

Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru
Sveučilišna klinička bolnica Mostar

god. 5. br. 5 (2017.)

ISSN 2566-4727

5. simpozij medicinskih sestara i tehničara

s međunarodnim
sudjelovanjem

Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru

tema :

Indikatori kvalitete zdravstvene njege



Sveučilišna klinička bolnica Mostar
Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru

web <http://www.skbm.ba/5simp>
<http://fzs.sve-mo.ba>

tel 036/336 502
mail simpozijmostar5@gmail.com

Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru
Sveučilišna klinička bolnica Mostar

5. SIMPOZIJ MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA

s međunarodnim sudjelovanjem

„Indikatori i kvaliteta
zdravstvene njege“

15. i 16. rujna 2017. godine



Organizator kongresa i izdavač
5. SIMPOZIJ MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA
S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM
„Indikatori i kvaliteta zdravstvene njege“

Nakladnici
Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru
Sveučilišna klinička bolnica Mostar

Glavna urednica
Zdravka Lončar, dipl. med. sestra

Tisak
Logotip d.o.o,
Široki Brijeg

Naklada
100 primjeraka

ZBORNİK SAŽETAKA

Pokrovitelj

Sveučilište u Mostaru
Akademik, prof. dr. sc. Ljerka Ostojić

Organizacijski odbor

predsjednica Zdravka Lončar

Frano Tadić

Sanda Mandić

Sanja Buhovac

Ornela Stojčić

Marina Pandža

Antonio Kokić

Stručni odbor

predsjednik Ivo Curić

Vajdana Tomić

Maja Ostojić

Ivona Ljevak

Ornela Stojčić

Anka Zelenika

Kristina Vidović

Poštovani sudionici-zdravstveni djelatnici,

5. simpozij medicinskih sestara i tehničara s međunarodnim sudjelovanjem kao jedan od najvećih medicinskih događaja ove vrste postao je istinsko mjesto okupljanja regionalnih zdravstvenih djelatnika te razmjene novih znanja iskustava. Bolesnik je u središtu svakog zdravstvenog sustava koji mora osigurati uvjete za njegovo kvalitetno liječenje i sigurnost. Svaka zdravstvena organizacija osigurava praćenja i unapređenje kvalitete zdravstvene skrbi raznim metodološkim procesima od kojih, indikatori kvalitete zauzimaju značajno mjesto kao instrumenti za različita usporedbu između odjeljenja, zdravstvenih ustanova, regija i zemalja. Dok standardi upućuju na potencijal, indikatori prate ono što je organizacija stvarno učinila i što čini u određenom vremenu. Na taj način Sustav indikatora kvalitete zdravstvene njege, pomažu zdravstvenim organizacijama uočavati važna područja vlastitog djelovanja - vlastite prednosti, nedostatke i razvojne mogućnosti. Medicinske sestre i tehničari kao najmnogobrojnije zdravstveno osoblje najbliže su pacijentu i pružaju najveći broj direktnih medicinskih usluga koje su u središtu indikatora kvalitete. Upravo zato je i odabrana tema „Indikatori kvalitete zdravstvene njege“ 5. simpozija medicinskih sestara i tehničara. Indikatori kvalitete doprinose upoznavanje ustanove same sa sobom.

Dobrodošli!

Predsjednica Organizacijskog odbora
Zdravka Lončar

SADRŽAJ

Darinka Klemenc, Monika Ažman	
KVALITET U ZDRAVSTVENOJ NJEZI KROZ PRIZMU PROFESIONALNE ETIKE I KODEKSA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI I OPSKRBI SLOVENIJE.....	9
Marija Orlić-Šumić	
ORGANIZACIJSKA STRUKTURA MEDICINSKIH SESTARA KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA ZAGREB.....	11
Prlić Nada, Lončar Zdravka, Kokić Antonio, Vujanović Jakov, Lovrić Robert	
ZADOVOLJSTVO BOLESNIKA - INDIKATOR KVALITETE SKRBI U BOLNICI.....	12
Agneza Aleksijević, Ankica Vlačić, Mira Terzić	
DOKUMENTIRANJE SESTRINSKIH POSTUPAKA U OPERACIJSKIM SALAMA U FUNKCIJI POBOLJŠANJA KVALITETE.....	13
Jadranka Pavić	
LJUDSKI KAPITAL U ZDRAVSTVENOJ NJEZI.....	14
Nina Mihić, Ana Džidamag	
DRG (DIAGNOSTIC RELATED GROUP) JUČER, DANAS, SUTRA.....	15
Darija Ordulj-Aničić, Dubravka Gluvić, Elizabeta Kralj Kovačić	
PROCJENA RIZIKA ZA PAD U PEDIJATRIJSKOJ SKRBI.....	16
Selma Smajić, Samra Zaimović, Sefer Elsa	
MJERENJA KVALITETA USLUGA U ZDRAVSTVU KAO VAŽNA PARADIGMA ORGANIZACIJSKE PERSPEKTIVE.....	17
Maja Bender, Vedrana Iveta, Meri Pavlović Vlahinić	
PALIJATIVNI MOBILNI TIM.....	18
Jeronim Ban	
ODJEL ZA PALIJATIVNU SKRB OB DUBROVNIK.....	20
Marija Gilja	
IZAZOVI IMPLEMENTACIJE SUSTAVA UPRAVLJANJA KVALITETOM U ZDRAVSTVENOJ USTANOVI.....	21
Vlado Čutura	
SUVRREMENI MEDIJI U IZGRADNJI LEADERSHIPA U ZDRAVSTVU.....	22
Biljana Šego	
INDIKATORI KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE U INVAZIVNOJ KARDIOLOGIJI.....	24
Andrić I., Vladić-Spaic D., Mihalj M., Šimić S., Tomić V.	
RAZINA BOLI I POTROŠNJA LIJEKOVA NAKON CARSKOG REZA OVISNO O VRSTI ANESTEZIJE I DOBI BABINJAČE.....	25

Agneza Aleksijević, Ivana Kvesić, Elvira Capan OTPUSNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE U FUNKCIJI POBOLJŠANJA KVALITETE – PRIKAZ SLUČAJA	26
Marina Stanković, Vesna Đurić, Radenka Ćiraković ZDRAVSTVENA NEGA BOLESNIKA U AKUTNOJ RESPIRATORNOJ INSUFICIJENCIJI (ARI) 27	
Zlatko Perišić, Radenka Ćiraković, Marina Stanković PREMIKACIJA I NJEN ZNAČAJ ZA DOBRU ANESTEZIJU	28
Ivana Perić, Darjan Franjić, Ivona Ljevak RAZINA DUHOVNOSTI UPOSLENIH STUDENATA FAKULTETA ZDRAVSTVENIH STUDIJA I NJIHOVA DUHOVNA POTPORA PACIJENTIMA	29
Jelica Ćurić, Anela Zadro PRAĆENJE STANJA SVIJESTI KOD BOLESNIKA U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA POMOĆU BISPEKTRALNOG INDEKSA	31
Šimić Slavica, Andrić Igor, Karlović Zoran ČIMBENICI RIZIKA ZA RAZVOJ HOSPITALNIH INFEKCIJA UZROKOVANIH SREDIŠNJIM VENSKIM KATETERIMA	33
Kristina Vidović, Nataša Pejanović Škobić, Dragana Sandžaktar Bijedić ISKUSTVA KLINIKE ZA NEUROLOGIJU SA NOVOM METODOM LIJEČENJA EPILEPSIJE – 24/SATNIM VIDEO EEG-OM (LTME)	35
Dijana Vuković STROJNA VENTILACIJA NOVOROĐENČADI	36
Mirza Oruč KLJUČNE KOMPETENCIJE MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA U PALIJATIVNOJ NJEZI	37
Radenka Ćiraković, Marina Stanković, Vesna Đurić KISEONIK U ANESTEZIJI I REANIMACIJI	38
Anita Kosjerina, Zorica Buhovac LEUKOCITI KAO POKAZATELJ UPALNOG ODGOVORA KOD KORIŠTENJA IZVANTJELESNOG KRVOTOKA U KIRURŠKOJ REVASKULARIZACIJI MIOKARDA	40
Ivona Ljevak, Agneza Aleksijević, Dino Ladan, Ivana Perić USPOREDBA SESTRINSKIH KOMPETENCIJA U OKRUŽENJU SA I BEZ ODGOVARAJUĆE PRAVNE REGULATIVE	41
Radenka Ćiraković, Marina Stanković, Vesna Đurić, Dušan Lazić TEŠKA PITANJA U RADU SA PACIJENTIMA SMEŠTENIM NA ODELJENJU PSIHIJATRIJE 43	
Matijana Jurišić, Antonija Hrkać, Ivan Bagarić ISTRAŽIVANJE ZADOVOLJSTVA KORISNIKA KVALIETOM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U DOMU ZDRAVLJA TOMISLAVGRAD	46

KVALITET U ZDRAVSTVENOJ NJEZI KROZ PRIZMU PROFESIONALNE ETIKE I KODEKSA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI I OPSKRBI SLOVENIJE

Darinka Klemenc¹, Monika Ažman¹

¹ Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije

Sažetak:

Zdravstvene njega i opskrba imaju značajan utjecaj na ljudsko zdravlje i život. Izvođači zdravstvene njega i opskrbe na svom radu preuzimaju veliku odgovornost koja se ne može definisati samo zakonima i propisima, važan je i etički stav i kontinuirani razvoj moralnih i etičkih vrijednosti. Pojam kvalitete ima više definicija, ponekad ga je dosta teško definirati, tako je i na području zdravstva. Mjeri se po različitim kriterijima. Slovenske zdravstvene institucije imaju za područje kvalitete različite certifikate (akreditacije), gdje ima pored protokola, kliničnih puteva, indikatora kvalitete i etičkih smjernica, obično vezanih za profesionalne kodekse. Kvaliteta u zdravstvu i zdravstvenoj njezi je s ove perspektive povezana sa profesionalnom etikom svake profesionalne grupe i njihovim etičkim kodeksima ili etičkim principima. Medicinske sestre, zdravstveni tehničari i bolničari njegovatelji u Sloveniju dužni su raditi po (renoviranom 2014. godine) Etičkom kodeksu za zdravstvenu njegu i opskrbu Slovenije (Kodeks), babice (primalje) po Etičkom kodeksu za primalje Slovenije (vlastiti kodeks imaju od 2011). Kodeksi su napisani i potvrđeni sa strane skupštine Komore zdravstvene i babiške njega Slovenije – Saveza stručnih društava medicinskih sestara, babica in zdravstvenih tehničara Slovenije (Komora – Savez). Za sve koji rade u organizaciji (funkcionari, oko 300 ljudi) Komora - Savez 2016. godine, izradila je Kodeks ponašanja funkcionera Komore - Saveza, sa ciljem povećanja kvalitete našeg rada. U članku se implicira veza između kvalitete i sigurnosti zdravstvene njega i opskrbe u svjetlu ključnih principa Kodeksa, u skladu sa principima I, IV, V, iako svaki princip Kodeksa promoviše kvalitet, sigurnost i etiku našeg rada. U Principu (slov. Načelo) i zapisano je, da su “izvođači zdravstvene njega i opskrbe dužni da obavljaju svoj posao humano, profesionalno, visoke kvalitete, sigurno, odgovorno i strpljivo u odnosu na poštivanje pacijentove potrebe, vrijednosti i uvjerenja»: U obrazloženju stoji iza ovog principa i standarda ponašanja “faktori kao što su rasa, nacionalnost, vjera, političko uvjerenje, društveni položaj, dob, spol, seksualna orijentacija, zdravstveno stanje, invaliditeta ne bi smjeli ni na koji način utjecati na odnos s pacijentom; pacijenta treba tretirati individualno i holistički. Poštovati je važno

ne samo njegove fizičke, već i psihološke, socijalne i duhovne potrebe i poštovati njegovu kulturu i lična uverenja ... “. Princip IV glasi: “Izvođači zdravstvene njege i opskrbe u okviru svojih nadležnosti moraju osigurati pacijentu kompetentno zdravstveno njego i opskrbo.”

