulaganjem u odnosu na BDP su Grčka, Estonija, Litva, Bugarska i Finska. Primjeri se kreću od inovativnih medicinskih rješenja u Španjolskoj, do kružnog gospodarstva u Češkoj, i proizvodnje hrane u Grčkoj. Izvještaji po zemljama i sektorima pružaju detaljniji pregled i daljnje primjere projekta. Kako je Junckerov plan koristio građanima i tvrtkama? Uz financiranje inovativnih projekata i novih tehnologija, Junckerov plan je podržao druge ciljeve EU-a, kao što su digitalna, socijalna i prometna politika. Zahvaljujući EFSI-u:

- 15 milijuna dodatnih kućanstava može pristupiti brzom širokoj mreži
- Sagrađeno je ili renovirano više od 500.000 društvenih i pristupačnih stambenih jedinica
- 30 milijuna Europljana ima koristi od poboljšanih zdravstvenih usluga
- 95 milijuna putnika godišnje uživa bolju željezničku i urbanu infrastrukturu
- 7,4 milijuna kućanstava isporučeni s obnovljivom energijom

SAVJETODAVNE USLUGE I ONLINE SUSRETI

Još jedan važan cilj Junckerovog plana jest pomoći projektima da se realiziraju. Europski savjetnik za investicijsko savjetovanje pruža tehničku pomoć i savjete za nove projekte. Od svog lansiranja u 2015. godini, Savjetodavni centar je uspio savjetovati više od 770 zahtjeva iz projektnih promicatelja u svim zemljama EU. Više od 50 čvorova projektnih vodova ušlo je u cjevovod EFSI-e. Jedan od njih bio je i razvoj socijalnog stambenog projekta u poljskom gradu Poznańu. Projekt, koji je također dobio kredit od 42 milijuna eura EFSI, omogućit će izgradnju i uređenje stanova za oko 3.000 ljudi. Osim toga, od srpnja 2018. više od 700 projekata je poslano na portal Europske investicijske investicije - online mjesto susreta za projektne promotore i investitore. Do sada je objavljeno gotovo 400 projekata, širenje preko 25 visoko ekonomski potencijalnih sektora. Prema istraživanju provedenom 2017. godine među promotorima projektnog portala, za 80% projekata kontaktirali su investitori, uključujući Ecoduna u Austriji, PLD Space u Španjolskoj i Acellere u Njemačkoj.

POZADINA

Plan investicija za Europu, Junckerov plan, pokrenut je u studenom 2014. godine kako bi preokrenuo trend smanjenja niske razine ulaganja i stavio Europu na put ka gospodarskom oporavku. Operacije odobrene u okviru Europskog fonda za strateška ulaganja Junckerovog plana očekuju se u razdoblju od srpnja 2018. godine u iznosu od 335 milijardi eura. Očekuje se da će oko 700.000 malih i srednjih poduzeća imati koristi od poboljšanog pristupa financijama. Europski parlament i države članice 12. prosinca 2017. godine dogovorile su se o Uredbi za poboljšanje EFSI-ja i proširenje cilja ulaganja na 500 milijardi eura do kraja 2020. godine. Uredba EFSI 2.0 stupila je na snagu 30. prosinca 2017. godine.



PRIPREMILA:
Ljiljana Pomper

IZ STRANE LITERATURE



NEISPIRANJE SETOVA ZA INTRAVENSKU PRIMJENU: NEDOVOLJNO PREPOZNAT RIZIK OD PODDOZIRANJA

Dawn Michelle Cooper, Thomas Rassam, Adrian Mellor

British Journal of Nursing, 2018 (IV Therapy Supplement) Vol 27, No 14: S4-S11

Da bi se ustanovio rizik od poddoziranja intravenskih (IV) lijekova i neuspjeha liječenja zbog neispiranja setova za infuziju, u šest odjela jedne nastavne bolnice u Ujedinjenom Kraljevstvu tijekom 7 dana provedeno je istraživanje, kojemu je cilj bio ustanoviti koliko lijekova primijenjenih u infuzijskim setovima ostaje neiskorišteno. Izmjeren je preostali volumen za 24 različita seta za primjenu infuzije u laboratoriju, a klinički je procijenjena praksa ispiranja setova nakon infuzije. Prikupljeni su podaci o koncentraciji, otapalu i volumenu lijeka, te o vrsti seta za primjenu infuzije. Nije bilo ispirano 74% setova za primjenu infuzije na svim odjelima, osim onkologije. Prosječni preostali volumen seta za primjenu bio je 13,1 ml za gravitacijske setove i 16,7 ml za infuzijske setove pumpi. Često su bili infundirani antibiotici, a odbačeno je bilo i do 21% antibiotskih doza. Rezultati upućuju na neprepoznati problem poddoziranja lijekova koji zahtijeva izradu jasnih lokalnih i nacionalnih smjernica.