Standardi ponašanja za ovaj princip između ostalog definiraju, da “ne obavljaju postupke za koje nemaju odgovarajućih stručnih kompetencija, znanja, obuke ili opreme; poštuju principe sigurnosne kulture i odbijaju postupke koji bi bili po njihovoj profesionalnoj presudi štetni za pacijenta ili nisu u skladu sa principima profesionalne etike; zalažu se za takvu situaciju na poslu, koja omogućava provođenje zdravstvene njege i opskrbe u skladu s vrijednostima, načelima i standardima ponašanja Etičkog kodeksa”. Princip V propisuje da “izvođač zdravstvene njege i opskrbe radi u korist pacijenta.” Standardi ponašanja, između ostalog, navode da je “izvođač pacijenta štiti od neprofesionalnog, neetičnog ili proizvoljnog ponašanja zaposlenih; identifikira, sprečava i smanjuje sve vrste nasilja nad pacijentima u bilo kojem obliku; u skladu sa zakonom dužan je da informira i daje psihosocijalnu podršku pacijentima koji su žrtve nasilja u porodici i drugih odnosa, primjenjujući nasilje nadležnim institucijama i, ako je potrebno, sudjelovati i dalje u obradi primjera.” Kodeks sastoji od deset principa i podijeljen je na šest poglavlja, u kojima se definira odnos medicinskih sestara do: pacijenta, prakse, istraživanja, saradnika, društva uopšte i profesionalne organizacije. Zdravstveni radnici u odnosu na slovensko zakonodavstvo (Zakon o zdravstvenoj djelatnosti) za svoj rad preuzimaju etičku, stručnu, materijalnu i krivičnu (kazensko slov.) odgovornost. Naše kolege i kolegice stalno podsjećavamo na njihove nadležnosti, odgovornost i etičke izazove prilikom preuzimanja dužnosti ili delegiranja zadataka drugima. Također je važna autonomija struke, što znači kontrolu nad vlastitim profesijom kroz održavanje registra izvođača, izdavanje i oduzimanje dozvola za rad (licenciranje), sređivanje specijalizacija i izvođenje stručnog nadzora sa savjetovanjem. Sve zbog više kvalitete, sigurnosti i etičnosti našeg rada.

Ključne riječi: *kvalitet, etika, zdravstvena njega, izvođači zdravstvene njege i opskrbe*

ORGANIZACIJSKA STRUKTURA MEDICINSKIH SESTARA KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA ZAGREB

Marija Orlić-Šumić¹

¹ Klinički bolnički centar Zagreb

Sažetak:

Zdravstvena njega je profesionalna djelatnost ili skupina profesionalnih djelatnosti kod kojih se pristup i obavljanje djelatnosti temelji na zakonskim, regulativnim ili upravnim odredbama izravno ili neizravno uvjetovan posjedovanjem određenih stručnih kvalifikacija. Članak 3. stavak 1. – „Uređena profesija”, *Dokument Europe Direktiva (2005/36). Zdravstvena njega je profesionalno i autonomno područje rada medicinskih sestara. Bolesnik je uvijek subjekt u procesu zdravstvene njege. Pristup bolesniku u procesu zdravstvene njege je: holistički, multidisciplinarnan i interdisciplinarnan s orijentacijom na poštovanje njegovih prava i njegovu autonomiju u donošenju odluka. Naše medicinske sestre su važan potencijal profesionalne zdravstvene njege. Strategija organizacije zdravstvene njege ovisna je o više čimbenika, ali najvažnija se temelji na kategorizaciji bolesnika, zahtjevnosti za zdravstvenom njegom i financijskim mogućnostima zdravstvene ustanove. O svim čimbenicima direktno ovisi broj i obrazovna struktura medicinskih sestara. Modeli organizacije zdravstvene njege imaju svoje prednosti i svoje nedostatke. U Republici Hrvatskoj je zakonom propisana sestrinska dokumentacija, koja se evidentira u BIS-u /bolnički informacijski sustav/ u KBC-u Zagreb., kao i obveza vođenja sestrinske dokumentacije, i evidencija svih provedenih postupaka tijekom 24 sata. Svrha rada je prikazati: broj i obrazovnu strukturu medicinskih sestara u periodu 2012.- 2015. godine, u usporedbi što smo uradili od 2016., godine - 01. kolovoza 2017., promjene koje direktno utječu na kvalitetu procesa zdravstvene njege. Zaključak: Kvaliteta zdravstvene njege, važan je čimbenik u kvaliteti pružanja zdravstvene skrbi bolesniku. Obzirom na činjenicu da je 80% svih poslova skrbi za hospitaliziranog bolesnika u tijeku 24 sata u području odgovornosti medicinske sestre, od iznimne je važnosti osigurati optimalnu sigurnost bolesnika pri provođenju zdravstvene njege.

Ključne riječi: *zdravstvena njega, broj i obrazovna struktura, modeli organizacije, sigurnost, kvaliteta*

ZADOVOLJSTVO BOLESNIKA - INDIKATOR KVALITETE SKRBI U BOLNICI

Prlić Nada¹, Lončar Zdravka², Kokić Antonio², Vujanić Jakov¹, Lovrić Robert¹

¹ Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera Osijek, Medicinski fakultet Osijek, Sveučilišni diplomski studij Sestrinstva

² Sveučilišna Klinička bolnica Mostar

Sažetak:

Svrha istraživanja. Zadovoljstvo bolesnika pruženom skrbi jedan je od ishoda kvalitete skrbi. Procjena je zadovoljstva bolesnika zastupljena u zdravstvenim ustanovama koje teže povećati svoju učinkovitost i opravdati povjerenje bolesnika koji traže njihove usluge. Zadovoljstvo je korisnika zdravstvenom zaštitom mjera njegove percepcije o kvaliteti zdravstvene zaštite. Mjerenje je zadovoljstva korisnika dio društvene participacije u ukupnom zdravstvenom sustavu. Cilj. Ispitati zadovoljstvo bolesnika zdravstvenom skrbi, komunikacijom djelatnika prema bolesniku, smještajem, čistoćom i prehranom tijekom hospitalizacije.

Ispitanici i metode. U istraživanju je sudjelovalo 311 ispitanika, 141 (45,3 %) muški i 170 (54,7 %) ženskih, starijih od 18 godina hospitaliziranih u SKB Mostar. Kao instrument istraživanja rabljen je upitnik koji je sadržavao demografske podatke o ispitanicima te standardizirani upitnik "HCAHPS Survey" s 28 čestica na četiristupanjskoj i jednom na desetstupanjskoj Likertovoj skali.

Rezultati. Ispitanici su zadovoljstvo komunikacijom procijenili srednjom ocjenom 3,7. Postoji razlika u zadovoljstvu bolesnika u podskali odgovornost bolničkog osoblja s obzirom na spol ($p = 0,042$). Muškarci su zadovoljniji ($= 3,6$) u odnosu na žene ($= 3,5$). Utvrđena je značajna razlika u procjeni komunikacije medicinskih sestara prema vrsti odjela ($p = 0,006$). Ispitanici s nekirurških odjela zadovoljniji su komunikacijom ($= 3,8$), mirom i tišinom u bolničkom okruženju ($= 3,4$) od ispitanika s kirurških odjela. Informacije o načinu života i skrbi nakon otpusta iz bolnice dobilo je ukupno 188 (60,5%) ispitanika, dok njih 123 (39,5%) informacije nisu dobili. Prehranom u bolnici zadovoljno je 242 (77,8%) ispitanika, a 69 (22,1%) nije. Utvrđena je razlika u čestici „Biste li ovu bolnicu preporučili svojim prijateljima i obitelji?“ prema iskustvu liječenja u drugim bolnicama ($p = 0,038$). Ispitanici bi liječeni u drugim bolnicama „ovu bolnicu preporučili svojim prijateljima i obitelji“ ($= 3,8$) u odnosu na one koji nisu ($= 3,7$). Ispitanici su ukupno ocijenili bolnicu srednjom vrijednosti 8,7.

Zaključak. Ispitanici su zadovoljni komunikacijom djelatnika, smještajem, čistoćom i prehranom tijekom hospitalizacije.

Ključne riječi: *bolesnik, bolnica, indikator kvalitete, zadovoljstvo, zdravstvena skrb*

DOKUMENTIRANJE SESTRINSKIH POSTUPAKA U OPERACIJSKIM SALAMA U FUNKCIJI POBOLJŠANJA KVALITETE

Agneza Aleksijević¹, Ankica Vlačić¹, Mira Terzić¹

¹ Opća županijska bolnica Vukovar i bolnica hrvatskih veterana

Sažetak:

Cilj rada je prikazati dokumentiranje sestrinskih postupaka u operacijskim salama kirurških djelatnosti Opće županijske bolnice Vukovar i bolnice hrvatskih veterana (OŽB Vukovar). Materijal i metode: Postupci se dokumentiraju od prijema i pripreme bolesnika za kirurški zahvat do otpusta kući u sestrinsku, a pohranjuju uz medicinsku dokumentaciju u medicinski karton. Dokumentiranje je značajan postupak prikaza rada operacijskih sestara. Sestrinska dokumentacija se u OŽB Vukovar počela primjenjivati u kolovozu 2011. Godine. Svrha rada je ukazati na važnost medicinske dokumentacije kroz: profesionalnu odgovornost, zakonsku obvezu, osiguranje kvalitetnije komunikacije, pravnu zaštitu, unapređenje kvalitete zdravstvene njege, standardizaciju sestrinske prakse, bolju kontrolu troškova i praćenje društvenih promjena. Rezultati rada: Edukaciju je uspješno završilo 190 medicinskih sestara/tehničara. Informacijski sustav e-njege nudi praćenje svih prikupljenih podataka u svezi sa zdravstvenom njegom bolesnika i mogućnost istraživanja u sestrinstvu iz postojeće arhive baze podataka. E-zapis sestrinske dokumentacije implementiran je s ciljem bržeg i jednostavnijeg unosa podataka u odnosu na pisani oblik. Prikazat ćemo kako izgleda dokumentiranje provedenih postupaka u operacijskoj sali u sustavu e-njege u OŽB Vukovar. Dokumentacija za operacijske zahvate nije izrađena, no u nedostatku istog od 2011. Godine OŽB Vukovar je u procesu akreditacije u kojoj smo sami izradili popratne operacijske listekoje ispunjavamo podacima koji uključuju anamnestičke podatke o bolesniku, te potvrđuju sigurnost i pravilnost rada u operacijskoj dvorani i Check - listu koju ispunjavaju svi članovi operacijskog tima. Zaključak: Sestrinski zapis je pokazatelj kvalitete i kontinuiteta zdravstvene njege s ciljem podizanja sveukupne kvalitete zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: *operacijske sestre, dokumentiranje sestrinskih postupaka, profesionalna odgovornost, e-njege, akreditacija*

Sažetak:

U predstavljanju pojma ljudskog kapitala naglašene su uloge vještina i sposobnosti zaposlenika koje doprinose stvaranju dodane vrijednosti unutar organizacije. Između ostalog navedeno je da se ljudski kapital odnosi na produktivne sposobnosti pojedinca koja uključuje znanje, vještine i iskustvo koji imaju ekonomsku vrijednost. No, osim što je ljudski kapital usmjeren na čimbenike koji su relevantni za proces društvene reprodukcije, on u zdravstvenoj njezi ima daleko šire značenje. U eri digitalizacije neophodna su dodatna znanja i vještine koje su povezane s edukacijom provoditelja zdravstvene njege koji su spremni slijediti potrebe sve složenije tehnologije koja zahtjeva brzu prilagodbu te široki opseg znanja i vještina. No, u tehnologiziranom okruženju koje je često usmjereno na produktivnost i ekonomske pokazatelje dolazi do alijenacije ljudi te kao posljedica toga izostaju odgovori koji su nužni u procjeni potreba i pružanja zdravstvene njege. Iz toga razloga u bazi ljudskog kapitala neophodne su individualne karakteristike pružatelja zdravstvene njege. U definiciji individualnih karakteristika ljudskog kapitala Sundać i Švast (2009) navode da su to: kreativnost, inovativnost, motivacija, stavovi (o životu, o poslovanju,...), marljivost, odgovornost, upornost, samoinicijativnost, uspješnost u komunikaciji, sposobnost rješavanja problema, kritičko promišljanje te fleksibilnost i adaptibilnost, odnosno sposobnost djelovanja u različitim situacijama. Opisujući ključne vještine i individualne karakteristike koje su značajne za ljudski kapital Healy i Sylvain (2001) navode među vodećima komunikaciju koja uključuje znanje stranih jezika te slušanje, govorenje, čitanje, pisanje, računanje. Nadalje, autori navode interpersonalne vještine - motivacija/ustrajnost, "učiti kako učiti", samodisciplina, sposobnost donošenja odluka na temelju relevantnog skupa etičkih vrijednosti i ciljeva u životu te timski rad i vodstvo. Osim toga, u ljudskom kapitalu od posebnog su značenja tacitna znanja. U provođenju zdravstvene njege medicinske sestre/tehničari djeluju u različitim radnim i okolišnim uvjetima, susrećući se s različitim kulturalnim i personalnim specifičnostima korisnika i njegove okoline te različitim ishodima liječenja. Iz toga razloga razvoj ljudskog kapitala u zdravstvenoj njezi je resurs koji treba predstavljati stratešku značajku u menadžmentu zdravstvenih ustanova.

Ključne riječi: *ljudski kapital, vještine komunikacije, medicinska sestra, radna sredi*

DRG (DIAGNOSTIC RELATED GROUP) JUČER, DANAS, SUTRA

Nina Mibić¹, Ana Džidamag¹

¹ Zavod zdravstvenog osiguranja HNŽ/KK

Sažetak:

Zavod zdravstvenog osiguranja Hercegovačko-neretvanske županije pokrenuo je niz projekata i aktivnosti kojima želi racionalizirati potrošnju unutar zdravstvenog sustava, ali istovremeno podići kvalitetu zdravstvene zaštite i zadovoljstvo osiguranih osoba. DRG - model predstavlja postupak klasifikacije bolničkih pacijenata u skupine koje zahtijevaju sličnu potrošnju bolničkih resursa i koje imaju slične kliničke osobitosti. Cilj: Plaćanje zdravstvene zaštite po DRG (Diagnostic-Related Group) značajno će utjecati na povećanje transparentnosti u ugovaranju zdravstvene zaštite, ravnopravniju podjelu sredstava među bolnicama, smanjenje prosječnog trajanja hospitalizacije te povećanje kvalitete usluga za osiguranike. Materijali i metode: Retrospektivna analiza DRG podataka prema šifriranim epizodama određenih prema deset parametara kvalitete šifriranja. Rasprava: Potpunom implementacijom Integriranog modela plaćanja bolničkih usluga unaprijediti će se: efikasnost i efektivnost bolnica u HNŽ/K, mjerenje izlaznih rezultata bolnica, planiranje zdravstvenih kapaciteta, planiranje proračuna sukladno aktivnosti. Plaćanje usluga će biti refleksija stvarnog troška, osigurati će se transparentnost sustava i postići kvalitetnija usluga za osiguranike. Zaključak: Svrha projekta je uspostavljanje organizacijskog modela u kome će bolnice biti plaćene na temelju svojih aktivnosti ili ishoda, odnosno povezivanje specijalističke - konzultativne zdravstvene zaštite i DRG modela za stacionarne pacijente, što će osigurati koordinirani pristup i u konačnici dovesti do Integriranog modela plaćanja bolničkih usluga, što je danas opće priznati trend u razvijenim zdravstvenim sustavima.

Ključne riječi: *ZZO HNŽ/K, DRG, bolnica, parametri kvalitete šifriranja, Integrirani model plaćanja bolničkih usluga.*

PROCJENA RIZIKA ZA PAD U PEDIJATRIJSKOJ SKRBI

Darija Ordulj-Aničić¹, Dubravka Gluvić¹, Elizabeta Kralj Kovačić¹

¹ Dječija bolnica Srebrenjak

Sažetak:

Indikatori kvalitete su mjerljive činjenice unutar procesa liječenja i zdravstvene njege. Praćenje produktivnosti i uspješnosti kroz indikatore rezultira konačnim zadovoljstvom pacijenta i roditelja/zakonskog skrbnika, te značajnim smanjenjem troškova liječenja. Uspostavljanjem sustava samokontrole kroz provođenje evidencija i nadzora, pronalaženje nesukladnosti, analiziranje neželjenih događaja, te propisivanje preventivnih i korektivnih radnji postiže se bolja komunikacija i razumijevanje cjelokupnog procesa zdravstvene zaštite. Mjere za unapređenje sestrinske prakse uz sustavnu kontrolu kvalitete između ostalog uključuju praćenje programa prevencije pada kod djece, procjenu rizika, analizu trendova, edukaciju osoblja, pacijenta i uključivanje obitelji, prikupljanje podataka i izvještavanje Jedinice za kvalitetu. Pad se definira kao neželjeni događaj sa ili bez ozljede djeteta, prijavljen, medicinski zabilježen i dokumentiran sa ili bez svjedoka. Stopa pada/incidencija mjeri se kao ukupan broj djece kod kojih je zabilježen neželjeni događaj koji se pomnoži sa 1000, te se podijeli sa ukupnim brojem ležanja. Razvojna pokretljivost djeteta do 3 godine starosti bitno se razlikuje od pokretljivosti odraslog čovjeka. Vrste ozljeda od padova kod djece su različite od ozljeda odraslih. Djeca prilikom pada najčešće udare glavom, a kod odraslih su ozljede najčešće vezane za zdjelicu, bokove i leđa. Za procjenu rizika za pad kod djece koristimo skalu Humpty Dumpty. Ovisno o rezultatu procjene propisujemo protokole za sprečavanje padova. Protokoli prevencije su individualni, a izrađuje ih medicinska sestra/tehničar iz procesa rada u suradnji sa glavnom sestrom odjela. Svaki neželjeni događaj pada kod djeteta dokumentacijski se prati sukladno dokumentima upravljanja neželjenim događajem.

Ključne riječi: *indikator kvalitete, pad, djeca, Humpty Dumpty skala*

MJERENJA KVALITETA USLUGA U ZDRAVSTVU KAO VAŽNA PARADIGMA ORGANIZACIJSKE PERSPEKTIVE

Selma Smajić¹, Samra Zaimović¹, Sefer Elsa¹

¹ JU Bolnica Travnik

Sažetak:

Napori da se obezbijedi kvalitetno liječenje i briga o pacijentu, kao i da se postigne najpovoljniji ishod za pacijentovo zdravlje, stari su koliko i ljekarska profesija. Zdravstveni radnik na svim nivoima svog obrazovanja razvija obavezu da bude stručno kompetentan i spreman da uči, da bude samokritičan i otvoren za kritiku. Kao i u svakoj aktivnosti i u zdravstvenoj zaštiti moguće su greške, ali kvalitetna zdravstvena zaštita treba da omogući smanjenje grešaka iz neznanja, nedostatka vještina, loše pažnje, nemara i nedovoljne motivacije. Korisnik/pacijent je jedna od komponenti zdravstvenog sistema, koji postaje sve obrazovaniji i sa sve većim zahtjevima, pa se od zdravstvenog sistema očekuje da odgovori očekivanjima i zahtjevima emancipovanog i prosvjećenog korisnika koji ima prava da dobije takvu zaštitu u kojoj će biti minimiziran rizik po njegovo zdravlje, a maksimizirana korist od onog što mu zaštita pruža. Različite kulturne vrijednosti oblikuju percepciju pacijenta o kvaliteti te na taj način mogu rezultirati različitim dimenzijama kvalitete.

Ključne riječi: *zdravstvena zaštita, zdravstvene usluge, kvalitet zdravstvenih usluga, Servqual instrument.*

PALIJATIVNI MOBILNI TIM

Maja Bender¹, Vedrana Iveta¹, Meri Pavlović Vlahinić¹

¹ Dom zdravlja Dubrovnik

Sažetak:

Uvod: Palijativna medicina se bavi zadnjim stadijima neizlječivih bolesti čija je prognoza smrt. Brine se za ljudsko dostojanstvo i vodi ka mirnoj smrti. Palijativnu medicinu provodi stručni tim koji se sastoji od stručnjaka raznog profila, ovisno o osnovnoj bolesti bolesnika koji se nalazi u terminalnoj/palijativnoj fazi bolesti. U radu se iznose neki od svakodnevnih problema s kojima se susreću ne samo bolesnici već i zdravstveni radnici koji sudjeluju u palijativnoj skrbi.

Cilj je ovoga rada predstaviti palijativnu skrb, počevši od same definicije pa do mogućnosti njenog usavršavanja i razvoja. Također nam je cilj objasniti glavne probleme sustava u kojem se nalazi palijativna skrb, te opisati probleme samih palijativnih pacijenata, kao i sestrinsku strategiju za pomoć pacijentu i obitelji. Komunikaciju i sa pacijentom i obitelji s posebnim osvrtom na ulogu medicinske sestre u palijativnoj skrbi. Definicija i problemi s kojima se susreće tim koji provodi palijativnu skrb Palijativna medicina ne može izliječiti osobu, ali može o njoj skrbiti, ublažiti joj bol i patnju, čuvajući dostojanstvo osobe kao jedinstvenog ljudskog bića. Palijativna medicina se bavi zadnjim stadijima neizlječivih bolesti čija je prognoza smrt. Brine se za ljudsko dostojanstvo i vodi ka mirnoj smrti. Palijativnu medicinu predvodi stručni tim koji se sastoji od obiteljskog liječnika, liječnika specijalista (ovisno primarnoj bolesti), medicinskih sestara, psihijatra, psihologa, socijalnog radnika, fizioterapeuta, dijetetičara, duhovnika. Medicinske sestre u palijativnoj skrbi, skrbe za održavanje kvalitete života, poštuju ljudsko dostojanstvo i potiču na mogućnost samozbrinjavanja. Nepisano je pravilo da se palijativna skrb primjenjuje tek neposredno prije smrti, no u današnje vrijeme suvremene medicine ona se može primjenjivati već nakon postavljanja dijagnoze neizlječive bolesti. Nakon postavljanja dijagnoze neizlječive bolesti otvara se mnoštvo pitanja, kako kod pacijenata i njihovih obitelji, tako i u zdravstvenih radnika koji su skrbili o pacijentu do otpusta iz bolnice.

Neka od njih su sljedeća:

Koliko je obitelj spremna i ima mogućnosti preuzeti skrb o pacijentu?

Koji vid skrbi i u kojoj mjeri je potreban uz obiteljsku skrb?

Kome se obitelj može obratiti ukoliko im je potreban savjet vezan za skrb o pacijentu (vikend, praznik)?

Jesu li su uz usmenu edukaciju, bez pisanih materijala uspjeli upamtiti sve upute o skrbi?

Pri učestalim hospitalizacijama, postavlja se pitanje je li to najbolji način skrbi za pacijenta sa neizlječivom bolesti?

Postoji li bolje i ugodnije rješenje za skrb o pacijentu, koja bi mu bila osigurana na način da mu se omogući kontinuitet i stabilnost njegovog stanja i simptoma?

Može li se kvaliteta života pacijenata održavati na zadovoljavajućem nivou uz postojeće i ponuđene vidove skrbi?

Koliko pacijent sudjeluje u donošenju odluka o izboru daljnje skrbi i koliko mu sadašnje mogućnosti sustava daju izbora?

Koliko je moguće individualno pristupati uz postojeće ponude u sustavu skrbi?

Uz gore navedena pitanja postavljaju se i otvaraju još mnoga. Neka od postavljenih pitanja imaju jasne odgovore, koji daju smjernice kojim putem krenuti. Međusobna suradnja i povezanost između bolničkih zdravstvenih ustanova, primarne zdravstvene zaštite, različitih profila stručnjaka educiranih iz područja palijativne skrbi, te organizacija palijativne skrbi na različitim razinama zdravstvene zaštite pomogla bi u ostvarivanju bolje skrbi za pacijente. Obitelj i pacijenti zatečeni novom situacijom pokušavaju saznati kako na najbolji mogući način osigurati što kvalitetniji život oboljelom i gdje potražiti pomoć i dobiti odgovore na brojna pitanja koja se svakodnevno nameću. Neophodno je osigurati i službe kojima bi se mogli obratiti za pomoć i podršku za probleme koji ih muče, a ne zahtijevaju hitne intervencije, niti bolničko liječenje.