Ključne riječi: Poddoziranje, Intravenski lijekovi, Ispiranje nakon infuzije, Setovi za primjenu infuzije

Poddoziranje lijekova, koje može dovesti do općeg neuspjeha terapije (Roseau i sur., 2016), a za antibiotike, i do rizika od pojave otpornih mikroorganizama (Fish and Ohlinger, 2006), javlja se zbog pogrešaka u: izračunavanju, prepisivanju ili pripremi lijeka (Observatory of Safety of Patients,

2007), ali i kada sam sustav primjene ne uspije primijeniti sve propisane lijekove (Plagge, 2010). Dok je za primjenu IV lijekova putem bolusa standardna i preporučena praksa ispiranje kanile nakon davanja lijeka (Infusion Nurses Society, 2006), nakon intermitentne infuzije nema takve preporuke za ispiranje - iako odloženi set sadrži preostali volumen lijeka. Štoviše, iako značajan broj pacijenata prima terapiju putem intravenske infuzije, na tu temu u posljednjih osam godina u Velikoj Britaniji ništa nije objavljeno. Autori ovog članka su kvantificirali problem u jednoj bolnici i izmjerili potencijalni volumen neiskorištenog lijeka u različitim setovima primjene.

METODE

Ova jednostrana studija odvijala se u velikoj nastavnoj bolnici u Velikoj Britaniji tijekom sedam uzastopnih dana, na šest kliničkih odjela na kojima se učestalo primjenjuje IV infuzija: odjel za dnevnu onkologiju, dva kirurška odjela, jedinica srčanog intenzivnog liječenja, jedinica visoke srčane ovisnosti (HDU) i jedinica za hitno liječenje. Na svakom odsjeku/odjelu brojile su se vrećice slane otopine i glukoze od 50 ml i 100 ml, da bi se ustanovila dostupnost potencijalnih vrećica za propiranje. Zdravstveni djelatnici (engl. HCW-s) su zatraženi da sedam dana odlažu setove za primjenu infuzije,

zajedno s priloženom vrećicom/bocom, u spremnik za ispitivanje, isključujući onkološki dnevni odjel. Istraživački tim svakodnevno je isprazio spremnik za ispitivanje, a evidentirani su sljedeći detalji za svaki set primjene:

- Vrsta seta (pumpa ili gravitacija)
- Marka seta
- Lijek
- Koncentracija (% , mg / ml, µg / ml ili mmol)
- Otapalo
- Volumen vrećice / boce

Ukoliko je 50/100 ml vrećica slane otopine ili glu-koze bila pričvršćena na set za primjenu infuzije, smatralo se da se koristi za ispiranje. U onkološkom dnevnom odjelu, kako bi se spriječilo izlaganje kemoterapijskim sredstvima i spriječilo odbacivanje kontaminiranih setova za primjenu izvan provjerenih protokola, praćena je praksa (bez promjena bilo kojeg postupka HCW-s) i bilježene su iste informacije kao i na drugim odjelima.

- **Uključeni su:** setovi za infuzijske pumpe i gravitacijski setovi koji se koriste za intermitentnu infuziju lijekova
- **Isključeni su:** bilo koji drugi setovi za primjenu, hidratijske infuzije (≥ 500 ml), npr. glukoza, Hartmannova otopina, izotopi, natrijev klorid i natrijev klorid s aditivima (magnezij i kalij klorid ili natrij bikarbonat) i kontinuirane infuzije, npr. inzulin.



Na odjelu dnevne onkologije, uočena je i bilježena praksa ispiranja između primjene svakog kemoterapijskog agensa i zbrinjavanja seta nakon primjene zadnje doze. Infundirani lijekovi grupirani su prema anatomsko terapijsko kemijskoj klasifikaciji (ATC) lijekova (razina 2) na temelju sustava Svjetske zdravstvene organizacije (WHO).