Ključne riječi: *palijativna skrb, poštovanje fizičkog i psihičkog dostojanstva bolesnika, timski rad, mobilni tim za provođenje palijativne skrbi*

¹ Osoblje odjela za Palijativnu skrb

Sažetak:

Povodom druge godišnjice početka rada odjela snimljen je film. Jeronim Ban je bolnički kapelan, član tima za palijativnu skrb u OB Dubrovnik i režiser filma. Film će pokazati kako izgleda odjel, zašto tako izgleda i način rada na odjelu. Filmom smo htjeli široj javnosti približiti smisao palijativnog pristupa. Čitavo osoblje odjela je sudjelovalo u nastanku filma

Ključne riječi: *palijativna skrb, zdravstveno osoblje, bolesnik*

IZAZOVI IMPLEMENTACIJE SUSTAVA UPRAVLJANJA KVALITETOM U ZDRAVSTVENOJ USTANOVU

Marija Gilja¹

¹ Hrvatska udruga medicinskih sestara

Sažetak:

Sustav zdravstva kompleksan je i vrlo složen sustav. Zadnjih se desetljeća središte pažnje u zdravstvu sve više usmjerava na kvalitetu usluge u sigurnom okruženju uz uvažavanje prava pacijenata. Definicija kvalitete zdravstvene usluge je višedimenzionalna, a određuje je nacionalna zdravstvena politika, financiranje, vlasništvo, očekivanja korisnika zdravstvene usluge te stava rukovoditelja i pružatelja zdravstvene skrbi. Iz stava pojedinca ili skupine ljudi proizlaze njihove subjektivne procjene pojedinih vrijednosti pa zbog toga stavovi često dominiraju cjelokupnim ponašanjem pojedinca. Za implementaciju Sustava kontrole kvalitete (SUK) u zdravstvenoj ustanovi, nužna je volja i odluka uprave nakon čega slijede faze pripreme i izrade dokumentacije. Faze nadzora, održavanja i poboljšavanje SUK-a slijede nakon implementacije SUK-a. Izazovi implementacije SUK-a javljaju se iz različitih razloga: tehnički (vrijeme, prostor...), financijski, nepoznavanje SUK-a, nerazumijevanje SUK-a, negativan stav zaposlenika, problemi prilagođavanja vanjski suradnika koji nemaju implementiran SUK. Nadalje, izazovi su i definiranje procesa rada i njihove međuovisnosti, prepoznavanje kritičnih dijelova procesa kao i definiranje ishoda usluga koje pruža zdravstvena ustanova. Značajno je i da je implementacija SUK-a proces učenja kao i mogućnost spoznaje kako učiniti male korake za pomake u kvaliteti, a da pri tome nije nužno koristiti dodatne resurse osim dosljednosti i ustrajnosti u postizanju ciljeva. U kompleksnom zdravstvenom sustavu medicinske sestre/tehničari su profesionalci koje čine najveći dio pružatelja zdravstvene skrbi korisnicima usluga. Ta činjenica navodi na zaključak da je i najviše zahtjeva pacijenata usmjereno na njihov rad i zato su neizbježni pokretači poboljšanja kvalitete u pružanju zdravstvene skrbi.

Ključne riječi: kontrola kvalitete, zdravstvena ustanova, korisnici usluga

SUVREMENI MEDIJI U IZGRADNJI LEADERSHIPA U ZDRAVSTVU

Vlado Čutura¹

¹Glas koncila

Sažetak:

Mediji se svrstavaju u četvrtu utjecajnu kategoriju suvremenoga društva, dakle oni dolaze poslije zakonodavne, izvršne i sudske vlasti. Štoviše, mediji nerijetko na njih utječu posebice u društvu procesa, osobito u tranzicijskim ili bolje rečeno u transformacijskim društvima kao što su ona u novonastalim državama na područjima bivše Jugoslavije, počevši od Slovenije, Hrvatske, Srbije, BiH, Kosova, Crne Gore, Makedonije... Zapravo, mediji su tu korektori, ali istodobno i usmjerivači procesa ukoliko analitički pristupaju stvarnosti problema i teže općem dobru i zaštiti pojedinca. Tako je i u zdravstvu, gdje „politička mašinerija“ često pušta probne balone putem medija i testira reakciju javnosti, putem tzv. determiniranoga kaosa, a u pozadini se odigravaju procesi političkih želja, materijalne dobiti, pozicija i slično. Na drugoj strani, suvremeni mediji ukoliko ih se s razumijevanjem koristi, od velike su koristi onima koji služe općem dobru, posebice vulnerabilnoj skupini u društvu kao što su bolesni, stariji, nemoćni, djeca... To je skupina koja traži visoku dozu humanizma, ustvari istančani osjećaj prema čovjeku u potrebi. Prvi na toj liniji su zdravstveni djelatnici koji u svojoj zauzetosti za osobu u potrebi često nisu društveno prepoznati, a samim time i mediji ih ne prepoznaju, posebice njihov pozitivni humanistički i profesionalni rad. Unatoč svim teškoćama s kojima se suočavaju zdravstveni sustavi, oni su i dalje najjači segmenti društva svih zemalja u regiji, jer vode ih humanisti, osobe koje su izabrale svoj poziv jer žele pomagati potrebnima. Njihova vodstva (leadership) danas imaju brojne mogućnosti korištenja suvremenih medija, dakle biti prepoznatljivim i pokazati stvarno lice humanoga rada. K tome, otvaraju im se mogućnosti unaprijediti svoje institucije, namaknuti sredstva, educirati osoblje. “Lideri pokreću promjenu; Menadžeri održavaju dosljednost. Zajedno znače kontinuirani napredak “ (prof. Rice, USA). Tu je jasan zaključak da ljudi čine promjene i bit je vještine rukovođenja. Važan je vođa (lider) koji mora biti prepoznatljiv, a njegova je zadaća stvoriti vodstvo. Prema smjernicama Europske komisije o vještinama rukovođenja s pomoću visoke tehnologije u Europi 2017. koje je pripremila tvrtka empirica Gesellschaft für Kommunikations- und Technologie for schun gmbH u ime Europske komisije među ostalima ističe: „Digitalne i ključne razvojne tehnologije stvaraju nove

tržišne prilike i zagovaraju nove i ponekad radikalne poslovne modele. Promicanje vještina rukovođenja s pomoću visoke tehnologije i velika ponuda kvalificiranog kadra zahtijevaju dugoročne usklađene i dosljedne napore u mnogim područjima politika. Potreban je i aktivan doprinos brojnih dionika i prilagodljivih javnih/privatnih partnerstva. Kako bi se to postiglo, potrebno je bolje proučiti značajke i razmjere izazova, kao i odgovarajuća rješenja.“ Zanimljivo je da dokument donosi sažetak najsuvremenijeg oblika vještina rukovođenja s pomoću visoke tehnologije, naravno ona se odnosi i na onu medijsku, te ističe konkretne prijedloge za aktivnosti i opisuje najbolji način za provedbu programa državama članicama EU i na razini Europe. Naglasak je na digitalnom podskupu vještina rukovoditelja koji rade s visokim tehnologijama koje se nazivaju i e-leadership vještinama. One uključuju segmente: e-leadership obrazovanje, omjer radne snage i e-leadership potencijala, strukturne varijable koje omogućuju iskorištavanje e-leadershipa i razvojne politike e-leadershipa ili ostali pokretači. Isto tako, statistika pokazuje da na temelju 24 pokazatelja iz primarnih i sekundarnih izvora, ljestvica uspoređuje „učinkovitost“ diljem država članica EU-a i utvrđuje prednosti i nedostatke e-leadership, primjerice ekosustava (a približno je i u ostalim granama društva) radi pokretanja rasprava o nacionalnim politikama i politikama EU-a. Države članice smješta se u četiri skupine prema učinku: Irska, Nizozemska, Finska, Ujedinjena Kraljevina, Švedska, Belgija i Danska predvodnice su s učinkom većim od 20 % iznad prosjeka EU-a. Iza njih su: Luksemburg, Malta, Austrija, Njemačka, Francuska, Slovenija i Estonija imaju učinak niži od 20 % iznad ili blizu prosjeka EU-a. Zatim slijede Španjolska, Litva, Češka Republika, Latvija Mađarska, Portugal i Poljska imaju učinak niži od 20 % ispod prosjeka EU-a. U zadnjoj skupini su: Cipar, Hrvatska, Slovačka, Bugarska, Italija, Grčka i Rumunjska imaju učinak više od 20 % ispod prosjeka EU-a. A gdje je Bosna i Hercegovina? Tu valja otvoriti probleme projekata na području BiH u zdravstvu, a među inima i one koje Švicarska plaćala, a neravnopravno se dijelilo i uključivalo profesionalce i entitete? S time su upoznata veleposlanstva kao i švicarski parlament i Vlada! I tu lideri moraju još više iskoristiti medijski pritisak kao četvrtu silu vlasti kontrole provedbe projekta „Jačanje sestrinstva i primaljstva u Bosni i Hercegovini“ – ProSes, koji je pod vodstvom Fondacije Fami, a financira ga Švicarska vlada. Sapiens sati!

Ključne riječi: *vodstvo, leadership, zdravstvo, sestrinstvo, projekti, EU, Europska komisija*

INDIKATORI KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE U INVAZIVNOJ KARDIOLOGIJI

Biljana Šego¹

¹ Zavod za bolesti srca i krvnih žila, Klinička bolnica Dubrava Zagreb

Sažetak:

Analiza indikatora kvalitete zdravstvene njege omogućuje uvid u kvalitetu određenih područja rada medicinskih sestara te identificira područja i način za poboljšanje kvalitete. U analizu su uključeni indikatori koji se odnose na tri važna područja u radu medicinskih sestara: zbrinjavanje boli, smanjenje infekcija, edukacija /informiranost, broj dana boravka u bolničkoj ustanovi i liste čekanja (za koronarografiju, perkutanu koronarnu intervenciju, uvođenje trajnog elektrostimulatora srca, obrada za transplantaciju srca.). Kako bi se kvaliteta pretvorila u mjerljive pokazatelje izrađeni su upitnici koji su sprovedeni na bolesničkim odjelima ZZBSKŽ. Pitanja su se odnosila na zadovoljstvo općenito i zadovoljstvo postignućem pojedinih dijelova standarda. Na osnovu analize indikatora dobiven je uvid u kvalitetu određenih područja rada med.sestara. Evaluacija kliničke izvedbe imaju tri ključna učinka: kultura redovitog praćenja kvalitete rada, komunikacija i timski rad, suradnja pacijenata i lokalne zajednice, profesionalna stručnost i stalna edukacija i upravljanje informacijom i znanjem. Indikatori kvalitete su mjerljivi, objektivni, brojni pokazatelji djelotvornosti ključnih segmenata nekog sustava.

Ključne riječi: *med. sestre, indikatori kvalitete, edukacija/informiranost, infekcija, zadovoljstvo bolesnika*

RAZINA BOLI I POTROŠNJA LIJEKOVA NAKON CARSKOG REZA OVISNO O VRSTI ANESTEZIJE I DOBI BABINJAČE

Andrić I.¹, Vladić-Spaić D.¹, Mihalj M.¹, Šimić S.¹, Tomić V.¹

¹ Odjel za anesteziju, reanimaciju i intenzivno liječenje SKB Mostar

Sažetak:

Cilj istraživanja: Cilj istraživanja je bio utvrditi razinu boli i potrošnju analgetika u babinjača nakon carskog reza u odnosu na vrstu primijenjene anestezije i dob babinjače. Ispitanici i postupci. Provedeno je prospektivno istraživanje u Klinici za ginekologiju i porodništvo SKB Mostar u razdoblju od 1.09. 2015. do 30.06. 2016. godine. U istraživanju je bilo uključeno 111 babinjača. Oglednu skupinu činile su 54 babinjače koje su operirane u spinalnoj anesteziji, dok je u usporednoj skupini bilo 57 babinjača koje su operirane u općoj anesteziji. Izlazni parametri istraživanja bili su osjećaj boli i količina primljenih analgetika. Ulazni parametri istraživanja bili su: životna dob, gestacijska dob, stupanj obrazovanja i sredina življenja. Za utvrđivanje razine boli korištena je vizualno-analogni ljestvica boli (VAS).

Rezultati: Babinjače operirane u spinalnoj anesteziji imale su značajno manji osjećaj boli ($p=0,031$) i manju potrebu za analgeticima u poslijeoperacijskom razdoblju, u odnosu na ispitanice operirane u općoj anesteziji ($p=0,024$). Veća životna dob ispitanica povezana je s manjim osjećajem boli ($p=0,014$) i manjom potrebom za analgeticima ($p<0,05$).

Zaključak. Spinalna anestezija kod izvođenja carskog reza rezultira manjim osjećajem boli i manjom potrebom za analgeticima u poslijeoperacijskom razdoblju, u odnosu na opću anesteziju.

Ključne riječi: *carski rez, anestezija, opća, spinalna, bol, analgetik*

OTPUSNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE U FUNKCIJI POBOLJŠANJA KVALITETE - PRIKAZ SLUČAJA

Agneza Aleksijević¹, Ivana Kvesić¹, Elvira Capan¹

¹ Opća županijska bolnica Vukovar i bolnica hrvatskih veterana

Sažetak:

Cilj rada je prikazati otpusno pismo zdravstvene njege na prikazu slučaja kirurškog pacijenta s operacijskom ugradnjom totalne endoproteze koljena (TPK), a koje služi kao kvalitetan izvor edukativnih i praktičnih informacija obiteljskom liječniku, patronažnoj službi ili drugim zdravstvenim ustanovama o provedenoj zdravstvenoj njezi za vrijeme boravka u bolnici, te o preporučenom nastavku iste. Prikaz slučaja: A. D, 1948.; iz Štitara, živi sa sinom, ne koristi socijalnu pomoć, o pacijentici skrbi sin. Pacijentica se prima kao redovan prijem s medicinskom dijagnozom Gonartroza koljena. Sestrinske dijagnoze: „Akutna bol“, „Anksioznost“, „SMBS osobna higijena/hranjenje/eliminacija/odijevanje“. Tijekom hospitalizacije stvaran je empatijski odnos s pacijenticom uz pojačan nadzor i provođenje mjera za sprječavanje rizika za pad. Provodili smo preventivne mjere u sprječavanju komplikacija dugotrajnog ležanja i postupke pomoći pri hranjenju, eliminaciji, održavanju osobne higijene i odijevanju. Preporuke za pomoć pri samozbrinjavanju: preporučene aktivnosti provoditi uz pojačan nadzor; Nužnost prvih postupaka zdravstvene njege u kući: postupke provoditi odmah na dan otpusta. Fizičko stanje: dobro, potrebna pomoć pomagala i druge osobe. Mentalno stanje: pri svijesti; Aktivnosti: pokretna uz pomoć pomagala; Inkontinencija: ne; Prehrana: dobra; Tekućina: dobra, Dekubitus: Ne; Druge rane: postoperativna, starost rane 8 dana, suha bez iscjetka. Pacijentica ima uvid u svoje stanje i provedena je edukacija s obitelji. Preporučuje se posjet patronažne sestre, te daljnje provođenje preporučenih postupaka zdravstvene njege. Pacijentica može i zna sama uzimati propisanu terapiju, te provoditi naučene vježbe. Pacijentica je izrazito motivirana za oporavak i napredak uz pomoć i podršku obitelji. Otpusno pismo zdravstvene njege mora biti jasno i sažeto jer služi kao neposredan izvor edukativnih i praktičnih informacija o provedenoj zdravstvenoj skrbi tijekom boravka u bolnici te o potrebama za njezinim nastavkom kod kuće ili u nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi.

Ključne riječi: *pacijentica, zdravstvena njega, otpusno pismo, informacija, patronažne sestre*

ZDRAVSTVENA NEGA BOLESNIKA U AKUTNOJ RESPIRATORNOJ INSUFICIJENCIJI (ARI)

Marina Stanković¹, Vesna Đurić¹, Radenka Ćiraković¹

¹ Opšta bolnica Loznica

Sažetak:

Akutna respiratorna insuficijencija je čest simptom ili komplikacija kod velikog broja infektivnih bolesti. Javlja se kod mnogih oboljenja kao što su: meningitis, encefalitis, tetanus, trovanja i dr. Kao komplikacija javlja se u toku pneumonije, kod komatoznih bolesnika i td.zbogatelektaze. Sestrinske intervencije u dijagnostici se ogledaju u sledećim postupcima: uzimanje arterijske krvi za praćenje gasova u arterijskoj krvi i acido-baznog stanja; uzimanje krvi za hematološke i biohemijske analize kao i sedimentaciju i hematokrit. Sestrinska dijagnoza, odnosno promene koje sestra treba da prepozna i saopštitekaru tiču se stanja svesti pacijenta; izmenjeno disanje; smetnje u cirkulaciji; izmenjena ishrana, mogućnost nastanka infekcije urinarnog trakta; zatim nastanka tromboflebitisa na mestu plasirane i.v.kanile; zatim nastanka dekubitusa.

Sestrinske intervencije su:

Kontrolisanje stanja svesti

- Kontrolisanje disanja
- Nega i praćenje parametara na aparatu kod intubiranog bolesnika
- Kontrolisanjediureze, ispiranje katetera i mokraćne bešike
- Održavanje prohodnosti i.v.kanile i zamena
- Davanje terapije pacijentu
- Sprovoditi hidrataciju pacijenta
- Pomoć pri hranjenju ili hranjenje pacijenata
- Održavanje nege kože pacijenta

Ključne reči: *zdravstvena nega , respiratorna insuficijencija*

PREMIKACIJA I NJEN ZNAČAJ ZA DOBRU ANESTEZIJU

Zlatko Perišić¹, Radenka Ćiraković¹, Marina Stanković¹

¹ Opšta bolnica Loznica

Sažetak:

Potreba za premedikacijom je zavisna od vrste bolesti i vrste pacijenta, njegovog psihičkog stanja i planirane operacije i anestezije. Sve ove varijable imaju uticaja na odabir, vrstu i jačinu premedikacije – odnosno medikamenta, datih pred davanje anestezije. Cilj premedikacije je da pacijent bude miran, staložen, spreman na saradnju pred anesteziju i operaciju, kao i da se nivo njegovog stresa smanji na najmanji mogući nivo. Pacijent se informiše koja je svrha premedikacije i kada i kako će biti data. Ako je pacijent miran i ne želi premedikaciju mora i to da se prihvati. Volja pacijenta je uvek odlučujuća. Premedikacija ima tri cilja:

1. Sedacija
2. Analgezija
3. Snižavanje refleksnih aktivnosti

Standardi po različitim bolnicama su različiti i koriste se različiti medikamenti za postizanje gore navedenih ciljeva. Premedikacija može biti rana i neposredna. Rana premedikacija treba da ukloni strah i obezbedi miran san u toku noći, da bi pacijent ujutro bio odmoran i očuvao svoju kondiciju. U tu svrhu koriste se lekovi iz grupe benzodijazepina. Ovi lekovi najčešće se daju oralno, a po potrebi i intramuskularno.

Neposredna premedikacija daje se najčešće 30-60 minuta pre planirane hiruške intervencije im ili, ako za to nema vremena, kod hitnih hiruških intervencija, premedikacija se može davati iv u operacionoj sali 5-10 minuta pre početka anestezije. Od sredstava za premedikaciju najčešće se koristi atrofina u kombinaciji sa fenotiazinima, neurolepticima, benzodijazepinima ili narkotičkim analgeticima.

Ključne reči: *premedikacija, ciljevi premedikacije, rana premedikacija, neposredna premedikacija*

RAZINA DUHOVNOSTI UPOSLENIH STUDENATA FAKULTETA ZDRAVSTVENIH STUDIJA I NJIHOVA DUHOVNA POTPORA PACIJENTIMA

Ivana Perić¹, Darjan Franjić¹, Ivona Ljevak¹

¹ Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru

Sažetak:

Uvod: Duhovnost i duhovna skrb se prepoznaju kao važni aspekti skrbi pacijenta. Duhovno uvjerenje se smatra značajnim resursom u suočavanju s bolešću. Kao važna dimenzija ljudskog blagostanja i jedinstvena snaga koja stvara sklad između fizičkih, psiholoških i društvenih dimenzija, duhovnost predstavlja osnovnu motivaciju u svim ljudima uključujući uvjerenja u nešto veće ili više od sebe i samim tim uzrokuje pozitivnost u životu. Duhovnost i religija obično se preklapaju, odnosno predstavljaju okvire kroz koje se može razumjeti značenje, svrha i standardne vrijednosti vlastitog života. Stoga je važna razina duhovnosti uposlenih studenata Fakulteta zdravstvenih studija koja ima utjecaj na zdravstvenu njegu pacijenata.

Cilj: Cilj istraživanja je utvrditi razinu duhovnosti uposlenih studenata Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru i njihovu duhovnu potporu pacijentima.

Ispitanici i postupci: Uzorak ispitanika (ispitanici) činili su uposleni studenti Fakulteta zdravstvenih studija 3. godine preddiplomskog studija sestrinstva i 4. godine diplomskog studija sestrinstva. Ukupno je sudjelovalo 60 studenata/medicinskih sestara/tehničara. Za istraživanje korišten je Upitnik za procjenu duhovnosti Leeuwen, RenatusRonaldus van. / Towardsnursingcompetenciesinspiritual care. s.n., 2008. 256 p, koji se sastoji od 6 subskala: 1. procjena i implementacija duhovne skrbi, 2. osobna podrška, 3. savjetovanje pacijenta, 4. upućivanje na profesionalce, 5. stav prema duhovnosti pacijenta, 6. komunikacija. Ispitanicima su bili ponuđeni odgovori na Likertovoj ljestvici snage od 1 do 5. 1 (U potpunosti se ne slažem), 2 (Ne slažem se), 3 (Niti se slažem niti ne slažem), 4 (Slažem se) i 5 (U potpunosti se slažem). Također je korišten sociodemografski upitnik kojim su prikupljeni opći podatci ispitanika, a koji se odnose na dob, spol, mjesto rođenja, mjesto življenja, prosječan uspjeh dosadašnjih godina studija, socijalni status.

Rezultati: Svjesnost o svojim osobnim ograničenjima, kada se bave pacijentovim vjerskim uvjerenjima, navodi 26% ispitanika. Čak 40 % ispitanika navodi kako pružaju duhovnu skrb pacijentima, dok se 48% ispitanika slaže da pomažu pacijentu s nastavkom dnevne duhovne prakse. Unutar odjela 21% ispitanika se

u potpunosti slaže da mogu doprinijeti osiguranju kvalitete u području duhovne skrbi i 20 % ispitanika da mogu provoditi projekt poboljšanja duhovne skrbi prema pacijentima.

Zaključak: Istraživanje je pokazalo da su zaposleni studenti svjesni svojih osobnih ograničenja kada se bave pacijentovim vjerskim uvjerenjima. Međutim, istraživanje je pokazalo da zaposleni studenti duhovnu skrb prema pacijentima ipak upražnjavaju. Pružanje duhovne skrbi pacijentima može doprinijeti kako olakšanje pacijentove boli tako i kvalitetniju zdravstvenu njegu.

Ključne riječi: *duhovnost, studenti, fakultet*

PRAĆENJE STANJA SVIJESTI KOD BOLESNIKA U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA POMOĆU BISPEKTRALNOG INDEKSA

Jelica Ćurić¹, Anela Zadro¹

¹Sveučilišna klinička bolnica Mostar

Sažetak:

Uvod: Bispektralni indeks (BIS) je mjera kojom se prate učinci anestezije i sedacije na mozak. Smatra se novim „vitalnim znakom“ koji omogućuje anesteziolozima uspostavljanje odgovarajuće anestezije, a medicinskim sestrama omogućuje postoperativno praćenje stanja svijesti i učinke anestezije i analgezije čime se poboljšava skrb za bolesnika. Cilj rada: Prikazati učestalost je analgozsedacije u jedinici intenzivnog liječenja, te praćenjem stanja svijesti bolesnika pod analgozsedacijom i odrediti bispektralni indeks. Utvrditi vrijednosti bispektralnog indeksa kod ispitivanih bolesnika prema Ramseyevoj ljestvici vrijednosti istog.