Da bi se kvantificirao neiskorišteni (odbaćeni) volumen u infuzijskim setovima, mjereno je maksimalni potencijalni preostali volumen za veći broj infuzijskih setova koji unose otopinu bilo pumpanjem, bilo gravitacijom ili slobodnim padom, dostupnim za kupnju od strane bolnica u Velikoj Britaniji. Nakon identifikacije setova, pet neiskorištenih setova svakog brenda napunjeno je slanom otopinom, a zatim je odvojeno od boce i tekućina je otjecala sve dok se komora nije ispraznila, a cijev ispod bila je puna i primijenjena je stezaljka. Izmjeren je preostali volumen u cijevi (od dna komore za kapanje do luer kopče) otvaranjem stezaljke i pokretanjem preostale tekućine u mjerni cilindar od 10 mL.

Podaci su deskriptivno analizirani: volumen IV vrećice/ boce lijeka, izračunat preostali volumen IV lijeka u setu za primjenu infuzije, učestalost primjene seta za ispiranje i postotak tekućine koja nije infundirana. Podaci su analizirani ukupno i prema različitim specijalnostima, tj. na kirurškom, onkološkom dnevnom odjelu, medicinskoj intenzivnoj skrbi i jedinici za hitne slučajeve, i prema tipu seta za primjenu (pumpa ili gravitacija).

REZULTATI

Podaci su prikupljeni iz 411 setova za primjenu i kombinirani su po specijalnostima; od toga je 281 set uključen u analizu (isključene su 124 otopine za hidrataciju, 5 kontinuiranih infuzija, 1 epiduralni set). Kao otopine za ispiranje na svim odjelima bile su dostupne 100 ml natrijevog klorida i/ili 100 ml glukoze (nijedan odjel nije imao otopine od 50 ml).

U tablici 1 prikazan je broj ispranih i neispranih setova za primjenu infuzije po specijalnosti i vrsti seta (pumpa (n = 106) ili gravitacija (n = 175)). Nije bilo isprano ukupno 74% setova (209/281). Osim na odjelu dnevne onkologije, na svakom drugom odjelu nije bilo isprano preko 90% gravitacijskih setova i više od 61% infuzijskih setova preko pumpi ($p < 0.001$). Od svih setova za primjenu infuzije (svi su bili za infuzijske pumpe) koje je koristio onkološki dnevni odjel, 100% je isprano ($p < 0.001$).

Tablica 2 prikazuje raspon lijekova koji se primjenjuju prema klasifikaciji ATC 2, s pojedinostima o volumenu, preostalim volumenom i izračunatim postotkom odbaćenog lijeka. Najčešće su primjenjivani analgetici (90/281, 32%) i antibiotici (85/281, 30%), a niti jedan od njih nije bio ispran. Sljedeći najčešće primijenjen lijek bili su nadomjesci krvi

Tablica 1. Broj ispranih ili neispranih setova za primjenu infuzije prema vrsti seta i prema području specijalnosti

Ukupno				Gravitacijski set			Infuzijska pumpa		
Područja specijalnosti	Broj infuzijskih setova n	Isprano n (%)	Nije isprano n (%)	Broj infuzijskih setova n (%)	Isprano n (%)	Nije isprano n (%)	Broj infuzijskih setova n	Isprano n (%)	Nije isprano n (%)
Kirurgija	118	1 (0.8)	117 (99.2)	112 (94.9)	1 (0.9)	111 (99.1)	6 (5.1)	0 (0.0)	6 (100.0)
Onkološki dnevni odjel	51	51 (100)	0 (0)	0 (0)	n/a	n/a	51 (100)	51 (100)	0 (0.0)
Hitna medicinska skrb i HDU	84	17 (20.2)	67 (79.8)	42 (50.0)	1 (2.4)	41 (97.6)	42 (50.0)	16 (38.1)	26 (61.9)
Jedinica za hitne slučajeve	28	3 (10.7)	25 (89.3)	21 (62.3)	2 (9.5)	19 (90.5)	7 (37.7)	1 (14.3)	6 (85.7)
Ukupno	281	72 (25.6)	209 (74.4)	175 (62.3)	4 (0.3)	171 (97.7)	106 (37.7)	68 (64.2)	38 (35.8)

HDU: Jedinica visoke ovisnosti

Tablica 2. Pojediniosti o posljednjoj tekućini primijenjenoj kroz set kao anatomsko terapijska kemijska razina 2. kategorije, podaci o volumenu, izračunati preostali volumen i izračunati postotak odbačenog lijeka (n=281)

Svjetska zdravstvena organizacija Anatomsko terapijska klasifikacija razine 2	n (%)	Vol vrećice/ bočice* (ml) (raspon)	Preostali volumen (ml) (range)	% odbačenog lijeka (raspon)* set
Ostali	3 (1.1)	500 (500–1000)	19	3.8 (1.9–3.8)
Analgetici	90 (32.0)	100	11.5	11.5
Sistemske antibiotici	85 (30.3)	100 (100–250)	11.5 (11.5–20.8)	11.5 (4.6–20.8)
Antiepileptici	1 (0.4)	100	20.8	20.8
Protuupalni lijekovi i antireumatici	1 (0.4)	100	11.5	11.5
Antigljivični sistemski lijekovi	3 (1.1)	100	11.5	11.5
Antitrombotički lijekovi	1 (0.4)	250	20.8	8.32
Antivirusni lijekovi	1 (0.4)	250	11.5	4.6
Nadomjesti krvi i otopine za perfuziju	81 (28.8)	250 (100–1000)	20.8 (11.5–21.8)	2.2 (1.15–20.8)
Lijekovi za poremećaje povezane s kiselinom	12 (4.3)	100	20.8 (11.5–20.8)	20.8 (11.5–20.8)
Vitamini	3 (1.1)	100	11.5	11.5

* Izražen kao medijan. † Preostali volumen seta za primjenu infuzije je odvojeno izmjeren u laboratoriju

Tablica 3. Podaci o lijeku za dvije najčešće ATC kategorije razine 2, izračunati podaci o preostalom volumenu, propisana doza, ukupna doza, izračunata ATC odbačena doza i postotak

ATC2 kategorija	Naziv lijeka	n	Preostali volumen (ml) (raspon)*	Propisana doza mg/ml (raspon)*	Ukupna propisana doza (g) (raspon)*	Odbačena doza (mg) (raspon)*	% ukupne odbačene doze (raspon)*
Analgetici	Paracetamol	90	11.5	10.0	1.0	115.0	11.5
Antibakterijski sistemski lijekovi	Ceftriaxone	2	11.5	2.0	0.4 (0.20–0.40)	23.0 (23.0–41.6)	5.75
	Ciprofloxacin	18	11.5 (11.5–20.8)	2.0	0.5	41.6 (23.0–41.6)	(5.8–11.5)
	Clarithromycin	6	20.8 (11.5–20.8)	11.5	1.2	138.0	8.3
	Co-amoxiclav	4	11.5	5.0	0.5	57.5	(4.8–8.4)
	Levofloxacin	2	15.25 (11.5–19.0)	10.0	1.0	(57.5–104.0)	11.5
	Meropenem	3	11.5	5	0.5	115.0	11.5
	Metronidazole	30	11.8 (11.5–20.8)	45.0	4.5	57.5	11.5
	Tazocin	6	11.5	5.5	0.6	(57.5–104.0)	11.5
	Teicoplanin	4	16.2 (11.5–20.8)	(4.0–6.0)	(0.4–0.6)	517.5	(11.5–20.8)
	Temocillin	7	11.5 (11.5–20.8)	10.0 (4.0–10.0)	115.0 (83.2–115.0)	96.9 (48.0–126.0)	11.5
	Vancomycin	3					16.2 (11.5–20.8)



i perfuzijske otopine (81/281; 29%) od kojih su 72 bile otopine za ispiranje infuzija, a preostalih 9 bili su lijekovi koji nisu u potpunosti bili uklonjeni ispiranjem). Maksimalni preostali volumen mjeren je odvojeno za 24 brenda gravitacijskih setova i 13 brendova setova za primjenu pumpom.

Srednji preostali volumen bio je **13,1 ml** (SD 2,98 ml, raspon 10,4-20,6 ml) za gravitacijske setove i **16,7 ml** (SD 3,33 ml, raspon 11,0-21,8 ml) za setove za primjenu pumpom. U kliničkoj studiji za 242/281 seta identificiran je brend. Maksimalni preostali volumen setova za gravitaciju bio je **11,5 ml** i kretao se od 16,2 do 21,8 ml, a median za infuzijske setove za primjenu pumpom iznosio je **20,8 ml**.

Tablica 2 prikazuje preostali volumen i izračunati postotak aktivnog lijeka koji je odbačen u setu za primjenu. Do 21% posljednje primijenjenog lijeka je izračunato kao odbačeno sa setom za primjenu.

Do 21% doze antibiotika izračunato je kao odbačeno u setovima za primjenu (raspon 5-21%). Većina antibiotika (67%) razrijeđena je u 100 ml

fiziološke otopine, 20% u 200 ml i 13% u 250 ml fiziološke otopine.

Tablica 3 prikazuje podjelu prema nazivu lijeka za dvije najčešće ATC 2 kategorije, analgetike i antibiotike, te izračunatu odbačenu količinu lijeka.