Ispitanici i postupci: Provedeno je retrospektivno istraživanje na Odjelu za anesteziju, reanimaciju i intenzivno liječenje SKB Mostar, tijekom 2014., 2015., 2016., i 2017. godine. i uključivalo je 8 bolesnika nad kojima je sustavno i kontinuirano provedeno bilježenje bispektralnog indeksa. U istraživanje su bili uključeni bolesnici svih starosnih dobi na odjelu za intenzivno liječenje Izvor podataka su bili: povijest bolesti bolesnika, priručna registarska bilježnica za postavljanje bispektralnog indeksa bolesnika. Rezultati: Budni bolesnici, u kojih nisu primijenjeni nikakvi lijekovi, imaju vrijednost BIS – a otprilike oko 93, a neki bolesnici postaju nekontaktibilni pri vrijednostima od 80 – 75. Vrijednost BIS – a je u uskoj povezanosti s različitim ljestvicama sediranja. Pri vrijednosti 60 mogućnost odaziva u smislu buđenja tijekom opće anestezije je gotovo nemoguća. Na temelju dobivenih podataka za sedaciju bolesnika preporuča se održavati vrijednost BIS – a između 65 i 85, a za opću anesteziju između 45 i 60. Vrijednost BIS – a dobro korelira s dozom anestetika, bez obzira na njegovu vrstu. Podaci o utjecaju opioidnih analgetika na BIS se prilično razlikuju. Utjecaj opioidnih analgetika i njihove kombinacije s hipnoticima još uvijek nije dobro istraživano ali je poznato da, primjerice fentanil u kombinaciji sa stalnom dozom propofola nema utjecaja na vrijednost BIS – a.

Zaključci: Sedacija, te s time i poremećaji stanja svijesti, su integralni dio menadžmenta u Jedinici intenzivnog liječenja kirurških bolesnika. Primarni cilj sedacije jest postizanje udobnosti bolesnika, smanjenje anksioznosti i

dezorijentiranosti, osiguranje sna i smanjenje otpora mehaničkom ventilatoru. Praćenje razine svijesti i dubine sedacije u JIL – u je svojevrsan izazov. Najčešće upotrebljavanja ljestvica za procjenu sedacije je Ramsay skala, no neprikladna je za procjenu moguće disfunkcije svijesti. Sustavnije i brojnije praćenje analgosedacije bolesnika na Odjelu za intenzivno liječenje nije moguće zbog nedostatka uređaja za bilježenje bispektralnog indeksa.

Ključne riječi: *stanje svijesti, analgosedacija, bispektralni indeks.*

ČIMBENICI RIZIKA ZA RAZVOJ HOSPITALNIH INFEKCIJA UZROKOVANIH SREDIŠNJIM VENSKIM KATETERIMA

Šimić Slavica¹, Andrić Igor¹, Karlović Zoran¹

¹Sveučilišna klinička bolnica Mostar

Sažetak:

Uvod: Bolničke infekcije produljuju boravak bolesnika u bolnici i povećavaju i morbiditet i mortalitet. Nadalje, dijagnosticiranje i liječenje ovih infekcija predstavlja intenzivni pritisak na zdravstvenu službu i na zdravstveni proračun. Postotak intrahospitalnih infekcija varira kako od bolnice do bolnice, tako i od pojedinog bolničkog odjela do odjela. Procjenjuje se da je postotak veći u jedinicama intenzivnog liječenja (12-15%). Točnu incidenciju bolničkih infekcija teško je utvrditi, čak i kada postoji sustavno praćenje tih infekcija u bolnici, jer se pojavljuju i nakon završetka bolničkog liječenja, kao i kod ambulantno liječenih bolesnika. Procjenjuje se da prosječno 8%–10% hospitaliziranih bolesnika stječe neku bolničku infekciju za vrijeme hospitalizacije.

Cilj rada: Cilj ovog istraživanja je identificirati, opisati i objasniti utjecaj čimbenika rizika na razvoj infekcija povezanih sa središnjim venskim kateterom (SVK) kod kardiokirurških bolesnika, s konačnim ciljem njihova smanjenja. Poseban naglasak istraživanja je utvrditi utjecaj broja dana kateterizacije na razvoj kolonizacije i infekcije povezane sa SVK kod bolesnika na Odjelu za anesteziju, reanimaciju i intenzivno liječenje.

Ispitanici i postupci: Provedeno je retrospektivno istraživanje na Odjelu za anesteziju, reanimaciju i intenzivno liječenje Sveučilišne kliničke bolnice Mostar (SKB Mostar) u razdoblju od 1.01. 2014. do 31.12.2015. godine, uz pismenu suglasnost bolničkog Etičkog povjerenstva. Izvor podataka bili su: bolnički informacijski sustav (BIS), povijesti bolesti bolesnika, priručna bilježnica s mikrobiološkim podacima hemokultura i vrha SVK koji su poslani na mikrobiološku obradu, nalazi krvne slike bolesnika pri prijemu na odjel i usmene informacije dobivene od glavne medicinske sestre Odjela. U istraživanje je uključeno 510 bolesnika svih starosnih dobi sa Odjela kojima je postavljen SVK u venu subclaviu, jugularis ili femoralis, a SVK bio je plasiran duže od 5 dana. Statistička značajnost razlika ocjenjivana je temeljem značajnosti testa od 0,05 ili 5%.

Rezultati: U 287 (56,3%) slučajeva o ženama, što se pokazalo statistički značajno ($P=0,004$). Srednja životna dob ispitanika je 52,00 [12,00]. U životnoj

dobi od 50 do 69 godina bilo je (36,1% ispitanika ($p=0,136$). U najvećem broju slučajeva (46%) CVK je plasiran pacijentima koji su hospitalizirani na Odjelu ($p<0,05$). Najučestaliji venski pristup (93%) u ispitanika pri implantaciji SVK bila je vena subklavija ($p<0,05$). Najučestalija komplikacija implantacije SVK bila je disfunkcija katetera. Nije dokazana statistički značajna razlika između ispitanika bez infekcije i onih s kolonizacijom ($z=1,75$; $P=0,079$), niti je dokazana statistički značajna razlika između ispitanika s infekcije i onih s kolonizacijom ($z=0,481$; $P=0,499$). *Acinetobacterspp.*, MRSA, MRSE, *pseudomonasspp* i *aeruginosa* su najčešći uzročnici infekcija i kolonizacija na SVK.

Zaključci: Pojavnost intrahospitalnih infekcija, pa tako i infekcija povezanih sa SVK predstavlja veliki javnozdravstveni problem. Bolničke infekcije, pa tako i infekcije povezane sa SVK produljuju boravak bolesnika u bolnici, povećavaju i morbiditet i mortalitet. Nadalje, dijagnosticiranje i liječenje ovih infekcija predstavlja intenzivni pritisak na zdravstvenu službu i na zdravstveni proračun. Pojavnost infekcija povezanih sa SVK povezuje se sa čimbenicima rizika. Važno je poznavati ih, identificirati, i preventivno djelovati na one čimbenike na koje se može. U našem istraživanju istražen je utjecaj dobi i broja dana kateterizacije na razvoj infekcija povezanih sa SVK. Dokazalo se, kao i kod većine autora da dob bolesnika, promatrana sama za sebe, nema značajnu ulogu u razvoju infekcija povezanih sa SVK. Broj dana kateterizacije smatra se jednim od najznačajnijih čimbenika za razvoj infekcija povezanih sa SVK što je dokazano i u našem istraživanju. Dokazana je statistički značajna razlika broja dana kateterizacije između ispitivanih skupina, bez infekcije, koloniziranih i onih s infekcijom. Smanjenjem broja dana kateterizacije smanjuje se i rizik za razvoj infekcija povezanih sa SVK.

Ključne riječi: *hospitalne infekcije, čimbenici katetera, središnji venski kateter, disfunkcija katetera*

ISKUSTVA KLINIKE ZA NEUROLOGIJU SA NOVOM METODOM LIJEČENJA EPILEPSIJE - 24/SATNIM VIDEO EEG-OM (LTME)

Kristina Vidović¹, Nataša Pejanović Škobić¹, Dragana Sandžaktar Bijedić¹

¹ Klinika za neurologiju SKB Mostar

Sažetak:

Uvod: Što je video EEG monitoring?

To je dijagnostička metoda za najprecizniju dijagnozu i klasifikaciju epilepsije.

Osnovni princip je korelacija kliničkih simptoma i semiologije napadaja snimljenih video kamerom sa „time-linked“ EEG snimkom. Video EEG monitoring je na Klinici za neurologiju započeo sa radom u mjesecu lipnju 2016 godine, te kao mlada dijagnostička procedura ima za cilj pokazati važnost primjene kod pacijenata sa epilepsijom, kako bi se što preciznije utvrdila dijagnoza i započela adekvatna terapija, a time poboljšala i kvaliteta života. Cilj video EEG monitoringa: Stvoriti uvijete i sredinu u kojoj se različiti epileptički napadaji mogu sigurno snimiti videom i EEG, uz poseban nadzor i brigu za sigurnost pacijenta. Jedini način da definitivno potvrdimo dijagnozu epilepsije je da za vrijeme napada isti snimimo. Iza tima zdravstvenih djelatnika na Klinici za neurologiju u Sveučilišnoj Kliničkoj bolnici Mostar je period od četrnaest mjeseci intenzivnog rada, za cilj nam je također pokazati rezultate istog, kao i prezentirati način i model rada. Zaključak: Epilepsija je jedna od najučestalijih bolesti ili poremećaja u neurologiji, koja zbog svojih karakteristika predstavlja ozbiljan medicinski i socijalni problem. Uzrok nastanka bolesti i simptomi su izrazito raznoliki. Epilepsija predstavlja kronični poremećaj stanica moždane kore, koje iz različitih razloga postaju „prepodražljive“ i reagiraju sinhronim izbijanjima električkih impulsa, što se manifestira epileptičkim napadajima. Uz pomoć video EEG monitoringa snimi se 50 – 96 % epileptičkih i neepileptičkih događaja;

Postavi se dijagnoza kod 88 – 95 % pacijenata;

Poboljša se ishod kod 30 – 74 % pacijenata

Ključne riječi: *epilepsija, 24/ satni monitoring, sigurnost pacijenta, dijagnostička metoda.*

Sažetak:

Strojna ventilacija je način disanja koji se ostvaruje aparatom ili privremena mjera potpore plućnoj funkciji dok pacijent ne uspostavi spontano disanje.

Sušтина strojne ventilacije novorođenčadi je da se aparatom postigne dobra oksigenacija i dobra ventilacija. Ventilatorna potpora može biti invazivna (preko endotrahealnog tubusa ili treheostome) ili neinvazivna (preko maske za lice). Cilj i svrha istraživanja: Analizirali smo strukturu ventilirane novorođenčadi u dvogodišnjem razoblju tijekom 2015. i 2016.g.

Rezultati rada: U Jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi SKB Mostar u 2015 godini zaprimljeno je 161 novorođenče, od toga 98 (61%) su bili prematurusi GD <37 tjedana i 63 (39%) donešene djece, GD >37 tjedana. Prematurusa je intubirano 63 (84.5%), surfaktant je primilo 15 (15.5%). Donešene djece intubirano je 13 (20.7%), surfaktant je primilo 5 (9.7%). U 2016. godini zaprimljeno je 132 djece, prematurusa 80 (60.5%) i donešene djece 52 (39.5%). Prematurusa je intubirano 58 (72.5%), surfaktant je primilo 27 (34%). Donešene djece intubirano je 11 (21.2%), surfaktant je primilo 5 (9.7%).

Zaključak: Strojna ventilacija u primjeni kod djece svih uzrasta ima svoje pozitivne ali nažalost i negativne efekte ukoliko se neadekvatno primjenjuju sve mjere liječenja i njege. Kako se broj komplikacija ne bi povećavao tijekom njezine primjene neophodno je da sudjeluje cijeli medicinski tim podjednako kako bi se djetetu osiguralo kontinuirano praćenje svih aspekata i parametara strojne ventilacije. Specijalna edukacija sestrinskog i liječničkog osoblja je apsolutni uvjet. U suprotnom i najmanja nepravilnost u radu može uzrokovati ireverzibilne promjene. Preporuka za visok stupanj pružene njege je uspostavljanje standarda i protokola u radu, kako liječnika tako i pedijatrijskih sestara. Za pozitivan ishod mehaničke ventilacije kod djeteta potreban je, t.j. obvezan, multidisciplinarni pristup.