Paracetamol je dosljedno poddoziran za 12% propisane doze. Najčešće korišten antibakterijski lijek bio je metronidazol, bio je poddoziran u 30 navrata, a odbačeno je do 21% lijeka unutar setova za primjenu. Izračunato je da će kod 6-satnih doza, nakon 2 dana, kao preostali volumen biti odbačen ekvivalent gotovo jedne pune doze lijeka (488 mg); (Joint National Formulary, Committee, 2018a). Ciprofloksacin je poddoziran u 18 navrata, a odbačeno je do 12% doze.

RASPRAVA

Ova studija je pokazala da iako su male (100 ml) infuzijske vrećice dostupne na odjelima, one se obično ne koriste za ispiranje isprekidanih IV



infuzija, osim na onkološkom dnevnom odjelu. Zbog neispiranja većine setova, preostali volumen aktivnog lijeka obično je bio odbačen, što je rezultiralo češćim nedovoljno prepoznatim poddoziranjem. Ispiranje varira među odjelima, pri čemu onkološki dnevni odjel ispire sve setove za primjenu lijekova. Tome su pridonijele lokalne smjernice u kojima je navedeno da „između svakog lijeka i pri završetku pacijentovog režima treba isprati set s propisanom kompatibilnom otopinom“. Međutim, opće smjernice ne govore o ispiranju nakon drugih povremenih infuzija. One također izostavljaju potrebu za ispiranjem setova kako bi se osigurala cjelovita doza lijeka. Zbog nedostatka smjernica u praksi nije osvijesteno da se set za primjenu infuzije mora isprati, što rezultira time da se većina isprekidanih infuzija ne ispire.

U ovoj studiji, kod primjene kontinuiranih infuzija nakon intermitentnih, moglo je doći do precjenjivanja mogućeg premalog unosa infuzije. Također, preostali volumeni su unaprijed izračunati umjesto da su individualno mjereni u kliničkom okruženju,

što ograničava točnost podataka, ali je omogućilo da veći broj setova bude uključen u studiju.

Gotovo trećina setova za primjenu infuzije odnosila se na primjenu antibiotika, 21% lijeka bilo je neiskorišteno unutar seta, zbog čega treba raspraviti doziranje i učinkovitost antibiotika (Deryke i Alexander, 2009; Roberts et al, 2011). Autori su pokazali da tijekom liječenja, zbog odbacivanja preostalog volumena unutar seta, često može biti odbačena jedna puna doza antibiotika.

Iako ova studija nije razmatrala učinak pod-doziiranja antibiotika, ona može biti korisna za daljnja istraživanja, naročito za pojedine skupine pacijenata. Npr., da bi se spriječila toksičnost, pacijenti sa smanjenom bubrežnom funkcijom dobivaju manje doze antibiotika; međutim, kontinuirana hemodijaliza zahtijeva terapijske razine antibiotika (Wilson i Berns, 2012). Prilagodba doze potrebna je i kod pretilih pacijenata. Nedavnim pregledom literature zaključeno je da za 68% antibiotika (23/34) postoje specifične preporuke za pretilost (Meng et al, 2017). Odbacivanje preostalog volumena antibiotika unutar seta povećava problem.

Studija malih razmjera iz 2010 (Plagge i sur.) pokazala je da „mrtvi prostor“ (preostali volumen) setova za primjenu infuzije može rezultirati odbacivanjem do 32% 50 ml infuzije i do 20% 100 ml infuzije. Stoga Plagge i sur. (2010) preporučuju minimalno 100 ml i zaustavljanje infuzije kada je komora za kapanje prazna. Međutim, u ovoj studiji autori su primijetili da se obično koriste infuzijski volumeni od najmanje 100 ml, a ipak se odbaci znatan volumen lijeka; stoga se kao korisnije preporuča ispiranje seta za infuziju.

KLJUČNE TOČKE

- Setovi za intravensku primjenu infuzije sadrže preostali volumen aktivnog lijeka na kraju infuzije ako se ne ispiru.
- Ispiranje setova za intravensku primjenu nije uobičajena praksa izvan onkoloških odjela, gdje smjernice određuju potrebu za ispiranjem između i nakon kemoterapijskih sredstava
- Nacionalne smjernice ne pokrivaju potencijalnu korist ispiranja da bi se osigurala ukupna doza
- Studija u jednoj bolnici je pronašla da se do 21% antibiotika može odbaciti u setu za primjenu infuzije