Ključne riječi: *mehanička ventilacija, intubacija, aspiracija, novorođenče, prematurus, surfaktant*

KLJUČNE KOMPETENCIJE MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA U PALIJATIVNOJ NJEZI

Mirza Oruč¹

¹ Medicinski fakultet Univerziteta u Zenici

Sažetak:

Prema podacima SZO karcinom je vodeći uzrok smrti i obolijevanja širom svijeta. U 2012. godini je otkriveno više od 14 miliona novih slučajeva. Proporcionalno broju stanovnika situacija sa novo otkrivenim slučajevima se preslikava i na prostor Bosne i Hercegovine. Prema dostupnim podacima potreba za palijativnom njegom raste iz dana u dan.

Koliko je zdravstveni sistem Bosne i Hercegovine spreman da odgovori na ovaj izazov kao i da li je osoblje ključno osposobljeno je široka tema za istraživanje. Cilj ovog rada je da uporedi ključne kompetencije i definira set kompetencija koje su neophodne za sprovođenja palijativne njege.

Postoje različite definicije kompetencija koje su neophodne u palijativnoj njezi u skladu sa potrebama i mogućnostima zdravstvenih sistema. Ovaj rad će analizirati tri seta kompetencija, i to set kompetencija Svjetske Zdravstvene Organizacije, set kompetencija propisan od strane EAPC (European Association for Palliative Care) i set kompetencija koje je propisalo Kanadsko udruženje za palijativnu njegu.

Edukacija u oblasti palijativne njege u Bosni i Hercegovini je u konstantnom razvoju te je neophodan sveobuhvatan plan edukacije za ovaj specifični vid zanimanja.

Definiranjem zajedničkog seta kompetencija definirati će se i potreba za usklađivanjem nastavnih planova i programa kao i dodatnom edukacijom osoblja.

Potreba za razvojem palijativne njege je konstantna i predstavlja jedan od prioriteta razvoja zdravstvenog sistema u kojem će ključnu ulogu imati kompetentno i educirano osoblje.

Ključne riječi: *palijativna njega, kompetencije, medicinske sestre, EAPC*

KISEONIK U ANESTEZIJI I REANIMACIJI

Radenka Ćiraković¹, Marina Stanković¹, Vesna Đurić¹

¹ Opšta bolnica Loznica

Sažetak:

Kiseonik je paramagnetni gas, kao i azot i feromagnetici, i menja magnetno polje. Ta osobina koristi se u specijalnim paramagnetnim analizatorima da se odredi njegova koncentracija u gasnoj smeši. Monitoringinspiratorne gasne smeše danas se uglavnom vrši preko oksimetrapolarografskom (elektrohemijskom) metodom pomoću kiseoničnih elektroda. Potrebe organizma za kiseonikom direktno su u vezi sa potrošenom energijom. U mirovanju potrošnja kiseonika je 250 ml/min (srednje odrasli 3,5-4 ml O₂ kg/min), a kod teškog fizičkog rada i 4-5 l/min. Rezerve u organizmu su male, i u slučaju prekida unosa kiseonika potroše se za najviše pet minuta. Posle čega nastaju ireverzibilne promene. Ako organi i tkiva nisu u stanju da dobiju neophodnu količinu kiseonika za svoje metaboličke potrebe, javlja se hipoksija. To je stanje smanjenog unosa, transporta ili usvajanja kiseonika u tkivima. Otuda hipoksija može biti respiratorna (hipoksična), anemična (hemijska), cirkulatorna (stagnantna) i tkivna (histotoksična). Moderna anestezija je isključivo vezana za primenu kiseonika. Čovek udiše 20,93 vol% kiseonika iz vazduha. U toku inhalacione anestezije pacijent udiše gasnu smešu koja sadrži obično 30 vol% kiseonika (ne manje od 25 vol%!). Često u praksi, u toku anestezije, postoji potreba da se pacijentu daje kiseonik u koncentraciji od 50 vol% (intoksikacija, hipoksija, šok), ili čak i 100 vol% (kod ugoženih vitalnih funkcija). Protok kiseonika u toku inhalacione anestezije kreće se obično od 1,5 do 3l/min, a ukupan protok gasne smeše od 5l/min.

Kliničko-funkcionalni pokazatelji hipoksije Dispnėja (otežano disanje). U hipoksiji je disanje najčešće ubrzano i produbljeno, kasnije površno i nepravilno. Produbljivanjem hipoksije disanje postaje usporeno i na kraju se prekida.

Cijanoza je stanje u kojem su koža i sluzokoža modrikasto prebojeni, naročito lice i nokti, zbog povećane količine redukovano hemoglobina (iznad 50g/l) u mikrocirkulaciji, odnosno u kapilarima. U izraženoj anemiji gde je hemoglobin manje od 50g/l cijanoza se ne može pojaviti, bolesnik je jako bled. Kod policitemije cijanoza se pojavljuje i bez hipoksije. Kod cijanoze centralnog tipa poremećena je oksigenacija krvi u plućima praćena je povećanjem redukovano hemoglobina pretežno u arterijskoj krvi, za razliku od cijanoze perifernog tipa čije uzrok cirkulatorna hipoksijazastojnog tipa, a redukovani hemoglobin povećan je pretežno u

venskoj krvi. Bleda i hladna koža karakteristični su znaci hipoksije. Brzo zamaranje rezultat je poremećenog energetskog balansa u hipoksiji.

Hipertenzija je rani klinički znak hipoksij. Produbljenjem hipoksije javlja se hipotenzija.

Ključne reči: *kiseonik, anestezija, reanimacija*

LEUKOCITI KAO POKAZATELJ UPALNOG ODGOVORA KOD KORIŠTENJA IZVANTJELESNOG KRVOTOKA U KIRURŠKOJ REVASKULARIZACIJI MIOKARDA

Anita Kosjerina¹, Zorica Buhovac¹

¹ Odjel za anesteziju, reanimaciju i intenzivno liječenje

Sažetak:

Uvod: Još i danas najučinkovitija metoda revaskularizacijemiokarda je kirurška re-vas-kularizacija. Nakon ovih zahvata dolazi do porasta leukocita u perifernoj krvi. Točan mehanizam nastanka leukocitoze periferne krvi nakon ovih zahvata nije u potpunosti razjašnjen. Uloga ove studije je donekle prikazati razliku imunološkog odgovora nakon kirurške revaskularizacijemiokarda uz upotrebu izvantjelesnog optoka i bez njegove upotrebe.

Ispitanici i postupci: Ovom studijom je obuhvaćeno 67 bolesnika podijeljenih u dvije skupine ovisno o kirurškoj metodi korištenoj za revaskularizacijumiokarda. U skupini bolesnika gdje je korišten CPB (od eng. Cardiopulmonarybypass) tijekom procesa revaskularizacije uvrštena su 32 bolesnika, a u drugoj skupini, u kojoj tijekom revaskularizacije nije korišten CPB, njih 35.

Rezultati: U mjeranim intervalima nakon završetka zahvata povećanje leukocita postojalo je kod obaju promatranih skupina, no značajnije izraženo u skupini bolesnika kod kojih je tijekom revaskularizacije korišten CPB. Porast neutrofila također je bio znatno veći u skupini u kojoj je tijekom revaskularizacije korišten CPB.

Zaključak: Rezultat ovog istraživanja u promjeni broja leukocita, kao i neutrofila upućuje na činjenicu pojačane aktivacije imunološkog sustava nakon kirurške revaskularizacijemiokarda uz upotrebu izvantjelesnog krvotoka.

Ključne riječi: *kardiokirurška operacija, izvantjelesni krvotok, leukociti, neutrofili.*

USPOREDBA SESTRINSKIH KOMPETENCIJA U OKRUŽENJU SA I BEZ ODGOVARAJUĆE PRAVNE REGULATIVE

Ivona Ljevak¹, Agneza Aleksijević², Dino Ladan¹, Ivana Perić¹

¹ Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru

² Opća županijska bolnica Vukovar i bolnica hrvatskih veterana

Sažetak:

Uvod: Kompetencije medicinskih sestra/tehničara (u nastavku MS/T), po pitanju zdravstvene njege u Bosni i Hercegovini nisu zakonom definirane. Naime, Republika Hrvatska je u skladu s odredbama članka 16., Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o sestrinstvu, definirala kompetencije („Narodne novine“), a iste su odobrene od strane Stručnog vijeća Hrvatske komore medicinskih sestara (autor S. Šepec). Postupak u BiH je nužno provesti, kako zbog profesionalnog razvoja MS/T tako i pružanja kvalitetnije zdravstvene njege. Zakonski regulirane kompetencije bi zaštitile MS/T u pravnom smislu, naravno, u okvirima njihove nadležnosti ili kompetentnosti.

Cilj: Usporediti kompetencije u zdravstvenoj njezi između MS/T Sveučilišne kliničke bolnice (SKB) Mostar, Bosna i Hercegovina gdje iste nisu pravno definirane i Opće bolnice Vukovar, Republika Hrvatska gdje su kompetencije pravno definirane.

Inspitanci i postupci: Istraživanje je provedeno presječnom metodom prikupljanja podataka. Anketirano je 89 MS/T u SKB Mostar i 126 MS/T. u Općoj bolnici Vukovar. Upitnik, pored toga što sadrži demografske podatke MS/T, sastoji se i od samostruktuiranog upitnika o ispitivanju kompetencija u praksi, izrađen na temelju kompetencija Republike Hrvatske. Upitnik je sačinjen od devet kategorija sestrinskih kompetencija koje se odnose na zdravstvenu njegu i kliničku praksu. Ponuđeni odgovori su „Da“ samo ako sestrinske postupke izvode samostalno, „Ne“ samo ako postupak ne izvode samostalno, „Asistiram“ samo ako kod postupka asistiraju. Pridodane su tri neovisne čestice s upitima koje smatramo važnim za ovo istraživanje s mogućnošću odgovora s višestrukim izborom kod opredjeljenja.

Rezultati: Podaci su prikupljeni u MS Excel bazu podatka (inačica 11. Microsoft Corporation, Redmond, WA, SAD), a za statističku analizu se koristio SPSS 20.0 statistički program (IBM Corp., Armonk, NY, SAD). Podaci su obrađivani metodama deskriptivne statistike, kategorijske varijable su prikazane kao frekvencija i postotak, dok su kontinuirane varijable prikazane kao aritmetička sredina

i standardna devijacija. Uzorak ispitanika činilo je 41,4% MS/T SKB Mostar, te 58,6% MS/T Opće bolnice Vukovar. Čestica koja se odnosi na sestrinsko samostalno određivanje kisika u vukovarskoj bolnici veći je postotak osoblja koji asistira prilikom izvođenja postupka nego onih koji sami izvode postupak, dok je u mostarskoj bolnici obratno, veći postotak njih sami određuju količinu kisika nego što asistiraju. Kod postavljanja airwaya najveći postotak MS/T u bolnici Mostar postavlja airway 83,9%, dok najveći postotak MS/T u bolnici Vukovar ne primjenjuje taj postupak u 57,7% slučajeva. Frekvencija MS/T koji vadi arterijski acido-bazalni status (ABS) u mostarskoj bolnici je 48,3%, međutim u vukovarskoj bolnici MS/T taj postupak također obavljaju, ali u nešto manjem postotku 28,6%. Najveći postotak MS/T mostarske bolnice vadi konce CV katetera 57,3%, dok osoblje vukovarske bolnice također izvode postupak u 28,6 % slučajeva. Najveći postotak MS/T mostarske bolnice stavlja nazogastričnu sondu, dok gotovo polovica ispitanog osoblja vukovarske bolnice ne provodi taj postupak. Razlike su statistički značajne.

Zaključak: Iz rezultata se nameće zaključak, kako je nužno zakonom definirati sestrinske kompetencije u BiH, kako zbog profesionalnog razvoja MS/T tako i pružanja kvalitetnije zdravstvene njege, te svakako vrlo bitne pravne zaštite MS/T u BiH. Međutim, iz rezultata je razvidno, u manjoj mjeri, ali prisutni propusti i nepoštivanje zakonom donesenih sestrinskih kompetencija u RH.

Ključne riječi: *Kliničke kompetencije, medicinska sestra, zdravstvena njega*

TEŠKA PITANJA U RADU SA PACIJENTIMA SMEŠTENIM NA ODELJENJU PSIHIJATRIJE

Radenka Ćiraković¹, Marina Stanković¹, Vesna Đurić¹, Dušan Lazić¹

¹ Opšta bolnica Loznica

Sažetak:

Psihijatrija se najviše razlikuje od svih drugih medicinskih disciplina po tome što je jedina koja primjenjuje prisilne terapijske metode. U tom djelu ona je osim terapijske discipline i jedan od segmenata sistema državne represije /Kauder 1998/.

O primjeni sile može se govoriti u slučajevima u kojima su ograničenja kretanja pacijenta ili medicinski tretman provode bez njegovog pravno valjanog pristanaka i njegovog zakonskog zastupnika /Dodegge 1998/. Godine 1997 osnovana je "Europska skupina za istraživanje nasilja u psihijatriji (EuropeanViolencyinPsychiatryResearchGroup) koja održava redovite kongrese i radionice na temu agresivnog ponašanja u psihijatriji te prevencije i razrešavanja incidentnih situacija vezanih uz takvo ponašanje

- (Bowersisur,1999 godine)
- Pitanja za razmišljanje
- specifične psihopatološke dispozicije za agresivno ponašanje prema okolini
- specifični komunikacijski nesporazumi koji dovode do agresivnog ponašanja a koji prevazilaze okvire individualne psihopatologije
- "agresivnipotencijal" cjelokupne organizacije službe na pojedinom psihijatrijskom odjeljenju
- realne štete koje svaka neprimjerenaprimjena sile nanosi određenom pacijentu, članu terapijskog tima, instituciji
- metodologija objektivnog utvrđivanja odgovornosti pojedinog zaposlenika ili institucije za nanesenu štetu

U ovu raspravu svakako treba uključiti pojavu širokog spektra novih psihofarmaka s rijetkim ili tek neznatnim nuspojavama, što pacijentima koji ih uzimaju na duži rok znatno poboljšava kvalitet života i stoga opravdava otvaranje novoga etičkog pitanja: je li bolje u toj mjeri poštovati pravo na odbijanje tretmana da se pacijentov izbor svede na "dyingwiththeirrights" (umrijeti sa svojim pravima) ili se barem u početku odlučiti za represiju koja se možda već za kratko vrijeme može pretvoriti u dobrovoljnu saradnju i vrlo dobre terapijske rezultate (Treffert 1995).

Sve se češće upozorava na potrebu utvrđivanja jedinstvenih kriterija, kako za prisilnu hospitalizaciju tako i za prisilnu terapiju u sklopu te hospitalizacije.

Prema Stone-Rothovu modelu (Stone 1975, Roth 1979) o kojem se zadnjih godina najviše raspravlja u relevantnoj literaturi, to bi mogli biti sljedeći kriteriji:

1. teži duševni poremećaj 2. loša prognoza bez tretmana, 3. postojanje uspješne terapijske metode, 4. nedostatak uvida u bolest, 5. očekivanje da bi druga osoba u identičnom položaju odluku o tretmanu ocijenila razumno.

Prisilna primjena farmakološke terapije

Prisilna primjena psihofarmakološke terapije sigurno je najčešća prisilna mjera u liječenju psihijatrijskih pacijenata koja se stoga u mnogim ustanovama i ne doživljava kao stvarna primjena sile pa se zato i posebno ne dokumentira ili se to čini samo u iznimnim visoko rizičnim situacijama u kojima se mogu očekivati ozbiljne zdravstvene komplikacije ili pokretanje tužbi od strane pacijenta koji misle da im je takvim postupanjem ugroženo zdravlje.

Postoje zakonodavstva u 6 država članica Europske Unije gdje je razdvojen postupak prisilne hospitalizacije od davanja prisilne terapije što stvara velike probleme .

U takvim državama se pacijenti pate dok se ne izda odobrenje za davanje terapije.

U principu kriterijumi za davanje prisilne terapije su pouzdano dijagnosticiranje težih duševnih smetnji, veći stupanj opasnosti za okolinu ili vlastitu osobu i nemogućnost davanja valjanog pristanka.

S obzirom da je takvo davanje terapije terapijska primjena sile ona se u medicinskoj dokumentaciji uvijek treba jasno označiti na način kojim se ona sigurno razlikuje od ostalog dobrovoljno uzetog psihofarmakološkog tretmana.

Razmišljati o tome da uzrok nemira kod starijih pacijenata mogu biti i tjelesne smetnje, kao što su bolovi(zubobolje, ozljede, upale tkiva)teškoće s hranjenjem (smetnje žvakanja i gutanja) , neprimjerena ponuda hrane, teškoće sa disanjem, smetnje mokrenja, opstipacije, medikamentozni nemir, nepotrebno događanje promjene rublja pacijentu koji se uneredio na bilo koji način. Dozepsihofarmaka koje se daju starijim osobama trebaju iti niže, treba davati lijekove koji nemaju nuspojave ili su te nuspojave blaže.

Cheung i sur (1997) registrovali su tokom osam sedmica u prospektivno koncipiranom istraživanju na 11 rehabilitacijskih odjela jedne psihijatrijske klinike u Melbourneu 477 napada na osoblje: 62% verbalnih i 36 % fizičkih. U službenoj kliničkoj dokumentaciji registrovano je samo devet verbalnih i 53 fizička napada. Za većinu tih napada bio je odgovoran samo manji broj pacijenata. Većina tih napada izazvana je interakcijama između personala i pacijenata.

Kod trećine zaposlenih dijagnosticirane su psihičke posljedice izazvane tim napadima. Richter i Berger (2001) su na uzorku od 170 zaposlenih izloženih fizičkom napadu(zaposlenih u šest njemačkih psihijatrijskih klinika) tokom šestomjesečnog posmatranja ustanovili da je u 84% slučajeva bila riječ o srednjem medicinskom kadru, u 9% liječnicima i u 7% o srednjem medicinskom kadru na edukaciji. U više od 50 %slučajeva napadnute osobe bile su izložene udarcima,

grebanju, gaženju, zavrtnanju ruku, gušenju i bacanju predmeta na njih a u jednom je slučaju došlo do gotovo smrtonosnog ozljeđivanja ubodom noža.

Ključne reči: *psihijatrija, bolesnik, primena sile, teška pitanja u psihijatriji*

ISTRAŽIVANJE ZADOVOLJSTVA KORISNIKA KVALIETOM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U DOMU ZDRAVLJA TOMISLAVGRAD

Matijana Jurišić^{1,2}, Antonija Hrkać², Ivan Bagarić^{1,2}

¹ Dom zdravlja Tomislavgrad

² Fakultet zdravstvenih studija Mostar

Sažetak:

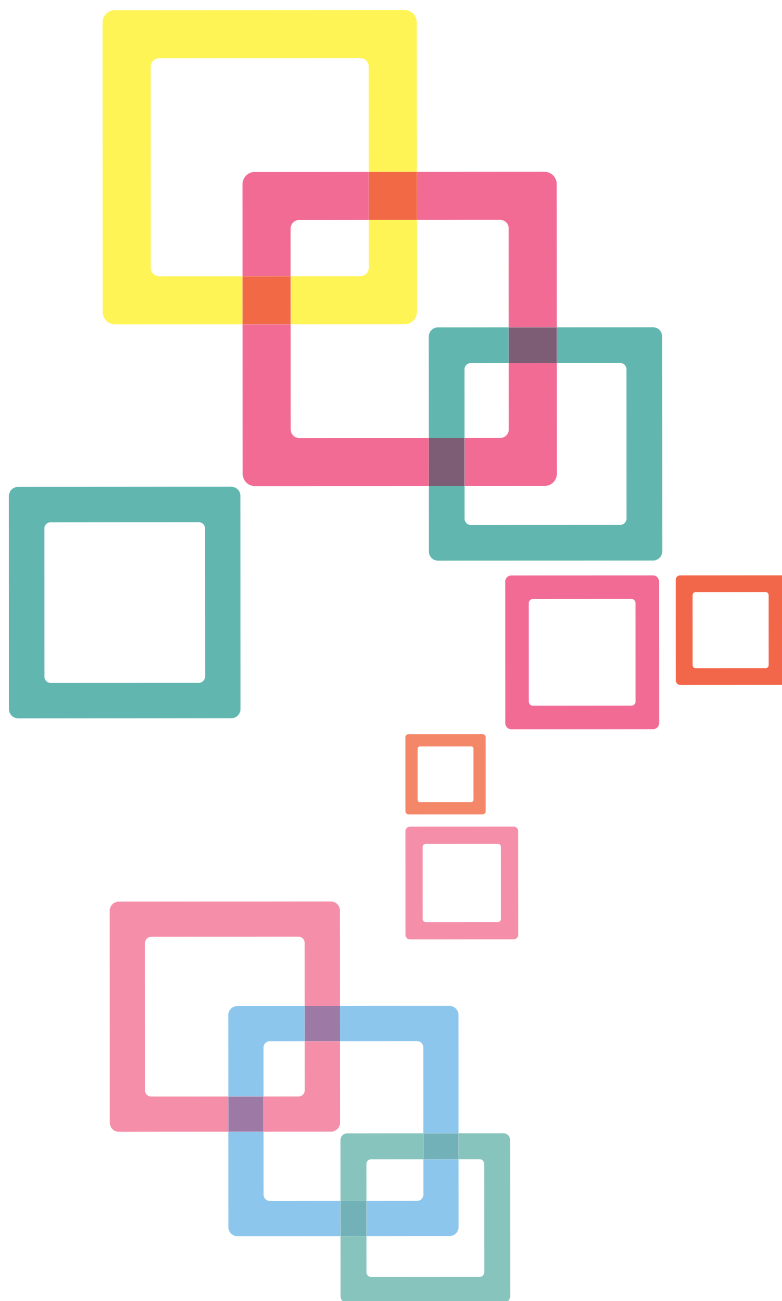
Uvod: Unpređivanje kvaliteta rada zdravstvenih ustanova, kao i svakodnevnih aktivnosti svih zaposlenih u zdravstvu, kontinuirani je proces čiji je cilj dostizanje višeg nivoa efektivnosti u radu, kao i veće zadovoljstvo pacijenata. Za kvalitetnu zdravstvenu zaštitu odgovorni su zdravstveni radnici, zdravstveni suradnici, menadžment zdravstvene ustanove i korisnici zdravstvenih usluga, odnosno pacijenti. Korisnici usluga (pacijenti) su zainteresirani da kroz kvalitetne zdravstvene usluge unaprijede i očuvaju svoje zdravlje. Davaoci usluga smatraju da se kvalitet njihovog rada ogleda u uspješnom sprečavanju i liječenju bolesti. U sklopu aktivnosti stalnog unapređenja kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama, u travnju ove godine u Domu zdravlja Tomislavgrad je provedeno istraživanje s ciljem otkrivanja zadovoljstva korisnika pruženim uslugama u sustavu primarne zdravstvene zaštite.

Ispitanici i metode: Provedena je presječno istraživanje u Domu zdravlja Tomislavgrad na prigodnom uzorku. Podatci su se prikupljali samoocjenjujućim upitnikom subjektivnog zadovoljstva korisnika. Istraživanje je provedeno na svim odjelima Doma zdravlja Tomislavgrad, tako da su u uzorak ispitanika uključene sve dobne skupine, oba spola.

Rezultati: Ženski spol je zastupljeniji (59,2%) u odnosu na muški spol (40,8%) sa statistički značajnom razlikom ($\chi^2=24,103$; $df=4$; $p=0,00$). Velika većina ispitanika (80%) su uglavnom zadovoljna i apsolutno zadovoljna sa kvalitetom zdravstvenih usluga te odnosom medicinskih sestara i liječnika prema njima, s tim da je najzadovoljnija dobna skupina od 21. do 34. godine života, ali bez značajnih razlika u odgovorima u varijabli dob kao i u varijabli spol. Istraživanja zadovoljstva pacijenata sveukupno imaju tendenciju prikazivanja vrlo pozitivnih rezultata.

Zaključak: Ovo istraživanje je pokazalo da su pacijenti zadovoljni radom zaposlenih u Domu zdravlja Tomislavgrad, čime je ispunjen jedan od preduvjeta kvalitetne zdravstvene zaštite. Ovakva istraživanja treba provoditi svake godine a dobivene rezultate treba usporediti međusobno, kao i sa međunarodnim podacima, a pozitivna iskustva iskoristiti u poboljšanju kvalitete zdravstvene usluge.

Ključne riječi: *primarna zdravstvena zaštita, kvaliteta, zadovoljstvo pacijenata, anketa.*



Sveučilišna klinička bolnica Mostar
Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru

