



"9. Međunarodni kongres HDMSARIST-a"
"9th International Congress CNSARICT"

04.-07. travnja 2016. godine
04.-07. April 2016.

HOTEL SOLARIS HOLIDAY RESORT, ŠIBENIK, HRVATSKA/CROATIA

ZBORNIK RADOVA

Book of abstract



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

Poštovane kolegice i kolege,

Pozdravljam Vas na početku 9. Međunarodnog kongresa Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije koji se održava u organizaciji Turističke agencije Filida.

Drago mi je da smo se ponovno okupili u velikom broju i da mogu odgovorno potvrditi iz godine u godinu da je ovaj Kongres jedan od važnijih događaja u regiji iz područja anestezije, intenzivne skrbi i transfuzije. Međunarodni naglasak ovome kongresu daju naši predavači iz Belgije, Bosne i Hercegovine te Srbije.

Naglasio bih da prisustvujete u što većem broju na predavanjima te na našim radionicama i sponzorskim predavanjima.

Želim Vam dobrodošlicu u Šibenik kao i uspješan rad na Kongresu. Vjerujemo kako ćete sa Kongresa otići sa puno informacija koje ćete moći implementirati na svojim radilištima.

Zahvaljujem se u ime Stručnog te Organizacijskog odbora kao i Organizacijskog tima na Vašoj potpori i odazivu, stojimo na raspolaganju za sve upite.

Adriano Friganović, dipl. med. techn.
Predsjednik HDMSARIST



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

SADRŽAJ

01.	SINERGIJA UNUTAR ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U SKRBI ZA HITNOG PACIJENTA <i>Maja Grba-Bujević</i>	1
02.	TRANSKULTURALNI ASPEKTI ZDRAVSTVENE NJEGE <i>Sonja Kalauz, Danijela Jonjić, Ella Zimmermann, Petra Sučić</i>	2
03.	"SESTRINSKI EDUKACIJSKI PORTAL - SEP" <i>Adriano Friganović, Sandro Vidmanić</i>	3
04.	SESTRINSTVO U HITNOJ MEDICINI: VODITI ILI BITI VOĐEN <i>Door Lauwaert</i>	4
05.	TRIJAŽA MASOVNE NESREĆE U BOLNICI <i>Damir Važanić</i>	5
06.	PROFESIONALNA KOMUNIKACIJA U OPERACIJSKOJ SALI <i>Gordana Dragošev</i>	6
07.	KOGNITIVNE, PSIHIČKE I FIZIČKE SMETNJE KOD BOLESNIKA NAKON BORAVKA U JIL-u <i>Irena Kovačević, Valentina Kriškić, Adriano Friganović, Boris Ilić, Mirna Žulec, Štefanija Ozimec-Vulinec</i>	7
08.	NAČELA ZDRAVSTVENE NJEGE NOVOROĐENČETA S RDS-om <i>Marijana Benković</i>	8
09.	SINDROM IZGARANJA NA POSLU KOD MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA <i>Željka Gajski, Nevenka Ivek, Ksenija Kuček</i>	9
10.	CENTRALIZACIJA - REORGANIZACIJA TRANSFUZIJSKE MEDICINE U REPUBLICI HRVATSKOJ (iskustva Hrvatskog zavoda za transfuzijsku medicinu) <i>Šantić Ž, Cipek V, Kovačević S, Lubina Ž, Maglov Č, Topić Šestan P, Kokotović Z, Jukić I</i>	10
11.	APS KAO MODEL ZBRINJAVANJA AKUTNE PERIOPERATIVNE BOLI <i>Maja Krivak, Nikolina Vratan</i>	11
12.	INDIKATORI KVALITETE KAO POKAZATELJI SIGURNOSTI BOLESNIKA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI <i>Nevenka Ivek, Ksenija Kuček, Željka Gajski</i>	12
13.	UTJECAJ RAZINE ZDRAVSTVENE PISMENOSTI PACIJENTA NA ZDRAVSTVENE ISHODE LIJEČENJA I ZDRAVSTVENE NJEGE <i>Mira Talaja</i>	13
14.	MEDICINSKA SESTRA KAO DIO TIMA ZA KARDIOPULONALNU REANIMACIJU U JEDINICI INTENZIVNE NJEGE <i>Daliborka Dimitrić</i>	14
15.	KOORDINACIJA EKSPANTACIJSKO-TRANSPLANTACIJSKIH TIMOVA I NJIHOVI POZITIVNI ISHODI <i>Branka Čačić, Hana Tunaj, Maja Španjol</i>	15
16.	STRES NA RADNOM MJESTU ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA U OPĆOJ BOLNICI GOSPIĆ <i>Lucija Starčević</i>	16
17.	SESTRINSKA SKRB KOD BOLESNIKA S EMBOLIJOM PLUĆA <i>Milena Fiket, Dijana Hadžiosmanović, Lucija Vrbanc</i>	17
18.	PROIZVODNJA KAPI ZA OČI IZ AUTOLOGNOG SERUMA <i>Damir Poljak, Davor Tumpić, Martina Zimić, Jadranka Rakić, Tomislav Dolovski</i>	18
19.	ULOGA ANESTEZIOLOŠKOG TEHNIČARA KOD PRIMJENE REGIONALNE ANESTEZIJE <i>Dragica Bedeniković, Ivanka Kikić</i>	19
20.	ZDRAVSTVENA NJEGA DJETETA S OTVORENIM STERNUMOM <i>Anita Planinić</i>	20
21.	POGREŠKE U TRANSFUZIJSKOM LIJEČENJU <i>Senka Brodarić Adaković, Jelena Rajić</i>	21



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

22.	NOVE SMJERNICE U KARDIOPULMONALNOJ REANIMACIJI <i>Ana Grdinić, Ines Krvarić, Ivana Markuz</i>	22
23.	ULTRAZVUČNO VOĐENA REGIONALNA ANESTEZIJA <i>Josip Brusić, Alen Protić</i>	23
24.	EPIDUROLIZA - PRVA ISKUSTVA <i>Irena Zlatar, Zoran Sabljic</i>	24
25.	PSIHOLOŠKA PODRŠKA RODITELJIMA TIJEKOM BORAVKA DJETETA NA JIL-u <i>Fadiga J, Jeđut M, Čosić T, Tomić I, Petretić V, Herceg T, Pongračić A, Igrec K, Novak S</i>	25
26.	UPOTREBA FLEXY SEAL-a U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJE KIRURŠKIH BOLESNIKA (prikaz slučaja) <i>Vesna Bratić, Stjepan Grabarević, Ivan Popović, Filip Šamec</i>	26
27.	REGIONALNA ANESTEZIJA U PORODNIŠTVU <i>Marko Bolić, Branimira Troha</i>	27
28.	MJERENJE RADNOG OPTEREĆENJA MEDICINSKIH SESTARA U JEDINICAMA INTENZIVNOG LIJEČENJA <i>Snježana Kraljić, Kristian Deša, Ana Blagaić, Tanja Matković, Suzana Čošić</i>	28
29.	ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S AKUTNIM PANKREATITISOM <i>Edita Horvat, Martina Valentak</i>	29
30.	VAŽNOST PRIMJENE ULTRAZVUKA U JEDINICI INTENZIVNE SKRBI <i>Josipa Vukalović, Andreja Zjačić</i>	30
31.	ZLOČUDNI TUMOR VRATNE KRALJŠNICE (prikaz slučaja) <i>Ljiljana Rogić, Jelena Mijić Anđelić, Mirjana Meštrović, Jelena Slijepčević</i>	31
32.	ANALIZA PRIMJENE LIJEKOVA TIJEKOM OPERACIJE I ANESTEZIJE U TRAUMATOLOŠKIH BOLESNIKA <i>Marija Berek, Gordana Gavrić</i>	32
33.	ZAKONSKA I BIOETIČKA STAJALIŠTA EKSPLANTACIJE <i>Tajana Bračko Hadžija, Ksenija Begović</i>	33
34.	ULTRAZVUČNO VOĐENA REGIONALNA ANESTEZIJA <i>Brigita Bagara</i>	34
35.	STROJNE POTPORE RADU SRCA - KORAK NAPRIJED ILI NAZAD DVA? <i>Margita Poturić, Valentina Leš, Adriano Friganović</i>	35
36.	SESTRINSKA SKRB ZA POTENCIJALNOG DONORA <i>Nataša Gojak, Snježana Tuđina, Mirjana Meštrović, Jelena Slijepčević</i>	36
37.	UTVRĐIVANJE MOŽDANE SMRTI <i>Donald Peran, Jurica Pavletić</i>	37
38.	UNOMETER™ SAFETY PLUS - PREVENCIJA URINARNIH INFEKCIJA PRI KONTROLI DIUREZE <i>Branka Jančić, Želimir Đurić</i>	38
39.	TIVA - ANESTEZIJA MODERNOG DOBA <i>Ines Tutić, Iva Pavlačić, Emilija Lončar</i>	39
40.	PRIJEM I ZBRINJAVANJE VITALNO UGROŽENOG NOVOROĐENČETA S TRANSPOZICIJOM VELIKIH KRVNIH ŽILA <i>Sandra Babojelić</i>	40
41.	PRIMJENA KATETERA U LIJEČENJU INTERKOSTALNIH NEURALGIJA (prikaz slučaja) <i>Milena Škvorc, Suzana Krsnik, Mira Šimunić</i>	41
42.	PRIMJENA RANOUPOZORAVAJUĆEG BODOVNOG SISTEMA ((M)EWS) U PRAKSI <i>Zlatko Ćirić</i>	42
43.	ODRŽAVANJE POTENCIJALNOG DONORA U JIL-u <i>Igor Pelaić, Danijela Greganić, Vlasta Jurin, Darija Krčmar</i>	43



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

44.	BOL U NEONATOLOGIJI - ULOGA MEDICINSKE SESTRE U KONTROLI BOLI U NEONATALNOJ INTENZIVNOJ JEDINICI <i>Ana Marija Macan, Terezija Kostantinov</i>	44
45.	ERGONOMIJA U HITNOJ MEDICINI <i>Snježana Dragičević, Spajić I, Dadić I, Matan V</i>	45
46.	HIGIJENA RUKU U ZDRAVSTVENOJ USTANOVI <i>Renata Vinski, Tanja Jagodić, Branka Grgurić, Mara Tomac</i>	46
47.	PRIMJENA ANALGEZIJE PUTEM RANSKOG KATETERA <i>Janja Andrijašević, Ankica Mick, Jasmin Babić</i>	47
48.	ABDOMINALNI PERFUZIJSKI TLAK KAO POKAZATELJ UGROŽENOSTI BOLESNIKA (prikaz slučaja) <i>Ružica Žilić, Vesna Bratić, Marija Crnjac</i>	48
49.	PALIJATIVNA SKRB U AMBULANTI ZA BOL <i>Anastazija Šantić</i>	49
50.	STEREOTIPI U SESTRINSTVU <i>Leopold Šprem, Ivana Herceg, Marija Demir, Adriano Friganović</i>	50
51.	ULOGA ANESTEZIOLOŠKOG TEHNIČARA PRILIKOM UVOĐENJA FEMORALNOG KATETERA U SVRHU DAVANJA ANALGEZIJE <i>Agneza Glavočić</i>	51
52.	ATRIJSKI SEPTALNI DEFEKT - PERKUTANO ZBRINJAVANJE "KIŠOBRANOM" <i>Romana Palić, Daniela Šmalcelj, Irena Ošljaj, Željka Guberac, Višnja Ivančan, Ivan Malčić</i>	52
53.	ORGANIZACIJA TRANSPORTA UZORAKA DOBROVOLJNIH DARIVATELJA KRVI ZA NAT TESTIRANJE U REPUBLICI HRVATSKOJ <i>Jadrišić L, Iveljić M, Valentić J, Čuruvija I, Marković M, Safić H, Babić I, Đogić V, Bingulac-Popović J, Juraković Lončar N, Strauss-Patko M, Jukić I</i>	53
54.	INTRAVENSKA KANILA - IZVOR, PUT I ULAZNO MJESTO ZA NASTANAK I PRENOŠENJE INFEKCIJE <i>Ekrem Mrakić</i>	54
55.	SESTRINSKI POSTUPCI KOD TROMBEKTOMIJE <i>Maja Pavković</i>	55
56.	ZBRINJAVANJE BOLESNIKA S OPEKLINOM <i>Željka Panić, Valentina Štrbac, Janja Modrić</i>	56
57.	KONTROLA KVALITETE KONCENTRATA OPRANIH ERITROCITA SA SMANJENIM BROJEM LEUKOCITA <i>Đurić D, Galant Harcet, Grdić A, Salečić M, Božić B</i>	57
58.	MEHANIČKA VENTILACIJA I ZDRAVSTVENA NJEGA PACIJENTA NA MEHANIČKOJ VENTILACIJI <i>Jadranka Zagorec</i>	58
59.	IZVOĐENJE REGIONALNE ANESTEZIJE ULTRAZVUČNOM METODOM <i>Marija Karača, Zdravka Mihaljević, Matija Bagarić</i>	59
60.	KONCENTRATI TROMBOCITA U ADITIVNOJ OTOPINI <i>I Vuković, Ž Josipović, S Stanešić, Z Vuković, M Liker, M Strauss Patko, I Jukić</i>	60
61.	SPINALNA ANALGEZIJA KOD VAGINALNOG PORODA <i>Sandra Dujić, Biserka Mirt, Drita Bubnić</i>	61
62.	ETIKA VS ZAKON U ANESTETIČARSKOJ PRAKSI <i>Melvudin Babajić, Soniboj Pejzić, Zlatko Osmanović</i>	62
63.	SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE U ZBRINJAVANJU BOLESNIKA SA AKUTNIM KOMPLIKACIJAMA ULKUSNE BOLESTI U JIL-U <i>Maja Cepanec, Petra Lana Darabuš, Valentina Cmrečki, Barbara Plantak</i>	63



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

P O S T E R I

01.	NUSPOJAVE TRANSFUZIJSKOG LIJEČENJA <i>Rauš J, Lukić M, Pažitka K, Viljušić P, Medovarski M, Jagnjić S, Jukić I</i>	64
02.	MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP PACIJENTU S INHALACIJSKOM OZLJEDOM <i>Zorica Martić</i>	65
03.	ALGORITAM ZBRINJAVANJA POLITRAUMATIZIRANOG BOLESNIKA <i>Margareta Bajsić Beljak, Dragana Barukčić, Natalija Hadžić</i>	66
04.	PRIJELOM VRATNE KRALJEŠNICE - ZBRINJAVANJE U HITNOM PRIJEMU KLINIKE ZA TRAUMATOLOGIJU <i>Dragana Barukčić, Margareta Bajsić Beljak, Natalija Hadžić</i>	67
05.	ZBRINJAVANJE OZLJEĐENIKA S OPEKLINAMA U HITNOM PRIJEMU KLINIKE ZA TRAUMATOLOGIJU <i>Natalija Hadžić, Dragana Barukčić, Margareta Bajsić Beljak</i>	68
06.	PERKUTANA TRAHEOTOMIJA <i>Ksenija Kukec, Nevenka Ivek, Željka Gajski</i>	69
07.	REKLAMACIJE DOBROVOLJNIH DAVATELJA KRVU U HZTM (2011.-2015.) <i>H. Benc, T. Vuk, J. Ljubičić, L. Lekić, R. Antolović, V. Cipek</i>	70



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

SINERGIJA UNUTAR ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U SKRBI ZA HITNOG PACIJENTA

Maja Grba - Bujević
Hrvatski zavod za hitnu medicinu

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske organiziran na razini primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite u svim segmentima sudjeluje u zbrinjavanju hitnog pacijenta. Skrb za hitnog pacijenta najčešće započinju djelatnici izvanbolničke hitne medicinske službe od trenutka nastanka bolesti ili ozljede, pa do dolaska u bolnički hitni prijem. Nastavak skrbi počiva na djelatnicima centra za hitnu medicinu, u čiji rad su uključeni i brojni drugi bolnički djelatnici. Reorganizacija hitne medicinske službe u RH u dijelu koji se odnosi na bolničke hitne prijeme stavlja pacijenta u središte zbivanja. Dolaskom pacijenta u centar za hitnu medicinu, kao jedino, centralno mjesto u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi za pružanje skrbi hitnom pacijentu, osigurava se pacijentu usluga na jednom mjestu, od pregleda, dijagnostičke obrade, terapije, konzultacije i opservacije. Svaka bolnička služba koja sudjeluje u pružanju usluge, dolazi ka hitnom pacijentu. Od velike važnosti su službe koje sudjeluju u hitnom zbrinjavanju pacijenta, jer je vrijeme najčešće ograničavajući faktor za takve pacijente. Sinergijsko djelovanje svih zdravstvenih službi koje sudjeluju u pružanju skrbi hitnom pacijentu doprinosi poboljšanju kvalitete pružene usluge, boljem ishodu liječenja, bržem oporavku i kvalitetnom nastavku života po otpustu iz bolnice.

KLJUČNE RIJEČI: zdravstveni sustav, hitni pacijent, bolnički hitni prijem



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

TRANSKULTURALNI ASPEKTI ZDRAVSTVENE NJEGE

Sonja Kalauz, Danijela Jonjić, Ella Zimmermann, Petra Sučić
Zdravstveno veleučilište, Zagreb,
Klinika za onkologiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb

Odgoj unutar određene kulture određuje načine razmišljanja, ponašanja i razvoj stavova, pa svaki čovjek treba biti svjestan svoje vlastite kulturološke uvjetovanosti, odnosno činjenice da tako uvjetovan, svijet i sva zbivanja u njemu, manje-više gleda iz vlastite perspektive. Danas, u 21. stoljeću, svijet se značajno razlikuje od onoga u kojemu su živjele prethodne generacije, na djelu je progresivna globalizacija, a kretanje, dodirivanje i stapanje različitih kultura dinamičnije je nego ikad. U svjetlu tih zbivanja važno je razlučiti nekoliko pojmova: multikulturalizam koji se odnosi na suživot, interkulturalizam na suodnos različitih kultura i transkulturalizam koji čini jedan korak dalje: kulture se prožimaju i stapaju, stvaraju se nove kulture, modificiraju se ili stvaraju novi identiteti, te se potiče kultura izbora. Transkulturalnost je put za otkrivanje i točno razumijevanje migracijskih i drugih društvenih fenomena našega doba, kako bi se izgradilo pojedinačno i zajedničko blagostanje, te poticao suživot u zdravoj ljudskoj zajednici i zajednički kreativni razvoj.

Danas je transkulturalnost bitan aspekt zdravstvene njega, jer je sve više izražena multikulturalnost stanovništva, što predstavlja značajan izazov medicinskim sestrama u pružanju individualizirane/holističke i cjelovite skrbi za bolesnike. Cilj transkulturalnog pristupa unutar zdravstvene njega jest planiranje, provođenje i evaluacija zdravstvene njega ovisno o: kulturološkoj pripadnosti bolesnika, njegovom općem sustavu vrijednosti, stavovima i sustavu vrijednosti vezano za poimanje zdravlja i bolesti (načinima i metodama zdravstvene skrbi), načinu komunikacije, socioekonomskom stanju društva iz kojeg dolazi, kulturološkim aspektima pojavnosti različitih bolesti, biokulturološkim razlikama i sl.

Teorije zdravstvene njega, zasnovane na idejama transkulturalnosti, počele su se razvijati sredinom pedesetih godina u Sjedinjenim Američkim Državama, nakon naseljavanja velikog broja imigranata i izbjeglica tijekom Drugoga svjetskog rata i nakon njega. Danas, kada je problem migracije stanovništva postao ozbiljan problem (trenutno velika migracija stanovništva s Bliskog Istoka prema zemljama Europske unije!), transkulturalni pristup u području zdravstvene njega ima ogromnu važnost: dužnost medicinske sestre jest pružanje specifične zdravstvene njega utemeljene na individualnim potrebama bolesnika, a koje treba promatrati iz perspektive njegovog osobnog sustava vrijednosti i kulture društva iz kojeg pojedinac dolazi, poštovanju njegove autonomije, njegovog identiteta i integriteta.

Prije nego počne raditi s ljudima različite kulture, vjere, porijekla ili svjetonazora, medicinska sestre bi trebala preispitati svoje stavove, mišljenja, svjetonazor ili sustav vrijednosti u odnosu na svoje poimanje „kulture različitosti“. Trebala bi se upoznati s načinima komunikacije: kako ljudi komuniciraju između sebe i kako komuniciraju s drugima. Trebala bi učiti promatrajući situacije u kojima se odvija i kako se odvija komunikacija: gestovni govor, položaj tijela, udaljenost/distancu između sugovornika, komunikaciju dodirima ili reakciju na dodir ... Poštovanje koncepta intimnog prostora ili distance vrlo je važan u komunikaciji između medicinske sestre i bolesnika. Taj odnos je vrlo različit unutar različitih kultura, ne samo kad je riječ o grupama, nego i o svakom pojedincu unutar određenog društva. Vrlo je važno znati kakvi su običaji vezani uz neverbalnu komunikaciju (kulturološki kodeks – pravila su ili norme dobrog/pristojnog ponašanja unutar jedne grupe). I ostale aktivnosti medicinskih sestara vezane uz osnovne ljudske potrebe (eliminacija, prehrana, vjerske potrebe...) trebaju biti modificirane prema kulturološkim vrijednostima bolesnika. Smatra se da je edukacija medicinskih sestara o „kulturi različitosti“ i načinima rješavanja problema bolesnika koji su „drugačiji“ postao jedan od najvažnijih ciljeva obrazovnih institucija, danas u svijetu.

KLJUČNE RIJEČI: transkulturalnost, zdravstvena njega, kultura različitosti



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

"SESTRINSKI EDUKATIVNI PORTAL - SEP"

Adriano Friganović, Sandro Vidmanić
HDMSARIST

"Sestrinski edukativni portal" (u daljnjem tekstu SEP) predstavlja bazu stručnih i/ili znanstvenih (istraživačkih) radova medicinskih sestara i medicinskih tehničara Republike Hrvatske. SEP je zamišljen kao multifunkcionalni web-portal čija je osnovna misija omogućiti dostupnost informacija i novih znanja s ciljem dodatne edukacije i posljedičnim podizanjem kvalitete sestrinstva općenito. Uz gore navedenu osnovnu misiju, ono što bi SEP pružao medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima je sljedeće:

- uvid u bazu zbornika radova s edukacija organiziranih od strane sestrinskih udruga Republike Hrvatske
- informacije o mogućnostima obrazovanja medicinskih sestara i tehničara
- informacije o provedenim i nadolazećim edukacijama i stručnim usavršavanjima
- informacije o svim zdravstvenim ustanovama Republike Hrvatske
- informacije o sestrinskim udrugama Republike Hrvatske

Zamišljen kao produkt zajedničke suradnje sestrinske zajednice, sestrinskih udruga i zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj, SEP bi djelovao i na području svojevrsnog zbližavanja i poticanja partnerskog djelovanja što bi za rezultat imalo podizanje razine informiranosti i znanja sestrinske zajednice s posljedičnim povećanjem produktivnosti te aktivnosti i unapređenjem struke općenito.

SEP-ova glavna zadaća je formiranje baze stručnih i/ili znanstvenih (istraživačkih) radova koja bi se oformila prikupljanjem radova medicinskih sestara i medicinskih tehničara, odnosno prikupljanjem zbornika radova i radova od strane sestrinskih udruga Republike Hrvatske (uvjeti korištenja istih bili bi definirani svojevrsnim sporazumom između same udruge i SEP-a uz navedena prava i obveze obje strane).

Baza podataka omogućila bi dodatan, novi vid edukacije sestrinske zajednice na način da bi medicinske sestre i medicinski tehničari na taj način prikupljali nova znanja kako o novim, tako i o već znanim temama iz područja vlastita interesa. U rad SEP-a bi bile uključene i zdravstvene ustanove Republike Hrvatske (*Klinički bolnički centri, Kliničke bolnice, Klinike, Opće (županijske) bolnice Županijski zavodi za hitnu medicinu, Domovi zdravlja, Zavodi za javno zdravstvo...*), koje bi omogućavale dostupnost informacija vezanih uz provođenje edukacija i stručnih usavršavanja u njihovoj organizaciji.

KLJUČNE RIJEČI: sestrinski edukativni portal, baza stručnih radova, edukacija



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

EMERGENCY NURSING: LEAD OR TO BE LEAD?

Door Lauwaert, CEN, CCRN

President EuSEN

Emergency Department, University Hospital Brussels, Belgium

Historically, the modern hospital emergency room dates to the early 20th century. Its location within the hospital has evolved from a room in or near the operating suite to undesirable locations in the hospital basement ("the pit") or admitting area, often remote from ambulance access, to dedicated and specifically designed areas. This is the final transition from ER to ED. Until joined in the early 70's by dedicated emergency physicians, the emergency nurse had been both gatekeeper and linchpin of the ED, earliest and constant among its dedicated professionals. Emergency nurses provided operational ED leadership and administration (although often only recognized informally) long before stability and numbers were established in the ranks of emergency physicians. Despite occasional physician resistance, needed advance and change in ED policy and procedures were usually nurse-initiated. Historical latecomers to the ED have been dedicated emergency physicians. During the last three decades, they and emergency nurses have found themselves in an often undeclared partnership in development of their respective practices and hospital ED direction. Frequently uneasy, this partnership is bound by a common workplace and many common professional goals oriented to the welfare of the patient. In the USA in 1970, professional development was accelerated by the founding of the Emergency Department Nurses Association (EDNA), later renamed the Emergency Nurses Association (ENA). In other countries worldwide professional emergency nursing organizations were created to have emergency nursing recognized as a specialty, to share best practice with each other and to offer opportunities for learning and sharing knowledge. The definition of emergency nursing became: the care of individuals across the lifespan with perceived or actual physical or emotional alterations of health that are undiagnosed or require further interventions. Emergency nursing care is episodic, primary and typically acute and occurs in a variety of settings. The specialized body of knowledge and skills inherent in Emergency Nursing Practice provides a unique opportunity for the Emergency Nurse to serve as a focal point at the intersections of primary, secondary and tertiary care on the disease-wellness continuum. This collaborative enables the Emergency Nurse to affect the process and outcomes of concerns such as bioethical issues, Humanism, psychosocial and spiritual needs of clients, alternative care modalities, etc. in the nurse's role as patient/client advocate. The current practice of emergency nursing is in a unique environment which includes unplanned situations requiring intervention, the allocation of limited resources, and the need for emergent care as perceived by many patients arriving in an unscheduled manner, potentially creating a stressful, chaotic environment. The services provided by the Emergency Nurse must be directed and structured to maximize the available time, space and resources within which the nurse functions. How do we as emergency nurses could set this in practice? The translation of the scope and the practice is anchored in the statements of the European society of emergency nursing as priorities concerning patient interest, competence and organization. The major question is now: what, in this terrible fast evolving world, will be the future of emergency care and most of all, what will be the drivers? Will it be: Costs, Quality, the coverage of all patients, the technology? The practice of emergency nursing has the promise of a robust future whose role will remain integral, evolving, and expanding. What will not change is the expectation by patients and their families that their emergency nurses will be caring, supportive, and informative caregivers who, most of all recognize them as individuals. Nurses and physicians function in the ED together, and in most instances will be more effective approaching issues jointly. These relationships can be fostered by a number of joint activities and responsibilities. Emergency nurses and physicians could learn considerably more about each other's professional roles by the development of "shadowing" exercises as part of team-building programs. At the national and international level we should encourage increased liaison of Emergency Nursing Organizations with the national and international physician organizations. Emergency physicians need to grasp that they play a key role in the workplace satisfaction of emergency nurses and accept them as true partners. It is clear that emergency medicine and emergency nursing take part in a brilliant concept of emergency care with mutual respect.



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

TRIAŽA MASOVNE NESREĆE U BOLNICI

Damir Važanić

Hrvatski zavod za hitnu medicinu

Bolnički centri za hitnu medicinu provode trijažu u mirnodopskim uvjetima temeljem australo-azijske trijažne ljestvice. Medicinske sestre i medicinski tehničari koji su završili trening radnika za provođenje trijaže u odjelu hitne medicine i posjeduju važeću potvrđnicu Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, upoznati su i sa promjenom organizacije rada na trijaži u slučaju velikih nesreća i katastrofa. Velike nesreće i katastrofe srećom su rijetke u Republici Hrvatskoj, no obzirom da su nepredvidive, važnost poznavanja sustava trijaže u slučaju velikih nesreća od izrazite je važnosti. Cilj trijaže u masovnim nesrećama je što većem broju pacijenata pružiti mogućnost da prežive sa što manje posljedica. U pravilu, većina pacijenata koja dođe u centar za hitnu medicinu već će biti trijažirana od djelatnika izvanbolničke hitne medicinske službe. U svijetu postoji više trijažnih sustava, koji se najviše razlikuju po broju trijažnih kategorija. Izvanbolnička hitna medicinska služba koristi START trijažu, te će takvi pacijenti biti trijažirani u crvenu, žutu, zelenu ili crnu boju, ovisno o stanju pacijenta. Boje označavaju hitnost pojedine skupine, pa tako su u crvenoj skupini pacijenti koji zahtijevaju neodgodivo zbrinjavanje, u žutoj skupini su hitni pacijenti, a u zelenoj su oni koji nisu životno ugroženi i biti će zbrinuti kasnije. Oni koji su mrtvi označeni su crnom bojom. Primarna trijaža u centru za hitnu medicinu provodi se prema START ili SIEVE trijaži. Za sekundarnu trijažu koristi se SORT trijaža u kombinaciji s anatomskom trijažom. Sekundarnu trijažu najčešće rade liječnik i medicinska sestra/tehničar. U slučaju velikog broja ozlijeđenih, može se uvesti još jedna trijažna skupina plave boje u kojoj će biti pacijenti koji imaju male ili nikakve šanse za preživljavanje. U zbrinjavanju pacijenta iz masovne nesreće nisu dovoljni samo resursi centra za hitnu medicinu, već se ovisno o potrebama, uključuju postojeći bolnički resursi s ciljem zbrinjavanja što većeg broja pacijenata u što kraćem vremenu.

KLJUČNE RIJEČI: trijaža, masovne nesreće, START/SIEVE i SORT trijaža



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

PROFESIONALNA KOMUNIKACIJA U OPERACIONOM BLOKU

Gordana Dragošev, UINARS

Centar za anesteziologiju i reanimatologiju KC Niš, Srbija

UVOD

U svom svakodnevnom radu medicinska sestra komunicira sa pacijentima i članovima njihovih porodica, lekarima, kolegama, rukovodiocima, stručnjacima iz drugih oblasti i drugim organizacijama na različite načine. Koliko je komunikacija u sestrinstvu važna govori i podatak da su Svetska zdravstvena organizacija (SZO) (2000), Evropska unija (EU) (2004), Odeljenje za zdravstvo (DH) (2004) i Nacionalna zdravstvena služba (NHS) Velike Britanije naglasili važnost "pacijent fokusirane komunikacije" između zdravstvenih radnika i pacijenata za postizanje zadovoljstva pacijenata, inkluzivnog odlučivanja u zbrinjavanju i efikasne zdravstvene usluge.

Operacioni blok je veoma specifičan i složen, a komunikacija u tako složenom sistemu ima značajnu ulogu u organizacionoj strukturi. Komunikacija medicinskih timova u operacionom bloku je od podjednake važnosti kao i sve druge medicinske intervencije koje se pružaju pacijentima zato komunikacija mora imati profesionalni karakter i biti ciljano usmerena.

CILJ RADA

Prikaz organizacione komunikacije i timske saradnje u operacionom bloku.

MATERIJAL I METODE

Deskriptivna metoda, prikaz aktuelne prakse.

ZAKLJUČAK

Opsežni pregled literature ukazuje da neadekvatna komunikacija, saradnja i timski rad u operacionom bloku mogu biti uzrok stručnih grešaka i nesporazuma. Za unapređenje rada tima u operacionom bloku neophodna je dobra komunikacija svih članova tima. Zbog toga je neophodno da znamo ključne komponente procesa komunikacije, kako da unapredimo svoje veštine i tako rešimo potencijalne probleme koji postoje sa greškama u komunikaciji. Dobijeni rezultati su u skladu sa podacima iz literature koja se odnose na značaj edukacije za usavršavanje komunikacionih veština sa pacijentima i kolegama, kao i istraživanja koja se odnose na unapređenje treninga i kurseva komunikacije, kao i na interdisciplinarnu edukaciju i praksu. Razumevanje pravila i strukture komunikacije omogućava unapređenje veština medicinskih sestara i smanjuje greške u komunikaciji unutar tima.

KLJUČNE RIJEČI: komunikacija, tim, operacioni blok



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

KOGNITIVNE, PSIHIČKE I FIZIČKE SMETNJE KOD BOLESNIKA NAKON BORAVKA U JIL-u

Irena Kovačević, Valentina Krikić, Adriano Friganović, Boris Ilić, Mirna Žulec, Štefaniya Ozimec-Vulinec, Zdravstveno veleučilište, Ustanova za zdravstvenu njegu „DOMNIUS“, Zagreb, KBC „Zagreb“, Zdravstveno veleučilište, Visoka tehnička škola Bjelovar, Zdravstveno veleučilište, Zagreb

Napredak medicinske skrbi kritično oboljelih pacijenata rezultira sve većim brojem preživljavanja. Mnogi bolesnici su nakon boravka u JIL-u, doživjeli razna iskustva i promjene, kako u mentalnom zdravlju, tako i u fizičkom funkcioniranju. Navedene promjene poznate su kao sindrom post-intenzivne skrbi (PICS-post-intensive care syndrome).

Većina zdravstvenih djelatnika se slaže da PICS predstavlja pogoršanje funkcija, jedne ili više njih: kognitivnih, psihičkih i fizičkih [1]. U Sjedinjenim Američkim Državama, među 5,7 milijuna bolesnika koji godišnje borave u jedinici intenzivnog liječenja (JIL), oko 4,8 milijuna njih će i preživjeti boravak [2]. Iako je nepoznata točna prevalencija među preživjelim, procjenjuje se da će jedna četvrtina do jedna polovina, pa i više, patiti od neke disfunkcije (kognitivne, psihičke ili fizičke) [3].

Nakon kritične bolesti kognitivne smetnje događaju se u prosjeku kod 25% preživjelih, dok se u nekim studijama učestalost procjenjuje kao visoka, 78% [4-6]. To su bolesnici koji su primljeni u kiruršku jedinicu intenzivnog liječenja (JIL), u stanju šoka i/ili zatajenja disanja, sa mehaničkom ventilacijom [7]. Dok je na početku, 6% bolesnika imalo kognitivna oštećenja, tri mjeseca nakon odlaska iz JIL-a, 40% bolesnika imalo je promjene koje su bile slične u bolesnika s umjerenim traumatskim ozljedama mozga, a 26% imalo je promjene koje su bile slične blagoj demenciji. 12 mjeseci nakon otpusta, kognitivni deficit je i dalje bio prisutan.

Od psihičkih poteškoća, onih koji su preživjeli kritične bolesti, najčešće dolazi do pojave depresije, anksioznosti i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) [8].

Najčešći oblik tjelesnog oštećenja u JIL-u, je pojava stečene slabosti, koja se javlja u 25% ili više preživjelih [5].

Najučinkovitija strategija za sprječavanje sindroma post-intenzivne skrbi je smanjenje sedacije i rana fizička rehabilitacija u jedinici intenzivnog liječenja (JIL). [9]. Kako bi se smanjila vjerojatnost razvoja post-intenzivnog sindroma u kritično bolesnih pacijenata, osobito u bolesnika koji su bili na mehaničkoj ventilaciji, predlaže se [10]:

- što ranije buđenje i smanjenje sedacije kod bolesnika na mehaničkoj ventilaciji [11]
- kontrola delirija [12]
- rana mobilizacija u intenzivnoj njezi, čim je to moguće [13].

KLJUČNE RIJEČI: sindrom post-intenzivne skrbi, kognitivne i psihičke smetnje, fizičke smetnje, prevencija



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

NAČELA ZDRAVSTVENE NJEGE NOVOROĐENČETA S RDS-OM

Marijana Benković

Zavod za neonatologiju i neonatalnu intenzivnu medicinu
Klinika za pedijatriju KBC – Zagreb

Respiratorni distres sindrom (RDS) je stanje plućne insuficijencije koja nastaje zbog nedostatka alveolarnog surfaktanta, uz strukturnu nezrelost pluća i javlja se uglavnom u nedonoščadi. Započinje neposredno pri rođenju ili unutar par sati i pojačava se kroz prva dva dana života. Ako se ne liječi može nastupiti smrtni ishod zbog progresivne hipoksije i zatajenja disanja. Primjenjujući metode liječenja oporavak nastupa unutar par dana.

U nekoliko prvih sati života razvija se tipična klinička slika koja se manifestira s: tahipnejom, cijanozom, dispnejom, stenjanjem, oslabljeno disanje, zatajenje disanja

Dijagnoza RDS-a se može postaviti obično u prvim minutama ili satima nakon poroda, a temelji se na osnovu:

- RTG snimka pluća na kojoj se vide mlječna pluća i zračni bronhogram
- plinska analiza krvi ($\text{PaO}_2 < 6,6 \text{ kPa}$ -hipoksemija) ($\text{pCO}_2 > 5,5 \text{ kPa}$ -hiperkapnija)
- klinička slika
- auskultatorni nalaz na plućima
- anamnestički podaci o toku trudnoće i porođaja

Terapija:

liječenje se vrši: oksigenoterapija, primjenom surfaktanta, strojna ventilacija, opće mjere potpore, farmakoterapija

Ključne riječi:

RDS, zdravstvena njega, novorođenče

Cilj rada je prikazati specifičnosti zdravstvene njega u zbrinjavanju novorođenčeta s RDS-om na Odjelu za intenzivno liječenje novorođenčadi.

Metode: uvidom u povjest bolesti novorođenčeta s RDS-om, analizirati tijek i ishod liječenja, te statistički ih obraditi u posljedne dvije godine i procijeniti njihovu pojavnost.

Zaključak:

Kod RDS-a vrlo često se primjenjuje strojna ventilacija novorođenčadi koja je složena i gotovo uvijek invazivna procedura koja zahtjeva umješnost i iskustvo, vrijeme, opremu i stalno prisustvo iskusnog i stručnog osoblja (liječnika, medicinska sestra, fizioterapeut), te se kao takvo može provoditi samo u visoko specijaliziranim ustanovama. Medicinska sestra danas kod takvih bolesnika ima aktivno i nezamjenjivo mjesto, ne samo u njezi već i u liječenju bolesnika ove najosjetljivije životne dobi. Kvalitetom postupaka značajno utječe na tijek i ishod liječenja, a posljedično i na kvalitetu života uspješno izliječene novorođenčadi.

KLJUČNE RIJEČI: zdravstvena njega, novorođenče, RDS



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

SINDROM IZGARANJA NA POSLU KOD MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA

Željka Gajski, Nevenka Ivek, Ksenija Kuček
OB Varaždin

Izgaranje na poslu je progresivni gubitak idealizma, energije i smislenosti vlastitog rada kao rezultat frustracija i stresa na poslu. Istraživanja su pokazala da nisu svi jednako izloženi riziku izgaranja, najčešće su to pomagači koji idealiziraju svoje zanimanje, teže perfekcionizmu, imaju vrlo visoka očekivanja i ne znaju postaviti svoje granice u odnosu na posao.

Na radnom mjestu medicinske sestre uzrok izgaranja može biti ona sama kao i njezino radno okruženje. Općenito možemo reći da su uzroci izgaranja sve ono što medicinsku sestru čini nesigurnom i nezadovoljnom. Izgaranju na poslu može doprinijeti sve od manjkavog stručnog znanja, preko loših odnosa sa suradnicima i propusta u organizaciji do zbivanja na širem društvenom planu.

Cilj ovog rada bio je utvrditi da li postoji izgaranje na poslu kod medicinskih sestra i tehničara Službe za interne bolesti Opće bolnice Varaždin. Problemi istraživanja bili su utvrditi vrstu i intenzitet izgaranja, te ispitati postoji li razlika u vrsti i intenzitetu izgaranja kao i povezanost između duljine radnog staža i izgaranja na poslu kod medicinskih sestra.

U prevenciji izgaranja vrlo je važna atmosfera fleksibilnosti i uzajamnog profesionalnog uvažavanja. Jedan od oblika suzbijanja izgaranja odnosno pojave monotonije i loših rezultata na poslu jest pohađanje seminara i dodatna izobrazba vezana uz napretke koje se svakodnevno događaju u sestrinstvu. Dobra komunikacija, druženje s kolegama, sloboda odlučivanja, dobra podjela posla i dobar voditelj tima za zdravstvenu njegu, glavni su čimbenici koji utječu na smanjivanje stresa, a samim tim i na izgaranje na poslu.

KLJUČNE RIJEČI: stres, sindrom izgaranja, medicinska sestra, prevencija



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

CENTRALIZACIJA - REORGANIZACIJA TRANSFUZIJSKE SLUŽBE U RH ISKUSTVA HRVATSKOG ZAVODA ZA TRANSFUZIJSKU MEDICINU

ŠANTIĆ Ž., Cipek V., Kovačević S., Lubina Ž., Maglov Č., Topić Šestan P., Kokotović Z., Jukić I.
Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Zagreb

Uvod

Sredinom 2008. godine, centralizacijom – reorganizacijom transfuzijske službe RH, počelo je okrupnjivanje i smanjivanje broja transfuzijskih centara koji prikupljaju krv sa 21 na 9. Od toga HZTM je preuzeo 7 transfuzijskih centara (Sisak, Bjelovar, Koprivnica, Nova Gradiška, Požega, Karlovac i Ogulin). Cilj reorganizacije je racionalizacija, ujednačenost rada, povećanje broja davatelja krvi, što sve na kraju rezultira kvalitetnijim liječenjem.

Metode

Podaci o broju prikupljenih doza krvi od dobrovoljnih davatelja koji su pristupili akcijama darivanja krvi dobiveni su iz informatičkog sustava (e-Delphyn – nacionalni informatički sustav transfuzijske službe u RH).

Rezultati

Prije centralizacije 7 transfuzijskih centara (koji su prikupljali krv od davatelja) izvadilo je 14 388 doza krvi. 2015. (4 godine nakon potpune reorganizacije od strane HZTM i preuzimanja tih 7 centara) na tim je područjima prikupljeno 21 717 doza, što je za 7 329 (51 %) doza više.

Uspostavom dovoljnog broja redovnih akcija i dobrom organizacijom u suradnji sa Crvenim križem (povećanje broja postojećih i otvaranje novih terena, uz prilagodbu radnog vremena i poboljšanje uvjeta za rad) iz godine u godinu povećava se broj darivatelja krvi. 2007. godine HZTM je prikupio ukupno 70 662 doze pune krvi. 2015. taj se broj povećao na 102 971, što je 55 % od svih izvađenih doza u RH.

Zaključak

Centralizacija - reorganizacija transfuzijske službe u RH, koja se odnosi na HZTM, vrlo brzo dovela je do porasta ukupnog broja izvađenih doza krvi, a time i do unapređenja davalatstva krvi.

KLJUČNE RIJEČI: centralizacija, reorganizacija transfuzijske službe, dobrovoljni davatelji krvi



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

APS KAO MODEL ZBRINJAVANJA AKUTNE PERIOPERATIVNE BOLI

Maja Krivak, Nikolina Vratan

KBC Sestre Milosrdnice, Vinogradska cesta 29

Zavod za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli

Akutna je bol normalan, predvidljiv fiziološki odgovor na štetni podražaj, izazvan akutnom bolešću, koji narušava zdravlje i ugrožava tjelesni integritet te stoga ima upozoravajući zaštitni učinak. Posljednjih desetak godina akutna bol smatra se najvažnijim čimbenikom razvoja endokrinih i neurohumoralnih poremećaja u neposrednom postoperacijskom ili postraumatskom razdoblju te u nizu ostalih kliničkih stanja praćenih snažnom boli. Akutna je bol proglašena petim vitalnim znakom zajedno s pulsom, tlakom, disanjem i temperaturom i važan je indikator ugroze tjelesnog i psihičkog integriteta bolesnika. Današnji status struke potvrđuje da je neliječena akutna bol tijekom perioperacijskog razdoblja najsnažniji okidač stresnog odgovora koji pokreće vitalno ugrožavajuće metaboličke i upalne odgovore. Cilj liječenja akutne boli je potpuno uklanjanje boli multimodalnim pristupom te primjenom koncepta preventivne analgezije. Zbog svega navedenog smo prepoznali potrebu za poboljšanjem liječenja postoperativne boli pa smo prihvatili APS kao sredstvo unapređenja liječenja boli i povećanja kvalitete rehabilitacije bolesnika.

KLJUČNE RIJEČI: akutna bol, učinci boli, APS, analgetici, analgetske tehnike



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

INDIKATORI KVALITETE KAO POKAZATELJI SIGURNOSTI BOLESNIKA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

Nevenka Ivek, Ksenija Kuček, Željka Gajski
Opća bolnica Varaždin

Sigurnost bolesnika je najvažniji pokazatelj kvalitete svake Bolnice, a pratimo je putem indikatora kvalitete, od kojih su većina zajednički svim zdravstvenim radnicima koji sudjeluju u procesu skrbi pacijenta. Unatrag nekoliko godina prate se i prijavljuju sustavno u svim zdravstvenim ustanovama. Bez obzira na to što kod medicinskih sestara raste svijest o činjenici da se neželjeni događaji ne mogu uvijek spriječiti usprkos prepoznavanju faktora rizika i planiranim i provedenim intervencijama u cilju njihovog sprječavanja, još uvijek postoji osjećaj srama kod prijave potaknut najčešće neopravdanim subjektivnim osjećajem krivnje i uvjerenjem da se neželjeni događaj trebao spriječiti. Statistika govori da se u svijetu 8-12% hospitaliziranih pacijenata nanese nenamjerna šteta.

U radu su pokazani statistički pokazatelji za dva indikatora za koje se smatra da su isključiva odgovornost medicinske sestre – pad pacijenta tijekom hospitalizacije i dekubitalni ulkus. Kako Opća bolnica Varaždin zbrinjava i akutne i kronične pacijente, podaci su grupirani prema tome da li je neželjeni događaj nastao na akutnom ili kroničnom dijelu te su opisane i poduzete korektivne radnje, najčešće pogreške medicinskih sestara pri planiranju zdravstvene njege i predložene su preventivne mjere za njihovo sprječavanje. Kao izvor podataka uzet je izvještajni sustav BIS-a Opće bolnice Varaždin, odnosno e-njega.

KLJUČNE RIJEČI: sigurnost, bolesnik, zdravstvena njega, kvaliteta, indikatori, dekubitus, pad



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

UTJECAJ RAZINE ZDRAVSTVENE PISMENOSTI PACIJENTA NA ZDRAVSTVENE ISHODE LIJEČENJA I ZDRAVSTVENE NJEGE

Mira Talaja

Zdravstvena škola Split, Sveučilište u Splitu, Odjel zdravstvenih studija

Definicija zdravstvene pismenosti koja govori da je ona "zajednička odgovornost unutar koje pacijenti i zdravstveni radnici moraju komunicirati svatko na način da ga onaj drugi razumije", novija je i sve češće citirana. Pismenost je najjači prediktor zdravstvenog stanja pojedinca, ispred dobi, obrazovanja, prihoda, zaposlenosti ili pripadnosti etničkim skupinama.

Stupanj zdravstvene pismenosti direktno je povezan s uspješnošću komunikacije u zdravstvu, stoga značajno utječe na suradljivost, zadovoljstvo i ishode liječenja i zdravstvene njege, učestalost i trošove zdravstvene zaštite.

U recentnim radovima stručnjaka naglašava se „Trostruka prijetnja“ koja podrazumijeva: nisku zdravstvenu pismenost, ograničeno znanje engleskog jezika i kulturnu barijeru. Ovaj trijas zajedno predstavlja prijetnju učinkovitoj komunikaciji s pacijentom.

Klasifikacija ishoda zdravstvene njege, Nursing Outcomes Classification (NOC) objavljena 1965. ima za cilj evaluaciju sestrinskih intervencija. NOC donosi 490 ishoda svrstanih u 32 klase, odnosno 7 domena: funkcionalno zdravlje, fiziološko zdravlje, psihosocijalno zdravlje, duhovno zdravlje i ponašanje, doživljaj zdravlja, obiteljsko zdravlje i zdravlje u zajednici. Ishodi zdravstvene njege predstavljaju mjerljivo stanje, ponašanje ili doživljaj pojedinca, obitelji i zajednice (na skali 0-5), na njih se može utjecati sestrinskim intervencijama.

Ishodi liječenja mogu biti: izlječenje, djelomični oporavak, proces oporavka – kronična bolest, oštećenje-invaliditet i smrt.

Važna je činjenica da su ishodi zdravstvene njege i liječenja promjenjivi, odnosno da se na njih može utjecati.

Stručnjaci se slažu da je upravo zdravstvena pismenost kritičan, promjenjiv čimbenik za zdravlje, poboljšanje kvalitete i ishode zdravstvene njege i liječenja. Stoga je potrebno (više nego do sada) planirati, provoditi, pratiti i evaluirati razinu zdravstvene pismenosti pacijenata. Primjeri dobre prakse potvrđuju ut pozitivan utjecaj više razine zdravstvene pismenosti na smanjenje zdravstvene nejednakosti djece i adolescenata te etičke i rasne zdravstvene nejednakosti u svijetu.

KLJUČNE RIJEČI: zdravstvena pismenost, ishodi zdravstvene njege, ishodi liječenja



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

MEDICINSKA SESTRA KAO DIO TIMA ZA KARDIOPULMOCEREBRALNU REANIMACIJU U JEDINICI INTENZIVNE NJEGE

Daliborka Dimitrić

Institut za kardiovaskularne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica

Uvod: Na Institutu za kardiovaskularne bolesti Vojvodine u Jedinici intenzivne kardiološke nege, medicinsko osoblje se svakodnevno susreće sa kardiopulmocerebralnom reanimacijom i svaki put, svaka kardiopulmocerebralna reanimacija, predstavlja novi izazov za sve članove tima.

Cilj: Uspešnost kardiopulmocerebralne reanimacije (CPCR), u mnogome zavisi od dobro edukovanih medicinskih sestara-tehničara. Sa obzirom na stalni i neposredni kontakt sa bolesnikom, medicinska sestra-tehničar ima najznačajniju ulogu u prepoznavanju ugroženog pacijenta.

Svaki tim ima vođu tima i članove tima, koji znaju svoje unapred određene zadatke tokom reanimacionog postupka. Vođa tima je lekar, ali u odsustvu lekara, vođa tima može biti i medicinska sestra - vođa smene, koja ima najviše iskustva u reanimaciji.

Metodologija: Kod svih pacijenata u Jedinici intenzivne nege se kontinuirano 24 časa, prate vitalni parametri, koji se beleže na temperaturno terapijskim listama, po već utvrđenom protokolu. Po prepoznavanju potrebe za CPCR-om, medicinska sestra-tehničar glasno obaveštava ostale članove tima o potrebi za reanimacijom i prinosi kolica za CPCR. Ispravnost aparata i sadržaj na kolicima proverava medicinska sestra po dolasku u smenu i nakon završetka CPCR-a. Započinje manuelnu masažu i asistira prilikom intubacije, postavlja pačeve za defibrillator i transkutani pace-maker, sprovodi mere sigurnosti prilikom defibrilacije. Otvara ili proverava vensku liniju, uzima krv za analize, daje ordiniranu terapiju i vodi računa o vitalnim znacima pacijenta.

Zaključak: Medicinska sestra-tehničar učestvuje i u svim merama postrestitucione nege, te tako predstavlja ravnopravnog i neizostavnog člana tima za kardiopulmocerebralnu reanimaciju. Neraskidiva i neophodna karika, koja kontinuirano unapređuje svoje znanje i veštine, kao svaki pravi "čuvar života".

KLJUČNE RIJEČI: medicinska sestra, kontinuirana edukacija, uspešna reanimacija



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

KOORDINACIJA EKSPLOANTACIJSKO – TRANSPLANTACIJSKIH TIMOVA I NJIHOVI POZITIVNI ISHODI

Branka Čačić, Hana Tunaj, Maja Španjol
Klinika za anesteziologiju i intenzivno liječenje
Klinički bolnički centar Rijeka

Transplantacijom spašavamo ljudske živote u trenucima kada im vitalni organi neophodni za život dosegnu zadnji stadij bolesti. Ono što se u prvim pokušajima takvog načina liječenja činilo nemoguće, razvojem medicine i tehnologije postala je uspješna metoda liječenja takvih pacijenata. Iako dan danas mnogi neće nikada doživjeti dan kada je za njih pronađen spas, povećavajući broj uspješnih transplantacija, povećava im se i nada da neizbježan kraj nije njihova jedina opcija. Svaka zemlja ima model za sebe po kojem radi na ovom području medicine. Eurotransplant je neprofitna organizacija koja ima za cilj pribaviti što više dostupnih organa za transplantaciju i njihovu raspodjelu među svojim članicama. Načelo rada ove organizacije je da se svaki dostupni organ iskoristi na najbolji mogući način za transplantaciju tražeći idealnog primaoca kako bi i oporavak pacijenta poslije transplantacije bio uspješniji. Prije desetak godina i Hrvatski model je našao svoje mjesto među njima i pokazao se jako uspješnim. Zadnjih par godina Hrvatska je postala vodeća zemlja u svijetu po broju ostvarenih donora na milion stanovnika.

KLJUČNE RIJEČI: donor, transplantacija, Hrvatski model



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

STRES NA RADNOM MJESTU ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA U OPĆOJ BOLNICI GOSPIĆ

Lucija Starčević

Odjel za anesteziju, reanimaciju i intenzivno liječenje

Opća bolnica Gospić

Stres u radnom okruženju specifična je vrsta stresa, čiji je izvor u radnom okolišu. Zdravstveni djelatnici prepoznati su kao profesija koja je visoko stresna.

U Općoj bolnici Gospić u veljači 2016. godine provedeno je istraživanje o stresorima na radnom mjestu zdravstvenih djelatnika uporabom anonimnog upitnika. U istraživanje je uključen 101 ispitanik starosne dobi između 18 i 65 godina. Cilj istraživanja bio je utvrditi koje čimbenike radnog okruženja zdravstveni djelatnici u Općoj bolnici Gospić doživljavaju kao stresne i/ili izrazito stresne te postoje li razlike u doživljavanju stresa na radu između liječnika, medicinskih sestara/tehničara i ostalih zdravstvenih djelatnika, te postoje li razlike ovisno o mjestu rada.

Ukupni doživljaj stresa je granično visok. Najučestaliji stresori koje su ispitanici navodili jesu financijski i čimbenici organizacijske radnog procesa. Djelatnici koji rade na radnom mjestu u JIL-u, OHBP-u i operacijskoj sali imaju veći doživljaj stresa od zdravstvenih djelatnika zaposlenih na nekom drugom odjelu, dijagnostici ili poliklinici.

Liječnici ukupno imaju najveći doživljaj razine stresa, a prema duljini rada najveći doživljaja stresa je kod djelatnika sa 5-15 godina radnog staža. U većine liječnika prvenstveno su stresori vezani uz 24-satnu odgovornost, prekovremeni rad, financijske mogućnosti i organizaciju, izloženost neprimjerenom javnoj kritici svojeg rada i psihološki pritisak pacijenata povezan s pogrešnom informiranosti i nerealnim očekivanjima. To ukazuje na potrebu unapređenja komunikacije na relaciji liječnik-pacijent, te relaciji mediji-zdravstvo. Medicinske sestre/tehničari uz stresore financijske prirode navode kao visoku razinu doživljaja stresa nedostatan broj djelatnika, malu mogućnost napredovanja, administrativne poslove i preopterećenost. Ostali zdravstveni djelatnici uz zajedničke stresore financijske prirode i nedostatnog broja djelatnika doživljavaju kao veliki izvor stresa na radu strah od mogućnosti zaraze.

KLJUČNE RIJEČI: liječnici, medicinske sestre/tehničari, zdravstveni djelatnici, stres na radu



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

SESTRINSKA SKRB KOD BOLESNIKA SA EMBOLIJOM PLUĆA

Milena Fiket, Dijana Hadžiosmanović, Lucija Vrbanc
Klinika za unutarnje bolesti
Odjel intenzivne skrbi
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

Embolija pluća predstavlja kliničko i patofiziološko stanje koje nastaje kada trombní embolus spriječi dovod plućne arterijske krvi u jedan dio pluća.

Plućna je embolija po učestalosti treća kardiovaskularna bolest današnjice (odmah nakon akutnog infarkta miokarda i cerebrovaskularnog inzulta).

Plućna embolija zahtijeva trenutno i neodgodivo liječenje, jer je to potencijalno fatalno stanje. Uz to što zaokuplja pažnju liječnika različitih specijalnosti (kardiologe, pulmologe, vaskularne kirurgije, specijaliste nuklearne medicine, radiologe...), u zdravstvenoj skrbi za bolesnika s embolijom pluća, značajnu ulogu u liječenju, skrbi i oporavku imaju medicinske sestre.

Medicinske sestre koje skrbe o bolesnicima sa plućnim embolijama trebaju biti adekvatno osposobljene i educirane, kako bi mogle kvalitetno provoditi zdravstvenu njegu. Sestrinske intervencije trebaju biti usmjerene zadovoljavanju svih bolesnikovih potreba, rješavanju aktualnih i potencijalnih problema iz područja zdravstvene njege, te sprječavanju mogućih komplikacija.

KLJUČNE RIJEČI: embolija pluća, sestrinske intervencije, sestrinska skrb



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

PROIZVODNJA KAPI ZA OČI IZ AUTOLOGNOG SERUMA

Damir Poljak, Davor Tumpić, Martina Zimić, Rakić Jadranka, Dolovski Tomislav
Opća bolnica Varaždin
Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin

Kapi za oči proizvedene iz autolognog seruma koriste se kod liječenja bolesti rožnice i reepitelizacije u situacijama suhog oka koja je najčešće povezana s reumatoidnim artritisom ili kod prisutnosti epitelnih defekata rožnice nakon ozljeda, zračenja i teških upala, uz razvoj ulkusa na rožnici koji ne reagiraju na konvencionalnu terapiju.

Metoda: Pacijentu se uzima 200 ml pune krvi u trostruku vrećicu bez antikoagulansa. Čuva se 2 sata na temperature od 22 0 C i ostavlja preko noći na + 4 0 C. Sljedeći dan krv se centrifugira. Serum se odvaja u transfer vrećicu i razrjeđuje u omjeru 1:4 s fiziološkom otopinom. Tako razrijeđen rastoči se u 3 ml bočice i stavi u zamrzivač.

Rezultati: Ova metoda pripreme kapi za oči iz autolognog seruma predstavlja zatvoren sustav u svim fazama proizvodnje. Mikrobiološka kontrola radi se za svaki pripravak.

Zaključak: Mikrobiološka kontaminacija u procesu proizvodnje je moguća. Medicinska sestra ima važnu ulogu u identifikaciji pacijenta, uzimanju krvi i svim fazama proizvodnje.

KLJUČNE RIJEČI: autologni serum, kapi za oči, transfuzijska medicina, medicinska sestra



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ULOGA ANESTEZIOLOŠKOG TEHNIČARA KOD PRIMJENE REGIONALNE ANESTEZIJE

Dragica Bedeniković, Ivanka Kikić

Opća bolnica Karlovac

Odjel za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu

Regionalna anestezija je tehnika blokiranja osjeta određenog dijela tijela injiciranjem anestetika oko živca koji osjetno opskrbljuje to područje. Na taj način uklanjamo osjećaj boli prilikom operacije na tom dijelu tijela.

Obzirom da mozak nije zahvaćen ovom vrstom anestezije pacijent je za vrijeme zahvata budan. Uz regionalnu anesteziju često primjenjujemo lijekove za smanjenje straha i tjeskobe, od kojih pacijent za vrijeme zahvata može biti pospan i zadrijemati, pa često nemaju sjećanja na sam operativni zahvat.

Uloga anesteziološkog tehničara vrlo je kompleksna i zahtjevana, kako zbog kontrole stanja pacijenata od ulaska u operacijsku dvoranu pa sve do povratka na odjel, tako i zbog kontrole medicinske opreme, uređaja i instrumenata.

Anesteziološki tehničar – profesionalni zdravstveni radnik, dodatno educiran za rad na odjelu anestezije. Osim što mora biti sposoban surađivati s liječnikom anesteziologom, mora biti u stanju kao dio anesteziološkog tima preuzeti odgovornost za pacijenta od trenutka ulaska u operacijski blok, pa sve do trenutka povratka na matični odjel.

KLJUČNE RIJEČI: regionalna anestezija, anesteziološki tehničar



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ZDRAVSTVENA NJEGA DJETETA S OTVORENIM STERNUMOM

Anita Planinić

Odjel za intenzivnu pedijatrijsku medicinu, Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb

UVOD

Posljednji korak u operacijskoj sali nakon operacije na srcu je zatvaranje medijalne sternotomije približavajući sternum, subkutano tkivo i kožu. Nakon palijativne ili totalne korekcije kongenitalne srčane greške neki bolesnici nisu u mogućnosti hemodinamski tolerirati zatvaranje sternuma. Kompresija edematoznog miokarda do kojeg dolazi za vrijeme zatvaranja sternuma može dovesti do smanjenja srčanog izbačaja i povećanja tlaka u plućnim venama zbog smanjene funkcije ventrikula. Ukoliko kompresija srca bude trajala duži period doći će do stanja uznapredovalog niskog srčanog izbačaja koji zatim dovodi do hemodinamske nestabilnosti.

Kliničko kirurško iskustvo i dokumentirana medicinska literatura podržava ostavljanje sternuma otvorenog u slijedećim situacijama:

- u operacijskoj sali nakon kompleksne reparacije srca kod novorođenčadi, hemodinamska nestabilnost
- nakon primarnog zatvaranja koje rezultira hemodinamskim poremećajem
- edem miokarda, dilatacija srca
- nezaustavljivo krvarenje i koagulopatija, disaritmije
- kompromitirana respiratorna funkcija, postavljanje „kanila“ za mehaničku cirkulatornu potporu
- hitno ponovno otvaranje sternuma u Jedinici intenzivnog liječenja za vrijeme srčanog aresta nakon primarnog zatvaranja

Prvi slučaj prolongiranog otvorenog sternuma u pedijatriji je opisan 1978. godine kod dvomjesečnog djeteta kojem je napravljena kirurška korekcija transpozicije velikih krvnih žila.

ZDRAVSTVENA NJEGA

Medicinske sestre u Jedinici intenzivnog liječenja koje brinu o djetetu sa otvorenim sternumom moraju kontinuirano procjenjivati fiziološki i hemodinamski status i svoja zapažanja predstavljati liječničko-kirurškom timu zbog eventualnih intervencija.

Skrb o tako teško bolesnom djetetu, zahtjeva od strane medicinske sestre niz postupaka:

- respiratorna procjena (praćenje saturacije i plinova u krvi, osiguravanje prohodnosti endotrahealnog tubusa i sprečavanje njegove dislokacije)
- kardiovaskularni status (srčana akcija, RR, CVP, LAP, PAP, PICCO, pravilna primjena potporne i ostale terapije), sprečavanje infekcije (pravila asepsa i antiseptika, uzimanje mikrobioloških uzoraka ...)
- kontrola „PATCH-a“ (izgled, količina sadržaja na drenove)
- praćenje bilance tekućine, neurološka procjena (ponašanje djeteta, UZV glave, NIRS, BIS)
- kontrola boli (sedativi, analgetici, promatranje djeteta)
- prevencija dekubitusa, nutritivni status, briga o roditeljima

Nakon što dijete postigne hemodinamsku stabilnost, postupak zatvaranja sternuma će se provesti u JIL-u ili operacijskoj sali. Vremenski period za zatvaranje sternuma ovisi o bolesniku, ali je obično između 24 i 72 sata nakon faze postoperativnog oporavka. Na Odjelu za pedijatrijsku intenzivnu medicinu je od 01. Mjeseca 2011. godine ležalo 42 djece sa otvorenim prsnim košem, od toga je njih 28 zatvoreno u JIL-u, a njih 14 u operacijskoj sali. Nakon zatvaranja sternuma, za pacijenta nastupa sekundarna postoperativna faza.

ZAKLJUČAK:

Djeca sa otvorenim prsnim košem zahtijevaju multidisciplinarni pristup. Medicinska sestra koja brine za takvo dijete treba posjedovati posebna znanja i vještine kako bi mogla pravovremeno reagirati. Isto tako je izrazito bitna edukacija medicinskih sestara u JIL-u.

KLJUČNE RIJEČI: zdravstvena njega, otvoreni sternum, djeca



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

POGREŠKE U TRANSFUZIJSKOM LIJEČENJU

Senka Brodarić Adaković, Jelena Rajić
Odjel za transfuzijsku medicinu
Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“, Koprivnica

Suvremena medicina svojim složenim postupcima u dijagnostici i liječenju pridonosi očuvanju i poboljšanju zdravlja pacijenta. Ponekad se zbog složenosti procesa, tehnologije, međuljudskih odnosa te njihova međusobnog odnosa, pogreška može dogoditi. Većina njih je neznatna i prolazna, ali isto tako može uzrokovati trajno oštećenje zdravlja pa i smrt. Važno je razlikovati nuspojavu, neželjeni ishod i štetni događaj (pogrešku).

Nuspojava nastaje usprkos medicinski ispravnom i pravodobno provedenom postupku, koji je izveden pravilnom uporabom ispravne opreme i sredstava, uz optimalnu organizaciju rada.

Neželjeni ishod nastaje usprkos pravodobnom i ispravnom medicinskom postupanju zbog nemogućnosti izlječenja, odnosno smrtonosne bolesti, starosti, otkazivanja više organskih sustava i drugih razloga.

Štetni događaj je ono što se najčešće naziva pogreškom, u njemu dolazi do nenamjerne i nepoželjne štete za bolesnike nanesene štetnim postupanjem. Posljedice toga mogu biti produljenje liječenja, oštećenje organizma povezano s prolaznom ili trajnom nesposobnošću te smrt.

Transfuzijsko je liječenje izuzetno složeno. Vjerojatnost pogreške je velika zbog velikog broja postupaka, složenosti proizvodnje pripravaka i transfuzijskoga liječenja te rada djelatnika raznih stručnih profila.

Pogreška može nastati na svakome mjestu u procesu proizvodnje krvnoga pripravka i transfuzijskoga liječenja. Intervencije medicinskih sestara na odjelu i u transfuziji usmjerene su smanjenju i suzbijanju istih.

KLJUČNE RIJEČI: pogreška, transfuzijska medicina, medicinska sestra



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

NOVE SMJERNICE U KARDIOPULMONALNOJ REANIMACIJI

Ana Grdinić, Ines Krvarić, Ivana Markuz
Zavod za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli
Središnja jedinica intenzivnog liječenja
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

Kardiopulmonalna reanimacija (KPR) predstavlja niz strukturiranih medicinsko – tehničkih postupaka kojima je cilj aktivno održavanje vitalnih funkcija, a podrazumijeva ponovnu uspostavu srčanog rada i plućne akcije uz izbjegavanje mogućih komplikacija.

Pravovremeno započeta reanimacija (unutar 3-5 minuta od nastanka kardiopulmonalnog aresta) povećava šansu unesrećenom da preživi.

Na mjestu nesreće KPR najčešće započinju laici prije dolaska HMP.

Ekipe HMP – a su kompletno opremljene za provođenje postupaka KPR – a do dolaska u medicinsku ustanovu.

U medicinskim ustanovama bolesnici kod kojih je u tijeku reanimacijski postupak ili zahtijevaju postreanimacijsku skrb smještaju se u Jedinice intenzivnog liječenja, gdje se nastavlja napredno održavanje života uz primjenu mjera i postupaka intenzivnog liječenja.

KPR se provodi po točno definiranim smjernicama koje svakih pet godina izdaje Europsko društvo za reanimatologiju.

U ovom radu prikazat ćemo razlike u smjernicama u odnosu na prethodno razdoblje jer zbog samog napretka medicine važna je i kontinuirana edukacija medicinskog osoblja.

KLJUČNE RIJEČI: KPR, smjernice, ERU, edukacija



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ULTRAZVUČNO VOĐENA REGIONALNA ANESTEZIJA

Josip Brusić, Alen Protić
Klinički bolnički centar Rijeka
Klinika za anesteziologiju i intenzivno liječenje

Regionalna anestezija je anesteziološki postupak kojim administracijom lokalnog anestetika uzrokuje reverzibilni prekid živčanog impulsa sa ciljem izazivanja neosjetljivosti, kako bi se izveo operativni zahvat. Ova vrsta anestezija kolokvijalno se naziva i blok anestezija.

Prednosti regionalne anestezije jesu: kvalitetnija poslijeoperacijska analgezija, smanjenje potrebe za opijatima i antiemetičkim lijekovima što dovodi do bržeg oporavka kognitivnih funkcija odnosno kraćeg boravaka u recovery room-u, doprinosi smanjenom broju komplikacija što u konačnici dovodi do smanjenog morbiditeta i mortaliteta, smanjenog troška liječenja, bržeg otpusta iz bolnice i ino što je najvažnije zadovoljnog bolesnika.

Ultrazvučno vođena regionalna anestezija smanjuje broj komplikacija za razliku od "klasične" regionalne anestezije, produžuje vrijeme analgezije nakon operativnog zahvata, ekonomski je isplativija od klasične regionalne anestezije te podiže kvalitetu i sigurnost liječenja bolesnika.

KLJUČNE RIJEČI: ultrazvučno vođena regionalna anestezija, prednosti i nedostaci



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

EPIDUROLIZA - PRVA ISKUSTVA

Irena Zlatar, Zoran Sabljčić
Zavod za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli
KBC Sestre Milosrdnice, Zagreb

Epiduroliza ili Raczova procedura je minimalno invazivan postupak pri kojem se pomoću Raczova katetera u epiduralni prostor injicira hyaluronska kiselina u određenom volumenu. Najčešći, odnosno redoviti pristup je kroz sakralni kanal ili rijeđe transforaminalno, a sve pod kontrolom rentgena. Na taj način se pacijenta rješava bolova radi priraslica oko korijena kralježničnih živca, nastalih nakon operacije diskus hernije, laminektomije ili radi kronične upale različite etiologije. Sam postupak je blizak uobičajenim anesteziološkim tehnikama (kaudalni, epiduralni blok) tako da smo nakon jednodnevnog prikaza postupka i edukacije kod dr. Racz u Budimpešti i mi počeli s tom procedurom.

KLJUČNE RIJEČI: Raczov postupak, rješavanje kronične boli lumbalno sakralnog segmenta



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

PSIHOLOŠKA PODRŠKA RODITELJIMA TIJEKOM BORAVKA DJETETA NA JIL-U

Fadiga J., Jeđut M., Ćosić T., Tomić I., Petretić V., Herceg T., Pongračić A., Igrec K., Novak S.
Dječja bolnica Srebrnjak
Odjel intenzivnog liječenja

Na odjel JIL-a smještaju se djeca kojima je nužna intenzivnija medikamentozna potpora, 24-satni monitoring vitalnih funkcija te intenzivniji postupci zdravstvene njege. Obzirom da se vodimo poveljom „Za osmijeh djeteta u bolnici“ nastojimo roditeljima omogućiti što dulji boravak uz dijete tijekom hospitalizacije te ih pravovremeno informirati o svim postupcima koji će se odvijati uz njihovo dijete.

Sama bolest i boravak u bolnici te odvajanje od roditelja, odnosno roditelja od djeteta općenito je neugodno i tjeskobno iskustvo. Stoga je omogućavanje boravka roditelja uz dijete tijekom njegova liječenja važan jer roditelju pruža uvid u situaciju i mogućnost utjecaja na zbivanja. Tako se ostvaruje mogućnost prikupljanja informacija od strane liječnika i medicinskih sestara te mogućnost socijalne podrške u vidu razgovora s drugim roditeljima čija se djeca također liječe u bolnici. Na taj im se način smanjuje osjećaj tjeskobe, bespomoćnosti i pasivnosti.

Na našem odjelu JIL-a Dječje bolnice Srebrnjak uvijek je jedna smjenska sestra u dogovoru s glavnom sestrom ta koja je više usmjerena na razgovor s roditeljima, pružanje socijalne i psihološke podrške. Ujedno im daje i informacije o provedenoj zdravstvenoj njezi i uključuje ih u postupke ovisno o zdravstvenom stanju djeteta i mogućnostima taj dan. Trudimo se da roditeljima kao laicima ali i partnerima u zdravstvenoj njezi na njima što prihvatljiviji i pristupačniji način razgovaramo o svemu što ih zanima o njihovom djetetu, a tiče se sestrinske skrbi. Tako se roditelji uvažavaju kao aktivni sudionici u procesu zdravstvene njege i liječenja svoga djeteta što uvelike doprinosi u ishodu liječenja i time se gradi pozitivan odnos i povjerenje prema medicinskom timu koje skrbi za dijete.

KLJUČNE RIJEČI: psihološka podrška, komunikacija, medicinska sestra, dijete



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

UPOTREBA FLEXI SEAL-a U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA KIRURŠKIH BOLESNIKA – PRIKAZ SLUČAJA

Vesna Bratić, Stjepan Grabarević, Ivan Popović

Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, KBC Zagreb

Fekalna inkontinencija predstavlja vrlo ozbiljno stanje koje pogođenu osobu prvenstveno dovodi u poziciju teške fizičke invalidnosti, a s druge strane vuče za sobom brojne psihičke traume, kao što je gubitak samopouzdanja. Istraživanja kažu da je 33% hospitaliziranih bolesnika imalo fekalnu inkontinenciju tijekom boravaka u bolnici. Studija Ousey i Gilibrend (2010) pokazala je visoku učestalost fekalne inkontinencije kod bolesnika smještenih u jedinici intenzivnog liječenja. Skupine bolesnika sa visokim rizikom od nastanka fekalne inkontinencije su bolesnici starije životne dobi, žene nakon poroda, bolesnici koji boluju od neuroloških ili spinalnih bolesti, bolesnici koji imaju proljevastu stolicu, stanja nakon operacije resekcije kolona ili analne operacije. Fekalna inkontinencija može povećati rizik od infekcije, rane na preponama ili perinealnoj regiji. Proljev koji uzrokuje *Clostridia difficile* zabilježen je u oko 8% hospitaliziranih bolesnika, a odgovoran je za 20 do 30% bolničkih proljeva te uvelike povećava mogućnost za fekalnu inkontinenciju. Flexi-Seal sustav namjenjen je za bolesnike sa nemogućnošću zadržavanja stolice te bolesnika s tekućom ili polutekućom stolicom. Istraživanja provedena u jedinici intenzivnog liječenja kod bolesnika s fekalnom inkontinencijom kod kojih je korišten flexy seal doveli su do zapaženih pozitivnih rezultata. Pretrage učinjene prije i nakon postavljanja Flexy Seala nisu pokazale nikakve nepovoljne učinke na rektalnu sluznicu. Kao cilj da se zaštiti integritet kože u 92% slučajeva korištenje flexy seala je održalo cijelovitost integriteta kože.

KLJUČNE RIJEČI: flexy seal, fekalna inkontinencija, očuvanje integriteta kože.



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

REGIONALNA ANESTEZIJA U PORODNIŠTVU

Bolić Marko, Branimira Troha
KBC Osijek

Regionalna anestezija je najčešća metoda koja se koristi za operativno dovršenje poroda. U svijetu, a i kod nas, preko 80% carskih rezova izvede se u regionalnoj anesteziji. Poteškoće vezane uz opću anesteziju uvelike se mogu spriječiti primjenom regionalne anestezije.

Razlikujemo dvije vrste regionalne anestezije, spinalna i epiduralna.

Iako se razlikuju, imaju niz zajedničkih osobina koje čine prednosti regionalne anestezije u odnosu na opću anesteziju.

Danas je epiduralna anestezija i analgezija među najpopularnijim metodama kontrole boli tijekom vaginalnog poroda. Posebno je popularna kod trudnica kojima omogućava očuvanu svijest tijekom poroda te im tako pruža ugodna sjećanja dolaska djeteta na svijet, ali sa značajno smanjenim bolovima koji bi pokvarili taj doživljaj.

KLJUČNE RIJEČI: regionalna anestezija, porodništvo



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

MJERENJE RADNOG OPTEREĆENJA MEDICINSKIH SESTARA U JEDINICAMA INTENZIVNOG LIJEČENJA

Snježana Kraljić, Kristian Deša, Ana Blagaić, Tanja Matković, Suzana Čošić

Odjel za intenzivno liječenje kardiokirurških bolesnika, Klinika za anesteziologiju i intenzivno liječenje,
Klinički bolnički centar Rijeka

Utjecaj prevelike radne opterećenosti sestara na ishod liječenja bolesnika i ukupne troškove liječenja već je dobro poznat, a brojna istraživanja pokazuju da se optimalizacijom broja medicinskih sestara i uvjeta njihovog rada postiže veća sigurnost bolesnika i kvaliteta zdravstvene skrbi. Bodovni sustavi razvijeni u svrhu mjerenja radnog opterećenja su Therapeutic Intervention Scoring System – TISS, Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score – NEMS i Nursing Activities Score – NAS.

Cilj istraživanja bio je ispitati radno opterećenje medicinskih sestara i tehničara koji rade na Odjelu za intenzivno liječenje kardiokirurških bolesnika u smjenama od 12 sati, koristeći NEMS i NAS bodovne sustave te utvrditi njihov odnos.

Istraživanje je provedeno u Kliničkom bolničkom centru Rijeka, na Odjelu za intenzivno liječenje kardiokirurških bolesnika, Klinike za anesteziologiju i intenzivno liječenje. U istraživanje je bilo uključeno 99 bolesnika u dobi između 20 i 85 godina u periodu od 99 dana, te 10 medicinskih sestara koje rade u 12 satnim smjenama. NAS i NEMS određivani su dva puta dnevno, za svakog bolesnika. Potom je učinjena korelacija ova dva bodovna sustava i procijenjen je potreban broj medicinskih sestara.

Radno opterećenje medicinskih sestara u dnevnim smjenama je veće nego u noćnim smjenama ($p < 0,001$). Također je veće radno opterećenje mjereno radnim danom u tjednu nego vikendom i praznikom ($p < 0,001$). NEMS i NAS pozitivno koreliraju ($r = 0,909$; $p < 0,001$), a potreban broj medicinskih sestara procijenjen prema NAS bodovnom sustavu je značajno veći ($p < 0,001$).

Radno opterećenje medicinskih sestara u navedenom periodu istraživanja slično je preporučenom radnom opterećenju po NAS i NEMS bodovnom sustavu. Oba bodovna sustava mogu se koristiti za mjerenje radnog opterećenja u smjenama od 12 sati.

KLJUČNE RIJEČI: radno opterećenje, medicinske sestre, NAS, NEMS



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S AKUTNIM PANKREATITISOM

Edita Horvat, Martina Valentak

Opća bolnica Varaždin

Odjel za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje

Akutni pankreatitis (AP) je upalna bolest gušterače koja se može manifestirati od blagog edema gušterače do potpune nekroze organa. Predstavlja skup dinamičnih, lokalnih i sistemskih patofizioloških promjena nastalih iznenadnim prodorom pankreasnih enzima u žljezdani parenhim. Najčešće je praćen jakim bolovima u gornjem dijelu trbuha.

Postoji niz etioloških čimbenika AP i u 75-85% slučajeva bolesti lako ih je prepoznati. Najčešći uzročnik bolesti su alkohol i žučni kamenci. Bilijarni pankreatitis je najčešće uzrokovan prolaskom malog kamenca, manjeg od 5mm, kroz ductus cysticus i njegovim privremenim smještajem u Odijev sfinkter (opstrukcija pankreatičnog kanala). Alkohol spada u grupu etioloških toksičnih čimbenika AP i drugi je najvažniji etiološki čimbenik AP, a češće se javlja kod muškaraca u četvrtom i petom desetljeću života.

Bolesnici pate od mnoštva simptoma koji uključuju naglu bol u gornjem abdomenu, meteorizam, vrućicu, mučninu, povraćanje, ileus i žuticu. Bol nastaje naglo, u gornjem abdomenu, pojasasto se širi u leđa i lijevo rame, dosegne maksimalni intenzitet unutar 10-30 minuta i može trajati od nekoliko sati do nekoliko dana. Bolovi su često praćeni povraćanjem i mučninom. Intenzitet i lokalizacija bolova kod AP povezani su sa proširenošću patološkog procesa.

Dijagnoza bolesti postavlja se na osnovi anamnestičkih podataka, kliničke slike te laboratorijske i slikovne dijagnostike. Osnovne mjere liječenja usmjerene su na suzbijanje bolova te sprečavanje lokalnih i općih komplikacija bolesti. Bolesnici sa težim oblikom pankreatitisa praćenog s komplikacijama liječe se u JIL-u.

Medicinska sestra ima veoma važnu ulogu u liječenju bolesnika sa AP. Sudjeluje u: monitoriranju bolesnika i praćenju vitalnih funkcija, izvođenju dijagnostičko-terapijskih postupaka, planiranju i provođenju zdravstvene njege, vođenju sestrinske dokumentacije te u pravovremenom uočavanju komplikacija.

KLJUČNE RIJEČI: akutni pankreatitis, medicinska sestra, proces zdravstvene njege



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

VAŽNOST PRIMJENE ULTRAZVUKA U JEDINICI INTENZIVNE SKRBI

Josipa Vukalović, Andreja Zjačić
Zavod za intenzivnu medicinu, KBC Zagreb

Ultrazvuk je zvuk čije su frekvencije iznad gornje granice čujnosti za ljudsko uho (iznad 20 000 Hz). U medicinskoj dijagnostici najčešće se koriste ultrazvučne frekvencije između 1-15 MHz (u novije vrijeme koriste se i frekvencije od 20-40 MHz). Ultrazvučni valovi su longitudinalni te lako penetriraju kroz tkiva. Ultrazvučni izvori emitiraju ultrazvučne valove određene frekvencije koji se reflektiraju od tkiva i potom detektiraju preko detektora. Reflektirani ultrazvučni valovi kao analogne informacije se pretvaraju u brojčane, a oni se poslije matematički obrade u računalu i ponovo pretvaraju u analogne informacije koje onda dobijemo u obliku slike. Ultrazvučni uređaj (ehosonograf) je uređaj koji daje slike presjeka unutrašnjosti ljudskog tijela, ravninom u kojoj se ultrazvučni snop širi. Postupak pregleda ultrazvukom je postupak stvaranja dvodimenzionalne slike presjeka unutrašnjosti ljudskog tijela. Ultrasonografija je široko rasprostranjena u medicini gdje se koristi u dijagnostičke i terapijske svrhe. Ultrazvučni pregled je neinvazivni postupak korišten za preglede unutarnjih organa i struktura trbušne i prsne šupljine, krvnih žila glave i vrata, pregleda tzv. „small parts“ tj. površinskih manjih organa kao što je štitnjača. Ultrazvučni pregled daje vrlo vrijedne kliničke podatke koji su bitni u postavljanju dijagnoze te je neizostavan u svakodnevnom radu liječnika i medicinskih sestara u jedinicama intenzivne skrbi. Pomoću njega se vrlo brzo mogu dobiti važni podaci o stanju pacijenta te se mogu uočiti novonastale promjene s posebnim naglaskom na respiratorni sustav. Ultrazvučnim pregledom pluća možemo brzo i lako uočiti znakove pneumonije, pneumotoraxa, prisutnosti pleuralnog izljeva te ovisno o nalazu pravovremeno reagirati te spriječiti eventualne komplikacije. Prilikom provođenja abdominalne i pleuralne punkcije, perikardiocenteze, biopsije bubrega, postavljanja centralnih i perifernih venskih katetera, dijagnosticiranja duboke venske tromboze, ultrazvučni pregled je neizostavan.

KLJUČNE RIJEČI: ultrazvuk, medicinska sestra, jedinica intenzivne skrbi



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ZLOĆUDNI TUMOR VRATNE KRALJEŠNICE PRIKAZ SLUČAJA

Ljiljana Rogić, Jelena Mijić Anđelić, Mirjana Meštrović, Jelena Slijepčević
KBC Zagreb

Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje
Odjel za anesteziologiju i intenzivno liječenje neurokirurških bolesnika

Pacijentica u dobi od 48 godina zaprimljena je na u jedinicu intenzivnog liječenje neurokirurških bolesnika nakon neurokirurškog operativnog zahvata maksimalne redukcije zloćudnog tumora u području vrata. Pri prijemu u JIL pacijentica je ovisna o strojnoj ventilaciji, hemodinamski stabilna te je ostavljena na buđenju. Vrlo brzo dolazi k svijesti, surađuje te se pristupa protokolu odvajanja od ventilatora. Međutim, rani postoperacijski tijek počinje se komplicirati hemodinamskom nestabilnošću i razvojem novonastalog neurološkog deficita svih ekstremiteta (slabost desnih ekstremiteta bila prisutna pri prijemu u bonicu) . Obzirom na utvrđeni neurološki deficit, učinjen je hitni MR vratne kralješnice te je indiciran hitan neurokirurški zahvat odstranjenja epiduralnog hematoma. Postoperacijski tijek se komplicira respiracijskom insuficijencijom koja je povezana s neurološkim deficitom zbog osnovne bolesti (multiple skleroze dijagnosticirane 1993 g.). Tijek boravka dodatno se komplicira razvojem upale pluća, a zbog ponovnog rasta tumora pacijentica je prošla ciklus radioterapije (30 Gy/ 10 frakcija).

Pacijentica je u jedinici intenzivnog liječenja boravila ukupno 133 dana, nakon čega je premještena na rehabilitaciju u Krapinske Toplice. Na strojnoj ventilaciji provela je 2 656 sati. Desetog dana boravka u JIL-u je traheotomirana. Čitavo vrijeme boravka, pacijentica je bila pri svijesti, međutim zbog teške tetrapareze nije bila u mogućnosti izvršavati zapovijedi.

Zdravstvena njega bila kompleksna i zahtjevna, ali istovremeno je pred medicinske sestre stavila nove izazove osobito iz područja komunikacije.

Cilj ovog rada je prikazati složenost sestrinskih intervencija, važnost komunikacije, ali i kvalitetu provedene zdravstvene njege.

KLJUČNE RIJEČI: sestrinske intervencije, neverbalna komunikacija, zdravstvena njega



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ANALIZA PRIMJENE LIJEKOVA TIJEKOM OPERACIJE I ANESTEZIJE U TRAUMATOLOŠKIH BOLESNIKA

Marija Berek, Gordana Gavrić
Opća bolnica „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak

UVOD: Rijetke su analize lijekova tijekom primjene anestezije u bolnicama na određenim prostorima. Tijekom anestezije i operacije primijenjuje se 10 – ak i više vrsta različitih anestetika. Broj lijekova povećava se ako bolesnik ima i niz drugih bolesti (kardiovaskularne, respiratorne i sl.).

CILJ: Cilj ovog istraživanja je prikaz broja i vrsta anestezija i lijekova koji su korišteni tijekom operacija u traumatoloških bolesnika u Općoj bolnici „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak.

ISPITANICI I METODE: Retrospektivna analiza prospektivne baze podataka. Ispitanici su traumatološki bolesnici operirani u razdoblju od 01.05. – 30.09.2011. godine u Općoj bolnici „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak. Analizirani su: broj, dob i spol pacijenata, vrste anestezije (opća, spinalna, intravenska, IVRA), korištene vrste i količina anestetika i analgetika, vrijeme trajanja operativnog zahvata ovisno o vrsti anestezije i potreba za postoperativnim nadzorom s obzirom na vrstu anestezije.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA: U retrogradnom istraživanju u razdoblju od 01.05. – 30.09.2011. godine bila su uključena 223 operirana traumatološka bolesnika. Uzorak su činili bolesnici muškog i ženskog spola od 13 do 93 godine starosti, od kojih je 88 bolesnika ženskog spola, a 135 muškog spola (tablice). Podaci su analizirani iz baze koja je popunjena prikupljenim podacima iz medicinske dokumentacije operiranih bolesnika.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK: Prikaz broja i vrsta anestezija i lijekova koji su korišteni tijekom operacija u traumatoloških bolesnika u Općoj Bolnici „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak u petomjesečnom razdoblju dao je uvid u najčešće korištene anestezije i anestetike. Podaci mogu poslužiti za eventualnu korekciju kliničke prakse, organizacije rada i postupaka, planiranje potrošnje lijekova i različita financijska planiranja nabave različitih medicinskih proizvoda i lijekova koja su vrlo važna za Bolnicu.

KLJUČNE RIJEČI: analiza, anestezija, anestetici, traumatološki bolesnici



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ZAKONSKA I BIOETIČKA STAJALIŠTA EKSPANTACIJE

Tajana Bračko Hadžija, Ksenija Begović
Jedinica intenzivnog liječenja
OB Dr T. Bardek, Koprivnica

Medicina presađivanja organa od druge polovice 80-tih g.20 st izlazi iz svoje eksperimentalne faze. Eksplantacija kao postupak i transplantacija kao metoda liječenja, predstavljaju način liječenja bolesnika u slučajevima kroničnih bolesti kada sve dostupne metode liječenja ne daju rezultate koji bi vodili izlječenju i poboljšanju kvalitete života. .Prema zakonu eksplantaciji prethodi utvrđivanje moždane smrti i to sa sigurnošću prema strogim medicinskim kriterijima i na propisan način. Kada umre mozak umrla je i osoba. Moždana smrt je ireverzibilni prekid svih funkcija velikog i malog mozga i moždanog debla. Vrlo je bitan Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja(NN144/12) u kojem je sve navedeno .Mogućnost presađivanja organa otvorilo je etička pitanja, koja su rezultirala rađanjem bioetike, odnosno novom pristupu ljudskom dostojanstvu, čovjekovom umiranju i životu. Govoreći o etičkom aspektu presađivanja organa treba uzeti u obzir slijedeća načela: Načelo obrane života, načelo zaštite osobnog identiteta, načelo informiranog pristanka i načelo pravednosti. U modernom poimanju etike, pojedinac postaje etički subjekt u mjeri u kojoj se otvara samome sebi i drugima. Osjećaj solidarnosti tako postaje ključni oblik moralnog djelovanja. Kao i mnogi drugi procesi tako i transplantacijski počinje i završava u široj javnosti jer su ljudi pokretačka snaga i osnovni darivatelji. U čitavom procesu, veliku ulogu ima Donorska kartica kao povod razgovora u obitelji, školskim i sveučilišnim zajednicama.

KLJUČNE RIJEČI: etika, moral, eksplantacija, zakon



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ULTRAZVUČNO VOĐENA REGIONALNA ANESTEZIJA

Brigita Bagara
KBC Osijek

Regionalna anestezija je vrsta anestezije kojom se postiže privremeni gubitak osjeta boli, topline i motorike na ekstremitetu ili dijelu tijela na kojem se planira učiniti operativni zahvat. Može se koristiti kao suplement općoj anesteziji te, kao samostalna tehnika anestezije i postoperativne analgezije. Ultrazvučno vođena regionalna anestezija je sigurna tehnika izvođenja regionalnih živčanih blokova. Ultrazvučna vizualizacija živčanih struktura, pokreta igle i injiciranog lokalnog anestetika povećava uspješnost ove vrste anestezije te smanjuje mogućnost oštećenja živčanih struktura.

Regionalna anestezija osigurava izvrsnu anesteziju i analgeziju za široki raspon operativnih zahvata. Primjena ove vrste anestezije je povezana sa smanjenim morbiditetom, mortalitetom, boljom postoperativnom analgezijom, bržim oporavkom nakon operativnih zahvata i manjim troškovima liječenja u odnosu na opću anesteziju. Komplikacije povezane sa regionalnom anestezijom su manje u odnosu na one povezane sa općom anestezijom. Iako sigurna tehnika regionalne anestezije, ultrazvučno vođeni periferni živčani blokovi imaju komplikacije u smislu oštećenja živčanih struktura, intravaskularnog injiciranja anestetika i hematoma. Oštećenje živčanih struktura može nastati zbog intraneuralnog injiciranja lokalnog anestetika ili direktnim oštećenjem iglom prilikom izvođenja samog bloka.

Uspješnost i sigurnost primjene ove vrste anestezije ovisi o više čimbenika. Prvi i najvažniji je prikladan odabir pacijenata koje treba na vrijeme informirati o samom postupku, prednostima i nedostacima te mogućim komplikacijama. U preoperativnu pripremu ulazi i pravovremena sedacija. Iskustvo i znanje anesteziologa, izbor vrste regionalnog bloka, lokalnog anestetika i opreme pridonose sigurnom i uspješnom izvođenju regionalnog živčanog bloka. Intraoperativni monitoring, sedacija i suradnja s kirurgom su također bitni čimbenici uspješnosti bloka. Pridržavajući se ovih navedenih odrednica u našoj svakodnevnoj kliničkoj praksi, primjena regionalne anestezije veoma je sigurna što ju čini jednom od najkorištenijih anestezioloških tehnika.

KLJUČNE RIJEČI: regionalna anestezija, ultrazvuk



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

STROJNE POTPORE RADU SRCA - KORAK NAPRIJED ILI NATRAG DVA?

Margita Poturić, Valentina Leš, Adriano Friganović

Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Odjel za anesteziju i intenzivno liječenje kardiokirurških bolesnika, KBC Zagreb

Iz dana u dan svjedoci smo novog napretka ljudskog djelovanja u različitim područjima ljudskog života. Međutim, kao posljedica takvog napretka, tehnika sve više zamjenjuje dosadašnje uobičajene aktivnosti čovjeka. Zbog toga postoji opasnost da takav snažni tehnički napredak sve više isključuje čovjeka i sve više dehumanizira njegov život i okolinu.

Liječenje naprednog kongestivnog zatajenja srca ima tri oblika: medicinska terapija, kirurška terapija i presađivanje srca. Zbog dugih lista čekanja na organe, 1970. Bostonski Nacionalni institut pozvao je na razvoj uređaja za srčanu mehaničku podršku te tijekom posljednjih desetljeća, napredak je posebno prisutan na polju tehnike i tehnologije.

U sterilnoj atmosferi suvremenih bolnica odnos medicinska sestra-bolesnik postaje višestruko posredovan. Briga za pacijenta sve više se potiskuje pred zadacima liječenja bolesnika kojima život ovisi o mehaničkoj cirkulacijskoj pumpi težine nekoliko stotina grama do desetak kilograma. Potreba koju pacijent najviše traži je emotivno zadovoljenje, a medicinska sestra je sve više rastrgana između svojih dviju uloga, sve dominantnije funkcije terapeuta i potisnute uloge „brižnog anđela“.

Svaki bolesnik u nama, medicinskim sestrama budi reakcije i široke skale emocija koje se mogu reflektirati i na nas odnos prema njemu samome. Do podataka kako medicinska sestra vidi bolesnika na mehaničkoj cirkulacijskoj potpori došli smo pomoću kratkog upitnika.

KLJUČNE RIJEČI: mehanička cirkulacijska potpora, medicinska sestra, humano etički odnos



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

SESTRINSKA SKRB ZA POTENCIJALNOG DONORA

Nataša Gojak, Snježana Tuđina, Mirjana Meštrović, Jelena Slijepčević
KBC Zagreb

Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje
Odjel za anesteziologiju i intenzivno liječenje neurokirurških bolesnika

Sestrinska skrb za potencijalnog donora organa i tkiva izrazito je složen i zahtjevan proces koji se ne temelji samo na specifičnom znanju i složenim vještinama već mora imati uporište u emocionalnoj zrelosti, visokim profesionalnim i moralnim standardima svakog zdravstvenog djelatnika koji neposredno sudjeluje u procesu zbrinjavanja potencijalnog donora.

Koncept smrti mozga nije uvijek jednostavno objasniti medicinski obrazovanim osobama, a osobito je teško to pojasniti laicima. Smrt mozga je nepovratni gubitak svih moždanih funkcija i funkcija moždanog debla. Jednom kada je utvrđena smrt mozga, ona znači smrt pojedinca. Upravo, to stanje kada je mozak mrtav, a srce još uvijek kuca, kod obitelji potencijalnog donora izaziva dvojbe i nameće mnogobrojna pitanja. Stoga je od presudne važnosti komunikacija s obitelji koja se mora temeljiti na empatiji, pružanju podrške i razumijevanju. Smrt mozga dokazujemo kod pacijenta koji su pretrpjeli masivne, ireverzibilne ozljede mozga pri čemu etiologija smrti mozga mora biti poznata, jasna i potvrđena. Osnovni znakovi koji ukazuju na smrt mozga uključuju duboku komu, odsutnost motorne reakcije na jaki bolni podražaj, odsutnost refleksa moždanog debla, odsutnost spontanog disanja (apneja), hemodinamsku nestabilnost, hipotermiju, poremećaj elektrolitskog i hormonskog statusa.

Stoga je neophodno da o potencijalnom donoru skrbi dobro educirana medicinska sestra s višegodišnjim stažem u jedinici intenzivnog liječenja koja će u vrlo ranoj fazi znati prepoznati znakove koji ukazuju na odumiranje moždanih funkcija, provoditi intervencije s ciljem održavanja normotenzije (sistolički krvni tlak ≥ 100 mm Hg), normotermije, euvolemije, eucapnije (PaCO_2 35-45 mmHg) i odsutnosti hipoksije.

Darivanje organa je altruističan čin, a skrb za potencijalnog donora mora se provoditi s dostojanstvom i poštovanjem.

KLJUČNE RIJEČI: smrt mozga, potencijalni donor, sestrinska skrb



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

UTVRĐIVANJE MOŽDANE SMRTI

Donald Peran, Jurica Pavletić
Klinika za Neurologiju, Intenzivna jedinica, KBC Zagreb

ŠTO JE MOŽDANA SMRT

Smrt mozga je definirana ireverzibilnim gubitkom svih funkcija mozga, uključujući i moždano deblo

- Tri bitna faktora moždane smrti su:
 - Koma, Odsustvo refleksa moždanog debla, Apnea

EVALUACIJA MOŽDANE SMRTI

- Razmatrati kod pacijenata kojima je utvrđeno:
 - Masivno ireverzibilno oštećenje mozga od strane poznatog i utvrđenog uzroka

KLINIČKE METODE UTVRĐIVANJA MOŽDANE SMRTI

- Pregled zjenica
 - reakcija na jako svjetlo
- Okulocefalni refleks
 - Glava se rotira brzim pokretima lijevo-desno sa kratkim zadržajima na stranu. Refleks je pozitivan ako osoba ne prati pomicanja paralelno s pokretima glave, već zadržava ravno.
 - Ne ispituje se ako postoji sumnja na ozljedu vratne kralježnice
- Okulovestibularni refleks
 - Prethodni pregled ušnog hodnika, Elevacija uzglavlja 30°, Test se izvodi ubrizgavanjem 50ml hladne vode
- Faringealni refleks
 - Podražujemo farinks, korjen jezika i stražnji zid ždrijela
- Trahealni refleks
 - Endotrahealna aspiracija sadržaja kroz tubus
- Apnea test
 - metoda – Benzel
 - Bez pomoći ventilacije respiratorom
 - 10-20 min. ventiliramo na 100% O₂
 - PaCO₂ 40-45 mmHg, PaO₂ > 150 mmHg
 - Arterijski uzorak – potvrda vrijednosti PaCO₂ i PaO₂
 - Odvajanje od respiratora
 - Aplikacija O₂ na tubus 6 lit./min., Uzimanje ABS-a svakih 2 min., Praćenje porasta PCO₂ do 60 mmHg

DIJAGNOSTIČKI TESTOVI

- TCD, EEG - elektroencefalografija, Scintigrafija mozga, Evocirani somatosenzorni potencijali, DSA, NMR

ZADATCI MEDICINSKE SESTRE – TEHNIČARA

- Monitoring:
 - TT, Puls, EKG, RR (invazivno), SpO₂, Satne diureze, Bilans tekućina
- Transport pacijenta
- Održavanje vlažnosti rožnica
- Prevencija infekcije
- Održavanje adekvatne termoregulacije pacijenta i mikroklimatskih uvjeta

KLJUČNE RIJEČI: utvrđivanje smrti, kliničke pretrage, refleksi, koma.



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

UNOMETER™ SAFETI™ PLUS – PREVENCIJA URINARNIH INFEKCIJA PRI KONTROLI DIUREZE

Branka Jančić, Želimir Đurić
Opća bolnica „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak

UVOD: Česta su pojava urinarne infekcije koje su povezane upravo s urinarnim kateterom. To i ne čudi jer su urinarni kateteri jedni od pomagala koji se u bolnici najviše koriste. Od urinarnih infekcija obolijeva od 1 do 2% svih hospitaliziranih bolesnika. Urinarne infekcije produljuju boravak bolesnika u bolnici i povećavaju, osim morbiditeta, i troškove liječenja. No bez obzira na opasnost od urinarnih infekcija – diureza se, ako je indicirano, mora kontrolirati. Radi sprječavanja urinarnih infekcija za vrijeme kontroliranja diureze, urinarni kateter i urinarna vrećica moraju biti, odnosno, moraju djelovati kao zatvoreni sustav. Zato je UnoMeter™ Safeti™ Plus sistem izvrstan način sprječavanja i suzbijanja urinarnih infekcija.

POZADINA: UnoMeter™ Safeti™ Plus je ergonomski prihvatljiv, za razliku od drugih sustava jer je kraći, ima patentiran sustav koji ima cijev s dva lumena tako da mjeri najmanje porcije urina i može se koristiti i u neonatologiji, jednostavan je za primjenu u transportu pacijenta jer ima dva uporabna ventila koji sprječavaju infekciju, ne smeta (praktičan je), omogućava bezigledno uzimanje uzoraka do 10 puta, sprječava retrogradnu kontaminaciju; naime klinički je dokazano da smanjuje do 40% svih infekcija, a zaobljeni rubovi omogućavaju lakše čišćenje.

CILJ: Cilj je prikazati dobrobiti korištenja UnoMeter™ Safeti™ Plus sistema za bolesnike te objasniti ponajprije medicinskim sestrama da korištenjem UnoMeter™ Safeti™ Plus sistema mogu znatno smanjiti najučestalije bolničke infekcije za vrijeme kontroliranja diureze – urinarne infekcije.

ZAKLJUČAK: UnoMeter™ Safeti™ Plus sistem sa svim svojim karakteristikama značajno smanjuje nastanak urinarne infekcije i kontaminaciju uzetog uzorka urina. Omogućuje precizno i sigurno kontroliranje diureze pritom sprječavajući infektološke incidente.

KLJUČNE RIJEČI: UnoMeter™ Safeti™ Plus, urinarna infekcija, urinarni kateter, prevencija



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

TIVA – ANESTEZIJA MODERNOG DOBA

Tutić Ines, Pavlačić Iva, Lončar Emilija
Zavod za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

TIVA koristi kombinaciju lijekova primjenjenu isključivo intravenskim putem. TCI (target controlled infusion) je sustav za infuziju vođenu ciljanom koncentracijom lijeka.

Najvažniji pribor koji se koristi za takvu vrstu anestezije su TCI pumpe koje kontrolirano i pouzdano postižu i održavaju koncentraciju lijeka u krvi. TCI omogućava korištenje infuzijskih sustava za titiranje dubine anestezije posebno za svakog pojedinog pacijenta prema jačini kirurškog podražaja. Najčešće upotrebljavni lijekovi su remifentanyl ili sufentanyl te propofol.

Kako bi titracija anestetika bila jednostavnija i sigurnija, uz manju vjerojatnost predoziranja anestheticima i depresiju CNS-a, tj. zbog praćenja dubine anestezije koristi se i BIS monitoring. Vrijednost skora BIS-a proteže se u rasponu od 0 do 100, a stanje anestezije povezano je skorom 40 – 60. Elektrode BIS-a stavljaju se na čelo pacijenta, a vrijednosti se odčitavaju na monitoru.

Anesteziološki tehničar će postaviti uobičajeni monitoring pacijenta (EKG, krvni tlak, SpO₂) te svakako mora imati najmanje dva venska puta. Anestetici se navlače u perfuzor šprice te se putem perfuzor sistema dostavljaju pacijentu.

Prednosti TIVA – e su: brzo i predvidljivo buđenje, hemodinamski stabilniji pacijenti, manja mogućnost postoperativne respiratorne depresije...

Metabolički odgovor na kirurški zahvat je ublažen odnosno poboljšán u bolesnika operiranih u TIVI što pridonosi zadovoljstvu anesteziološkog tima, operatera i najvažnije samog pacijenta.

KLJUČNE RIJEČI: anestezija, TIVA, TCI, BIS monitoring, anestetici, intravenozno, pacijent...



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

PRIJEM I ZBRINJAVANJE VITALNO UGROŽENOG NOVOROĐENČETA S TRANSPOZICIJOM VELIKIH KRVNIH ŽILA

Sandra Babojelić

Zavod za neonatologiju i neonatalnu intenzivnu medicinu
Klinika za pedijatriju KBC – Zagreb

Sažetak: Transpozicija velikih krvnih žila je prirođena srčana greška koja se očituje cijanozom i šantom na razini atrija. Kompletna transpozicija velikih krvnih žila je morfološka promjena za koju je karakteristično da aorta izlazi iz DV, a arterija pulmonalis iz LV.

Prenatalno otkrivena srčana greška od neprocjenjive je vrijednosti. Rano postavljanje dijagnoze u novorođenčeta značajno smanjuje mortalitet. Razdoblje od prvih simptoma bolesti do postavljanja dijagnoze i hitnog kardiokirškog zahvata je proces koji smanjuje opasnost od iverzibilnog sekundarnog oštećenja organizma. Zbrinjavanje započinje već u rodilištu nastavlja se u jedinicama intenzivnog liječenja do odlaska na operativni zahvat u inozemstvo. Simptomi se najčešće manifestiraju cijanozom, tahipnejom, dispnejom, oslabljeni pulsevi do znakova cirkulacijskog šoka. Mjere nadzora moraju se provoditi kontinuirano, mogu biti invazivne i neinvazivne, te zahtijevaju stručnost, medicinsko znanje i tehničke vještine.

Terapijski postupci su:

- Dilatacija ducusa arteriosusa intravenskom primjenom Prostina
- Balon atrioseptostomija po Rashkindu
- Kiruško liječenje-arterijski „switch“ u prvom tjednu života
- Intubacija, sadacija, korekcija acidoze i terapija srčane insuficijencije

Cilj rada je prikazati specifičnosti zdravstvene njege u zbrinjavanju novorođenčeta s transpozicijom velikih krvnih žila na Odjelu za intenzivno liječenje novorođenčadi.

Metode: uvidom u povjest bolesti novorođenčeta s transpozicijom velikih krvnih žila, analizirati tijek i ishod liječenja.

Zaključak:

Provođenje specifičnih postupaka sestrinske skrbi neizostavan su dio skrbi i liječenja novorođenčadi. Obzirom da se radi o vrlo specifičnoj grupi bolesnika neizostavno je poznavanje karakteristika i simptoma te sukladno tome i planiranje intervencija i postupaka koji će se provoditi nad ovom vrlo zahtjevnom grupom novorođenčadi. Medicinska sestra je važan član neonatoloških, kardioloških i kardiokirških timova.

KLJUČNE RIJEČI: transpozicija velikih krvnih žila, balon atrioseptostomija, zdravstvena njega novorođenčeta s transpozicijom



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

PRIMJENA KATETERA U LIJEČENJU INTERKOSTALNIH NEURALGIJA (PRIKAZ SLUČAJA)

Milena Škvorc, bacc. ms., Suzana Krsnik, Mira Šimunić

Županijska bolnica Čakovec

Odjel anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine s JIL-om

Uzimajući u obzir nove metode u liječenju interkostalne neuralgije kao dio postupaka koji se provode u ambulantni za liječenje boli, Županijske bolnice Čakovec cilj nam je bio prezentirati liječenje boli primjenom interkostalnog katetera. Kroz prikaz slučaja objašnjena je učinkovitost primjene interkostalnog katetera kod pacijenta K.Z., 61 godina koji boluje od postoperativne interkostalne neuralgije. Bolovi su započeli nakon operacije neoplazme pluća (odstranjen gornji plućni režanj). Bol se javlja ubrzo nakon zahvata u području operativnog reza lijevo interkostalno, sa osjetom žarenja, pečenja, sijevanja u inervacijskom području interkostalnog živca i bolesnik bol ocjenjuje brojem 8 prema VAS za ocjenu boli. Uzimao je jednu tabletu Zeldiara na dan koja simiruje bol u narednih 3-4 sata. Pacijentu se preporuča postavljanje interkostalnog katetera. Sam kateter se postavi između 8 i 9 rebra te subninira pod kožu prema abdomenu. Aplicira se 0,75% Ropivacaine i bol se znatno smanjuje. Složi mu se mješavina 0,37% Ropivacaina/10-12 sati za primjenu u kućnim uvjetima. Na kontrolnom pregledu kroz pet dana pacijent bol ocjenjuje s brojkama 1-2 na VAS za ocjenu boli. Preporuka je nastaviti s primjenom mješavine 0.37% Ropivacaina na 12/sati ili kod pojave jačih bolova, te uzimanje peroralnih analgetika (Tramadol 37mg/325mg paracetamola-Doreta, Zaraceta) kod bolova u ramenu. Prilikom treće kontrole pacijentu se odstrani interkostalni kateter uz daljnju preporuku uzimanja peroralne terapije (Tramadol 37/mg/325mg paracetamola).

ZAKLJUČAK

Aplikacija katetera u svrhu liječenja boli u pacijenata s teškom neuralgijom, i samim time im se omogućava kontrola boli u kućnim uvjetima.

Smanjuje se odlazak pacijenta u ordinaciju primarnog liječnika što smatramo velikom prednošću za samoga pacijenta i njegovu obitelj.

Također je naglasak na edukaciju same obitelji u pristupu pacijentu s apliciranim kateterom.

Ova metoda ima veoma značajnu ulogu kod kroničnih bolni stanja u svrhu smanjenja psihološkog distresa koji prati kronična bolna stanja.

Važna je selekcija pacijenata i nova klinička istraživanja koja će omogućiti daljnji napredak ovom metodom liječenja.

KLJUČNE RIJEČI: interkostalna neuralgija, interkostalni kateter, primjena anestetičke mješavine u kućnim uvjetima



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

PRIMJENA RANOUPOZORAVAJUĆEG BODOVNOG SISTEMA (MEWS) U PRAKSI

Zlatko Čirić

Institut za plućne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Srbija

Najstariji poznati medicinski tekst posvećen povredama i njihovoj podeli prema težini, odnosno efikasnosti terapije, zabeležen je na egipatskim papirusima. Razvoj i procena određivanja stepena težine stanja povređenih i kritično obolelih bolesnika je novijeg datuma (poslednjih tridesetak godina). Javlja se usled složenosti monitoringa i visokih troškova lečenja, a zahteva objektivniju procenu bolesnikovog stanja i njegove prognoze. Sistem skorovanja težine bolesnikovog zdravstvenog stanja, predstavlja pokušaj objektivizacije i procene stanja teško povređenih i kritično obolelih i sastoji se u bodovanju/kvantifikovanju parametara vitalnih funkcija. Sistem skorovanja omogućava stalno donošenje odluke o daljem načinu lečenja, koji je od presudnog značaja za ishod lečenja kritično obolelog bolesnika i ima dalekosežne etičke, medicinske i finansijske posledice. Glavne uloge u skorovanju imaju trijaža i proračun lečenja na osnovu ishoda. Trijažni sistem treba da je jednostavan, brz i odgovarajući za vrstu bolesti, dok scoring sistem, koji kvantifikuje upotrebu materijala, treba da je deskriptivan i što više detaljan. Modified early warning score (MEWS SCOR) – modifikovani ranoupozoravajući skor je jednostavan skor za upotrebu u bolničkim uslovima, koji je prvenstveno namenjen medicinskim sestrama i tehničarima kao vodič da se brzo i blagovremeno proceni bolesnikovo opšte stanje i izbegne fatalan ishod. Ovaj skor se zasniva na podacima dobijenih iz četiri fiziološka odeljka : Vrednosti sistolnog krvnog pritiska, srčane frekvencije, respiratorne frekvencije, telesne temperature, kao i posmatranja opšteg stanja svesti (nivo svesti AVPU).

CILJ RADA

1. Da se prikaže značaj MEWS skora u proceni kliničkog ishoda bolesnika
2. Da se izvrši analiza MEWS skora za svakog novo-primljenog pacijenta u poluintenzivnoj nezi na klinici za Urgentnu pulmologiju i intoksikaciju Instituta za plućne bolesti Vojvodine
3. Da se izvrši analiza i identifikacija svih faktora koji su prouzrokovali pogoršanje opšteg stanja bolesnika
4. Implementacija mews skora u standardne procedure zdravstvene nege na kliničkim odeljenjima Instituta za plućne bolesti Vojvodine radi sprečavanje odlaganja primene određenih mera lečenja i premeštaja kritično obolelih u jedinicu intenzivne nege i terapije.
5. Primenom MEWS skora praćen je krajnji ishod hospitalizovanih bolesnika u vidu otpusta , premeštaja u jedinicu intenzivne nege ili smrtni ishod.

MATERIJAL I METODE

Svi bolesnici uključeni u studiju su standardno evaluirani. Na prijemu bolesnicima je urađen MEWS skor. Studija je retrospektivnog karaktera. Analiza merenja MEWS skora, služila je kao osnova za komparaciju dobijenih rezultata. U radu je korišćena dokumentacija Instituta za plućne bolesti Vojvodine u Sremskoj Kamenici. Vrednosti respiratorne, srčane frekvence i vrednosti arterijskog krvnog pritiska kao i temperature izmereni su na aparatu- monitoru marke solaris i fukuda. Posmatranje opšteg stanja svesti je vršeno na osnovu AVPU skale. Od statističkih metoda korišćeni su apsolutni brojevi i procenti, mere centralne tendencije (aritmetička sredina, mediana, mod, standardna devijacija i razmak minimalnih i maksimalnih vrednosti), χ^2 test i Pirsonov test linearne korelacije. Za statistički značajne vrednosti rezultata se uzimaju vrednosti koje su na nivou poverenja $p < 0,05$.

ZAKLJUČAK

Zbog ograničenih resursa, broja pacijenata, koji se mogu pratiti i observirati u jedinicama intenzivne nege (ICU) i jedinicama poluintenzivne nege (high dependence unit HDU), je ograničen. Izbor pacijenata koji bi mogli da imaju koristi od lečenja u ICU je zato od ključnog značaja. Identifikovanje pacijenata sa rizikom od pogoršanja u ranoj fazi, putem jednostavnih protokola na osnovu fizioloških parametara, može smanjiti broj pre-ICU intervencija.



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ODRŽAVANJE POTENCIJALNOG DONORA U JIL-U

Igor Pelaić, Danijela Greganić, Vlasta Jurin, Darija Krčmar
Zavod za anesteziologiju i intenzivno liječenje
Središnja jedinica intenzivnog liječenja
KBC Sestre Milosrdnice

Donor organa zbog specifičnih patofizioloških zbivanja zahtjeva kompleksne mjere održavanja čija je glavna svrha održavanje adekvatne perfuzije organa.

Prepoznavanje potencijalnog donora u JIL-u je preduvjet za njegovo održavanje nakon dijagnosticiranja moždane smrti.

Proces održavanja donora je psihički i fizički iznimno težak i zahtjeva opsežnost postupaka zdravstvene njege.

Visoka razina stručnosti, educiranost, timski rad, komunikacijske vještine i psiho-fizičko-emocionalna stabilnost vještine su medicinskih sestara koje sudjeluju u održavanju potencijalnog donora.

KLJUČNE RIJEČI: moždana smrt, održavanje donora, kompleksnost zdravstvene njege, medicinska sestra



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

BOL U NEONATOLOGIJI ULOGA MEDICINSKE SESTRE U KONTROLI BOLI U NEONATALNOJ INTENZIVNOJ JEDINICI

Ana Marija Macan, Terezija Kostantinov
Zavod za neonatologiju i neonatalnu intenzivnu medicinu
Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb

Invazivni dijagnostički i terapijski postupci postali su sveprisutni u suvremenoj medicinskoj praksi pa tako i u neonatologiji. Izloženost boli u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi smatra se glavnim izvorom stresa za djecu i njihovu obitelj. Dokazano je da ponovljena izloženost novorođenčeta, a naročito nedonoščeta bolnim podražajima može imati neposredne pa i dugoročne posljedice na neurorazvoj djeteta. Posljednjih godina došlo je do značajnog povećanja interesa za prepoznavanje i suzbijanje boli u novorođenčeta. Danas se bol tretira kao peti vitalni znak i procjena boli treba biti uključena u svaku procjenu vitalnih znakova. Optimalno upravljanje boli zahtjeva od zdravstvenih djelatnika stručnu procjenu boli, što kod novorođenčadi može biti posebno teško jer oni ne mogu verbalizirati bol. Zato pristup mora biti multidimenzionalan, obuhvaćajući mjerenje fizioloških i bihevioralnih pokazatelja boli. Glavni cilj procjene boli je rano prepoznavanje boli, u svrhu smanjenja neposrednih i dugoročnih posljedica koje bol može izazvati.

Liječenje boli:

- Nefarmakološko tretiranje boli
- Farmakološko tretiranje boli: lokalni analgetici, sistemske analgezije

Cilj rada: Poboljšati znanje o potrebi primjene smjernica za kontrolu boli u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi, rutinskim procjenjivanjem boli, integriranjem najpovoljnije skale za procjenu boli u svakodnevnom radu i provođenjem analgezije prilikom invazivnih postupaka.

Metode rada: Zbog nemogućnosti verbalizacije, procjenu stupnja boli kod novorođenčadi radimo na osnovu već spomenutih parametara (fizioloških i bihevioralnih) svrstanih u skale boli na osnovu kojih se pomoću numeričkih vrijednosti iskazuje jačina boli.

Zaključak:

Unatoč značajnom napretku u kontroli boli, istraživanja u kliničkoj praksi još uvijek pokazuju da postoje praznine između znanja i prakse i da novorođenčad još uvijek doživljava mnogo bolnih postupaka. Sustavni pristup u provedbi točno određenih smjernica značajno bi poboljšao kontrolu boli u jedinicama intenzivnog liječenja novorođenčadi.

KLJUČNE RIJEČI: novorođenče, bol, kontrola



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ERGONOMIJA U HITNOJ SLUŽBI

Snježana Dragičević, Spajić I, Dadić I, Matan V.
Centar za hitnu medicinu, KB Dubrava, Zagreb

Sažetak: Zaposleni u djelatnosti hitne službe kontinuirano su na vrhu popisa djelatnosti s ozljedama mišićno koštanog sustava posebno leđa, prvenstveno zbog ručnog podizanja pacijenata. Medicinske sestre na šestome su mjestu popisa deset zanimanja s najvećim rizikom nategnuća mišića i istegnuća zglobova. Opasnost od ozljede leđa zbog ručnog podizanja i premještanja pacijenata, problemi s leđima i ostali mišićno-koštani poremećaji, doprinose sve većem nedostatku djelatnika u zdravstvu. Ergonomija je znanstvena disciplina koja proučava interakcije između čovjeka i elemenata sustava, nastojeći prilagoditi rad i radnu sredinu njegovim potrebama. Danas postoji cijeli niz pomagala koje se mogu koristiti u transferu pacijenata, koji se razlikuju cijenom, kvalitetom kao i razinom primjene u praksi. U radu će biti prikazana važnost ergonomski dizajniranog radnog mjesta, te primjena ergonomskih znanja i vještina kojom ćemo umanjiti rizik od mišićno koštanih poremećaja i poboljšati kvalitetu zdravstvene njege pacijenata.

KLJUČNE RIJEČI: ergonomija, transfer pacijenta i oprema, hitna služba



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

HIGIJENA RUKU U ZDRAVSTVENOJ USTANOVI

Renata Vinski, Tanja Jagodić, Branka Grgurić, Mara Tomac
"KB Sveti Duh"

Veliki problem za sigurnost bolesnika u cijelome svijetu predstavljaju infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi. U razvijenim zemljama 5 - 10% hospitaliziranih pacijenata dobije infekciju tijekom liječenja, a u zemljama u razvoju brojka je još i veća.

Sredinom devetnaestog stoljeća je Semmelweis otkrio važnost higijene te ukazao kako su ruke najvažniji pojedinačni faktor u širenju infekcija. Svjetska zdravstvena organizacija prepoznala je taj problem te pristupila izradi smjernica za higijenu ruku u zdravstvenim ustanovama. Cilj smjernica je podići svijest radnika o potrebi provođenja rutinske higijene ruku, prihvaćanje indikacija, metoda i sredstava za higijenu kao i povećanje suradljivosti u higijeni ruku tijekom skrbi za bolesnika. Smjernice su namijenjene svim zdravstvenim i nezdravstvenim radnicima koji dolaze u izravan dodir s bolesnicima i njihovom okolinom. Dio smjernica namijenjen je pacijentima i posjetiteljima.

U radu su opisane definicije za higijensko pranje i utrljavanje ruku, istaknuta je važnost načina pranja i utrljavanja kao i vrijeme trajanja postupka. Opisan je koncept „Mojih pet trenutaka“, a definirana su i sredstva koja se koriste za provođenje optimalne njege i higijene ruku.

Cilj provedenog istraživanja početkom mjeseca rujna 2015. godine bio je ispitati provode li zdravstveni radnici KB „Sveti Duh“ optimalnu higijenu ruku, te da li postoji posvećenost institucije u promociji i implementaciji higijene ruku. Istraživanje je provedeno na uzorku od 90 zdravstvenih radnika, a za prikupljanje podataka korišten je anketni upitnik. S obzirom na dobivene rezultate utvrdit će se potreba za daljnjom edukacijom zdravstvenih radnika o pravilnoj higijeni ruku u svrhu sprječavanja nastanka bolničkih infekcija.

KLJUČNE RIJEČI: higijena ruku, smjernice, bolničke infekcije, zdravstveni radnici, mikroorganizmi



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

PRIMJENA ANALGEZIJE PUTEM RANSKOG KATETERA

Janja Andrijašević, Ankica Mick, Jasmin Babić
Odjel za anesteziju reanimaciju i intenzivno liječenje
Opća i veteranska bolnica Hrvatski ponos, Knin

Primjena analgezije putem ranskog katetera u svijetu se provodi zadnjih 30 godina, a kod nas je tek zaživela zadnjih pet godina.

Ranski kateter je intraoperativno postavljeni kateter u rani, koji služi postoperativnoj analgeziji. Koristi se u abdominalnoj, torakalnoj i maksilofacijalnoj kirurgiji, urologiji i ginekologiji. Postavljanje katetera se odvija u operacijskoj dvorani prije zatvaranja rane. Izbor veličine katetera ovisi o vrsti zahvata. Materijali od kojih je sačinjen ne ometaju prirodni proces cijeljenja rane. Primjena analgezije započinje u operacijskoj dvorani, a nastavlja se u jedinici intenzivnog liječenja. Stabilnim i kontroliranim protokom pomoću infuzijskih pumpi, infuzomata ili dosi fussera lokalni anestetik se pomoću ovog katetera dovodi u kiruršku ranu. Najčešći lijekovi koji se primjenjuju ovim putem su levobupivacaine ili ropivacaine u dozi 0,25%. Na temelju subjektivne i objektivne procijene boli titrira se doza analgezije od 6-8 ml/h i daju se dodatno intravenski analgetici. Stalnim nadzorom i monitoringom pacijenta medicinska sestra pravovremeno uočava spriječava nastanak mogućih komplikacija vezanih za ovaj način postoperacijske analgezije. Pridržavanjem aseptičnih uvjeta rada te provođenjem odgovarajuće zdravstvene njege bolesnika komplikacije gotovo da i nema. U jedinici intenzivnog liječenja Opće i veteranske bolnice „Hrvatski ponos“ Knin (OVB) promatranjem i bilježenjem vitalnih funkcija kao i procjenom boli kod 23 pacijenta nakon operacije karcinoma crijeva uočeno je da pacijenti uz primjenu analgezije putem ranskog katetera nisu imali bol ili je ona bila veoma niskog intenziteta. Mobilnost pacijenata je poboljšana kao i uspostava peristaltike te samim tim i skraćena duljina boravka pacijenata u bolnici.

KLJUČNE RIJEČI: ranski kateter, postoperativna bol, intervencije medicinske sestre, zdravstvena njega



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ABDOMINALNI PERFUZIJSKI TLAK KAO POKAZATELJ UGROŽENOSTI BOLESNIKA PRIKAZ SLUČAJA

Ružica Žilić, Vesna Bratić, Marija Crnjac, Filip Šamec
Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, KBC Zagreb

U tijelu se nalazi nekoliko područja u kojima nenadano povećanje volumena tkiva i organa dovodi do povećanja tlaka u tim područjima, nakon čega lako nastane compartment sindrom. Povećanje tlaka u tkivima najprije uzrokuje ometano otjecanje krvi (venska staza), a u konačnoj fazi tlak je toliko visok te uzrokuje zastoj arterijskog protoka i ometanu prokrvljenost tkiva (lokalna stagnacijska hipoksija) s posljedičnom ishemijom organa. Područja u kojima lako nastaje povećanje tlaka i compartment sindrom su lubanjska šupljina, ekstremiteti, prsni koš i abdomen.

Tlak u trbušnoj šupljini (intraabdominalni tlak) jednak je nuli, jednak atmosferskom tlaku. Ako vrijednosti intraabdominalnog tlaka prelaze 12 mmHg govori se o intraabdominalnoj hipertenziji (IAH), s posljedičnim većim mortalitetom bolesnika. IAH je prisutna u 20-80% kritično oboljelih bolesnika. Ukoliko se tlak u abdomenu povećava, produbljuje se hipoksično oštećenje tkiva što dovodi do zatajenja organa. O abdominalnom compartment sindromu govori se u slučaju porasta IAP-a >25 mmHg ili ukoliko se istovremeno pojavi novo zatajenje barem jednog organa. Najčešće se opaža smanjenje satne diureze i pojava oligoručino/anuričnog zatajenja bubrega. Intrabdominalna hipertenzija i abdominalni compartment sindrom dovode do aktivacije sistemskog upalnog odgovora i multiorganskog zatajenja (uključujući i akutni respiratorni distress sindrom), sa stopom mortaliteta oko 80%.

KLJUČNE RIJEČI: intrabdominalni tlak, intrabdominalna hipertenzija, compartment sindrom



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

PALIJATIVNA SKRB U AMBULANTI ZA BOL

Anastazija Šantić

Klinika za tumore

Zavod za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje

KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

Palijativna skrb kao pojam je ušla u Zakon o zdravstvenoj zaštiti RH 2003. godine, međutim do danas se ništa od planiranog nije realiziralo. Također, edukacija je nedostatna. Ambulanta za bol u Klinici za tumore KBC-a Sestara milosrdnica radi od 1994. godine; jedno vrijeme djeluje pod nazivom Služba za liječenje boli i terminalnu skrb. Danas unutar Zavoda za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje djeluje i Savjetovalište za nutritivnu potporu onkoloških bolesnika, a unutar Poliklinike su dostupni psihijatar i genetičko savjetovalište. Rad prikazuje nekoliko slučajeva iz svakodnevne prakse.

KLJUČNE RIJEČI: palijativna skrb, ambulanta za bol, onkološki pacijent



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

STEREOTIPI U SESTRINSTVU

Leopold Šprem, Ivana Herceg, Marija Demir, Adriano Friganović
Odjel za anesteziju i intenzivno liječenje kardiokirurških bolesnika
Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, KBC Zagreb

Stereotipi su spoznajni okviri gdje su karakteristike udijeljene cijeloj grupi ljudi.

Oni su definirani kao: "pretpostavljanje unaprijed da neka osoba ili grupa ima jednu ili više određenih osobina, zato što većina članova te grupe ima (ili se smatra da imaju) iste te osobine". Medicinska sestra/medicinski tehničar je osoba koja se brine i njeguje pacijente. Postoje mnogi stereotipi o našoj profesiji koji su nametnuti od strane medija, liječnika i ostale populacije. Neki od najčešćih stereotipa koji se vežu uz našu profesiju su: isključivo žensko zanimanje, simboli erotskih fotografija, sluškinje, anđeli ili ubojice, očajno zaljubljene u doktora, te med. tehničari koji se predstavljaju kao feminizirani ili homoseksualci. Stereotipi se sastoje od niza negativnih značajki koji u cjelini tvore predrasude. O nama kao medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima postoje mnoge predrasude. Prikazani smo u pozitivnom, ali više u negativnom kontekstu što nam otežava razbiti te predrasude. Najbolji način da se suzbiju predrasude i stereotipi je trajno usavršavanje i obrazovanje medicinskih sestara i medicinskih tehničara. Važno je znanje, profesionalno ponašanje i samosvijest pojedinca da se profesija podigne na dostojanstveni nivo i zasluži mjesto u zdravstvu koje nam zaista pripada.

KLJUČNE RIJEČI: stereotipi, sestrinstvo, medicinska sestra/tehničar



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ULOGA ANESTEZIOLOŠKOG TEHNIČARA PRILIKOM UVOĐENJA FEMORALNOG KATETERA U SVRHU DAVANJA ANALGEZIJE

Agneza Glavočić

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za traumatologiju

U Klinici za traumatologiju femoralni kateter se postavlja u svrhu davanja analgezije kod izvođenja kirurških zahvata u predjelu koljena i izvođenju fizikalne terapije nakon operacije koljena. Postavlja se u operativnoj sali u strogo septičnim uvjetima od strane anesteziološkog tima - anesteziolog - anesteziološki tehničar. Anesteziolog upoznaje bolesnika sa postupkom postavljanja katetera, te sa komplikacijama zahvata, bolesnik potpisuje pristanak za postavljanje femoralnog katetera. Anesteziološki tehničar priprema potreban pribor i samog bolesnika. Potrebno je postaviti venski put i pripojiti pacijenta na monitoring u svrhu praćenja vitalnih znakova i EKG-a. Prilikom samog postavljanja katetera potrebna je maksimalna suradnja između bolesnika i anesteziološkog tima, bolesniku se u tijeku zahvata objašnjavaju svi postupci. Anesteziološki tehničar mora biti upoznat sa tehnikom postavljanja femoralnog katetera, te sa mogućim komplikacijama kako bi mogao asistirati anesteziologu, te pravovremeno reagirati u slučaju pojave komplikacije.

KLJUČNE RIJEČI: bolesnik, anesteziološki tehničar, femoralni kateter



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ATRIJSKI SEPTALNI DEFEKT – PERKUTANO ZATVARANJE „KIŠOBRANOM“

Romana Palić, Daniela Šmalcelj, Irena Ošljaj, Željka Guberac, Višnja Ivančan, Ivan Malčić, Joško Bulum
KBC Zagreb

Atrijski septalni defekt (ASD) čini oko 8% od svih prirodnih srčanih grešaka. Nastaje zbog nepotpunog zatvaranja pregrade između srčanih pretklijetki. Postoje tri osnovna tipa ASD. defekta: 1. Ostium secundum (ASD II) – nalazi se na razini fosse ovalis, 2. Ostium primum (ASD I) – nalazi se u anteroinferiornom dijelu septuma, 3. Sinus venosus – nalazi se u stražnjem dijelu septuma, blizu ušća gornje ili donje šuplje vene (gornji i donji sinus venosus). U većine djece interatrijska se pregrada potpuno zatvara spajanjem primarnog i sekundarnog septuma. Nepotpuno zatvaranje pregrade na jednoj od spomenutih razina razlogom je nastanka atrijskog septalnog defekta. Djeca s ASD-om u nižim dobrim skupinama obično nemaju simptome, ali zaostaju u rastu na tjelesnoj težini i visini i skloni su respiracijskim infekcijama. Slučajni nalaz grubljeg, ali tihog sistoličkog šuma na bazi srca prilikom rutinskog pregleda, skreće pozornost na moguću srčanu grješku i navodi na dalje ispitivanje srca i dijagnosticiranje atrijskog septalnog defekta. Perkutano zatvaranje ASD-a alternativa kirurškom zatvaranju kod djece s pogodnom građom defekta. Za ovu neoperativnu intervenciju pogodni su pacijenti s ASD II, a drugi tipovi ne dolaze u obzir. I među ovim defektima 40 posto ima neke kontraindikacije (prevelikog promjera, preblizu gornjoj šupljaj veni): Idealna za zatvaranje je ASD II, promjerom manji od 15 mm, oštro ograničenih rubova i postojanjem rubnog tkiva prema aorti i gronjoj šupljaj veni najmanje 5 mm. Perkutano zatvaranje ASDa II provodi se u sali za intervencijsku kardiologiju odnosno kardiološkom laboratoriju gdje se iziskuje partnerska i profesionalna suradnja između specijalista intervencijske pedijatrijske kardiologije, kardijalnog kirurga (stand-by), educiranih i specijaliziranih medicinskih sestara - instrumentarki, anesteziologa i anesteziološkog tehničara, te inženjera radiologije. Niz metoda i procedura čine karike u lancu koje su usmjerene na pravovremeno prepoznavanje komplikacija i metode liječenja. Uloga medicinske educirane sestre u intervenciji je neprocjenjiva. Odgovorna je za osiguranje uvjeta po načelima antiseptice i asepse, pripreme sale i potrebnog sterilnog specijalnog pribora odnosno katetera za zahvat, kvalitetan i realan psihološki pristup djetetu koji je usmjeren na opservaciju prije, za vrijeme i nakon intervencije te rukovanje sa sofisticiranim materijalom. Samu veličinu i još veću odgovornost uloga naših sestara dobiva na tome što smo jedini tim koji ima opremljenu salu za intervencije kod djece u Kliničkom Bolničkom Centru Zagreb. Prvo zatvaranje defekta interatrijskog septuma učinjeno je 2000.g. Komplikacija koja je tada uslijedila bila je migracija kišobrana u lijevi atrij, te nam je taj neželjeni incident usporio razvoj ove metode. Međutim, daljnjim usavršavanjem postigli smo zavidne rezultate te, u periodu. Do 2015. godine zatvoren je defekt na razini Fosse ovalis (ASD II, PFO jednostani i cribriformni) u više od 150 djece. Intervencija se izvodi u općoj anesteziji gdje vrlo važnu ulogu imaju anesteziolog i anesteziološki tehničar koji sediraju dijete neposredno prije početka intervencije kako bi spriječili neugodu kada se pod kontrolom ultrazvuka uvodi ultrazvučna sonda kroz usta postavljena u jednjak (TEE), za vrijeme intervencije prate hemodinamske i ostale vitalne parametre, doziraju sedaciju te aktivno surađuju sa ostatkom tima. Nakon sterilnog pokrivanja i dezinfekcije obih prepona, punktira se djetetu femoralna vena, te se metodom po Seldingeru uvodi sustav za perkutano zatvaranje ASD-a II. Umetak koji se popularno zove „kišobran“ postavlja se pod kontrolom rentgena i transezofagijske ehokardiografije na razinu samog defekta, tako da se jedan disk otvara u desnoj, a drugi u lijevoj pretklijetki. Kad smo sigurni da je umetak na pravom mjestu, on se otpušta dogovorno između operatera i TEE pratioca. Time je Amplatzer septal Occluder („kišobran“) ugrađen u interatrijski septum i defekt je zatvoren neoperacijski, dakle perkutanom putem. Vrlo je važan korektan i kvalitetan odnos unutar tima koji se svojom dinamikom i retorikom odgovorno nosi s činjenicom da su medicinske sestre neizostavan partner u svakom složenom procesu i da su izazov baš ovakvi slučajevi. Njih je potrebno strukturalno prenositi edukacijom ostalim kolegicama kako bi ojačali multidisciplinarni pristup kao egzaktnu činjenicu međusobne profesionalne edukacije i suradnje. Također je neophodan dijalog usavršavanja koji će u budućnosti osvijetliti put kvalitetnim smjernicama i postupcima kao stup sestrinske skrbi i intervencija za naše „male i velike“ pacijente.

KLJUČNE RIJEČI: atrijski septalni defekt, perkutano zatvaranje, medicinska sestra/tehničar



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE ORGANIZACIJA TRANSPORTA UZORAKA DOBROVOLJNIH DAVATELJA KRVI ZA NAT TESTIRANJE U REPUBLICI HRVATSKOJ

Jadrešić L, Iveljić M, Valentić J, Čuruvija I, Marković M, Safić H, Babić I, Đogić V, Bingulac-Popović J, Juraković Lončar N, Strauss-Patko M, Jukić I.

Hrvatski Zavod za transfuzijsku medicinu (HZTM), Odsjek za NAT testiranje davatelja krvi

Odsjek za NAT (engl. Nucleic Acid Testing) testiranje dobrovoljnih davatelja krvi (DDK) započeo je sa radom u ožujku 2013. g. u sklopu Odjela za molekularnu dijagnostiku HZTM-a u Zagrebu, za sve prikupljene donacije krvi u Republici Hrvatskoj. Osim davatelja krvi testiraju se i svi davatelji organa, tkiva i matičnih stanica te autologne donacije. Testiranje se izvodi na individualnoj donaciji (ID NAT), Procleix Ultrio Plus testom na 3 Tigris uređaja (Grifols, Španjolska). Triplex testom se istovremeno detektiraju sve tri nukleinske kiseline virusa HIV-1 RNA, HCV RNA i HBV DNA.

Za ID NAT testiranje koristimo uzorak plazme iz krvi uzete u EDTA epruvetu, dostavljene i centrifugirane unutar 72 h od uzimanja. Dostava uzoraka je centralizirana i obavlja ju ista dostavna služba cestovnim ili zračnim prometom za sve transfuzijske centre radnim danom i subotom u večernjim satima. Testiraju se uzorci iz 7 transfuzijskih centara: HZTM, TC Osijek, TC Split, TC Rijeka, TC Dubrovnik, TC Varaždin i TC Zadar. Ambalaža u kojoj se dostavljaju uzorci zadovoljava zahtjeve pakiranja za biološke i infektivne tvari sukladno UN3373. Informatizacija transfuzijske medicine u RH provedena je u sklopu centralizacije transfuzijskih centara. Slanje podataka o uzorcima i rezultatima NAT testiranja vrši se putem transfuzijskog informacijskog sustava e-Delphyn. Pri primitku uzoraka kontrolira se broj uzoraka i uspoređuje s pristiglom listom iz e-Delphyn-a. Testiranje započinje istu večer po primitku, nastavlja se tijekom noći bez intervencija operatera. Validacija rezultata je iduće jutro. Dnevno se obradi od 700-1000 uzoraka iz svih centara, od toga 300-400 uzoraka stiže centraliziranom dostavom. Problemi s dostavom su vrlo rijetki, a vezani su uz vremenske neprilike ili ljudsku grešku. Uvođenje još jednog obveznog probirnog testa za sve donacije prikupljene u RH centralizacijom testiranja i organizacijom dostave nije dovelo do problema u pravovremenoj dostupnosti krvnih pripravaka a povećalo je sigurnost istih.

KLJUČNE RIJEČI: NAT testiranje, dobrovoljni davatelji krvi (DDK), organizacija transporta uzoraka



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

INTRAVENSKA KANILA – IZVOR, PUT I ULAZNO MJESTO ZA NASTANAK I PRENOŠENJE INFEKCIJE

Mrakić Ekrem
J.U.Bolnica Travnik
Univerzitet „Vitez“ Vitez

Pisati o intravenskoj kanili kao izvoru, putu i ulaznom mjestu za nastanak i prenošenje infekcije, čini se arhaično. Međutim, svakodnevna praksa (često pogrešna) nalaže nam da se podsjetimo na sve rizike koje sa sobom nosi intravenska aplikacija lijeka.

Želim staviti naglasak na aplikaciju anestetika i drugih medikamenata pri izvođenju anestezije, imajući u vidu specifičnosti u sastavu, pakiranju i učestalosti korištenja istih.

Ogroman broj ljudi u svijetu je nosilac HBV (3-5%), HCV (3%), ali ne smijemo zaboraviti ni HIV pozitivne (40 000 000) osobe. Aplikacija intravenske kanile, njeno korištenje i održavanje kod takvih pacijenata zahtijeva izuzetnu pažnju. Ona postaje izvor i put širenja infekcije, ali i ulazno mjesto za zdrave pacijente, ukoliko ne radimo po svim principima aseptičnog rada.

Moramo se voditi pretpostavkom da je krv potencijalno infektivna, ukoliko nije urađen test na pomenute viruse (1), te se prema njoj tako i odnosimo. Oni koji rade u kliničkoj praksi svakodnevno koriste intravensku kanilu za aplikaciju medikamenata i svjedoci su često neadekvatnog održavanja intravenske kanile. Ukoliko se ne držimo aseptičnog rada, mi postajemo vektori, koji prenose infekciju sa bolesnog na zdravog pacijenta. To će se desiti ukoliko set medikamenata koji pripremamo za anesteziju ne pripremimo i ne dajemo pod strogo aseptičnim uslovima, pazeći da ni u jednom trenutku intravenska kanila, medikament ili šprica ne postane dio zatvorenog Vogralikovog lanca u nastanku i širenju infektivne bolesti, sa posebnim osvrtom na prije navedene HBV, HCV i HIV. Ovo naglašavam zbog toga što su pakiranja medikamenata za anesteziju često veća od količine lijeka koju planiramo dati jednom pacijentu, ali i njihov sastav može biti takav da su dobra podloga za rast mikroorganizama (npr. Propofol).

Individualno doziranje, odnosno navlačenje medikamenata iz većih pakovanja, korištenje beziglenih pripoja (sa pozitivnim potiskom), ili skretnica na infuzionim sistemima sačuvati će pacijenta od katastrofalne pogreške, kakva je prijenos infekcije, ali i nas kao odgovornu osobu za aplikaciju lijeka.

KLJUČNE RIJEČI: prenošenje infekcije, Vogralikov lanac, aseptičan rad, intravenska kanila



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

SESTRINSKI POSTUPCI KOD TROMBEKTOMIJE

Maja Pavković
KBC Zagreb

Moždani udar je rapidni gubitak moždane funkcije zbog poremećaja dotoka krvi u mozak. Može nastati zbog ishemije (nedostatak protoka krvi) uzrokovane blokadom (tromboza, arterijska embolija) ili zbog krvarenja. Kao rezultat zahvaćeno područje mozga ne može funkcionirati što može rezultirati u nemogućnosti osobe da pomakne jedan ili više udova na zahvaćenoj strani, nemogućnošću razumijevanja govora ili formuliranja riječi, nemogućnošću vida na jednoj strani vidnog polja.

Moždani udar zahtjeva hitnu medicinsku pomoć. U Republici Hrvatskoj prvi je uzrok smrtnosti i invalidnosti. U ishemijskom moždanom udaru, dotok krvi u odrađeni dio mozga je umanjen ili prekinut, što dovodi do disfunkcije moždanog tkiva u zahvaćenom području. Postoje četiri razloga zbog kojih se ovo može dogoditi:

1. Tromboza (opstrukcija krvne žile lokalno formiranim krvnim ugruškom)
2. Embolija (opstrukcija uzrokovana ugruškom koji je nastao negdje drugdje u tijelu)
3. Sistemska hipoperfuzija (opće smanjenje krvnog protoka)
4. Venska tromboza

Moždani udar se dijagnosticira putem nekoliko tehnika: neurološki pregled (poput Nihss skale), CT (najčešće bez kontrastnog pojačanja) ili MR, Doppler ultrazvuk i arteriografija.

Jedan od liječenja ishemijskog moždanog udara je tromboliza. Koristi se rekombinantni aktivator tkivnog plazminogena (rtPA) unutar tri sata od nastupa simptoma ako nisu prisutne kontraindikacije (poput abnormalnih vrijednosti laboratorijskih testova, visoki krvni tlak ili nedavni kirurški zahvati).

Drugi način liječenja je trombektomija. Trombektomija može biti mehanička i aspiracijska. Mehanička trombektomija se radi tako da se stent-retriever postavi na mjesto okluzije tj. tromboze i nakon nekoliko minuta povuče nazad u kateter s idejom da se zajedno s njim uvuče tromb. Kod aspiracijske trombektomije se koristi sustav Penumbra. On djeluje tako da uspostavlja ponovno kolanje krvi u pogođenom području mozga, te tako sprječava trajni gubitak moždanih stanica i oštećenja mozga. Postupak uključuje umetanje katetera u krvnu žilu kroz preponu, koji putuje do vrata. Zatim se još manji kateter postavi u mozak pored ugruška koji se usiše.

KLJUČNE RIJEČI: trombektomija, moždani udar, sestrinski postupci



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ZBRINJAVANJE BOLESNIKA SA OPEKLINOM

Željka Panić , Valentina Štrbac, Janja Modrić
Klinika za traumatologiju, Zavod za opekline
KBC Sestre milosrdnice

Opekline su ozljede koje imaju dramatičan početak i neizvjesan ishod. Pacijent sa opeklinama proživljava jedno od najtežih psihičkih i fizičkih iskusta. Ozljeda uzrokuje oštećenje kože i svih organskih funkcija . S obzirom na zahvaćenost, dubinu i intenzitet ozljede opekline dovode do stanja teške kliničke slike te zahtijevaju provođenje postupaka osnovnog održavanja života. Vrijeme od nastanke ozljede diktira tempo i način zbrinjavanja. Osnovni sestrinski prioriteti pri primitku bolesnika s visokim postotkom opekline su slijedeći: održavanje prohodnosti dišnih puteva, uspostava cirkulirajućeg volumena i ublažavanje boli. Idealan pristup pacijentu zahtijeva multidisciplinarni tim. U centru tog tima je sestra koja svojim znanjem i vještinama znatno doprinosi zbrinjavanju pacijenta i prevenciji komplikacija.

KLJUČNE RIJEČI: opekline, dišni put, nadoknada volumena, bol



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

KONTROLA KVALITETE KONCENTRATA OPRANIH ERITROCITA SA SMANJENIM BROJEM LEUKOCITA

Đurić D. , Gulan Harcet J., Grdić A., Salečić M., Božić B.
Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Zagreb

Uvod

Koncentrat opranih eritrocita sa smanjenim brojem leukocita (KOE/ SBL) je pripravak dobiven višestrukim pranjem koncentrata eritrocita sa smanjenim brojem leukocita (KE/ SBL) u izotoničnoj otopini 0,9 %-tnog NaCl-a. Uloga kontrole kvalitete kod ove vrste pripravka je osigurati što veću sigurnost transfuzijskog liječenja s obzirom da je jedna od indikacija za primjenu tog pripravka i intrauterina transfuzija (IUT). U skladu s tim, provodi se 100%-tna kontrola opranih eritrocita.

Ciljevi

Preciznim radom djelatnika te validiranom i održavanom opremom u Odjelu za kontrolu kvalitete zadovoljavaju se specificirani zahtjevi u visokom postotku. Indikacija za primjenu opranih eritrocita je korekcija anemije kod bolesnika koji na transfuzijsko liječenje reagiraju febrilnim i/ ili alergijskim reakcijama, a istovremeno se sprječava imunizacija HLA antigenima. Oprani eritrociti indicirani su i u liječenju bolesnika s paroksizmalnom noćnom hemoglobinurijom te kod bolesnika s AIHA uzrokovanom hladnim protutijelima i kliničkim znakovima hemolize. Jedan od glavnih ciljeva je odgovoriti pozitivno na zahtjev korisnika kada su u pitanju određeni parametri koji olakšavaju provođenje transfuzijskog liječenja (vrijednost hematokrita u KOE/ SBL za intrauterinu transfuziju je 0, 7-0, 85 te vrijednost hematokrita za ostale indikacije 0, 65-0,75).

Metode

Svi proizvedeni pripravci podliježu kontroli volumena, hemoglobina i hematokrita na hematološkom analizatoru CELL Dyn Ruby dok se ostatni proteini, postotak hemolize i sterilitet određuju u minimalno 4 doze mjesečno.

Rezultati

Kontinuirana kontrola kvalitete tijekom proizvodnje, a prije izdavanja pripravaka pridonosi rezultatima koji su unutar specificiranih zahtjeva. U 2015.godini ukupno je kontrolirano 116 pripravaka opranih eritrocita (10 pripravaka za IUT i 106 pripravaka za ostale indikacije). Postotak zadovoljenja zahtjeva za IUT je iznosio 70, 00 %, a za ostale indikacije 99, 06 %.

KLJUČNE RIJEČI: koncentrat opranih eritrocita, kontrola kvalitete, intrauterina transfuzija



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

MEHANIČKA VENTILACIJA I ZDRAVSTVENA NJEGA PACIJENTA NA MEHANIČKOJ VENTILACIJI

Jadranka Zagorec

Odjel za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje
OB Varaždin

Mehanička ventilacija je način disanja pomoću respiratora. To je privremena mjera podrške plućnoj funkciji sve dok pacijent ne uspostavi spontano disanje bez dodatne pomoći.

Zdravstvena njega pacijenta na mehaničkoj ventilaciji zahtjeva kompleksan sistem znanja i vještina cjelokupnog zdravstvenog tima. Posebnu pažnju treba posvetiti higijenskim uvjetima u svrhu sprečavanja različitih vidova infekcija kao jednog od bitnih preduvjeta za uspješno ozdravljenje pacijenta. Infekcije nastale za vrijeme trajanja liječenja pacijenta u jedinicama intenzivnog liječenja značajan su zdravstveni i financijski problem. Najučestalija komplikacija u jedinicama intenzivnog liječenja je pneumonija povezana sa ventilatorom. Cilj zdravstvene njege takvog bolesnika je poboljšati njegovo zdravstveno stanje i pružiti mu njegu u skladu s njegovim osnovnim ljudskim potrebama. Medicinska sestra radi plan zdravstvene njege, radi u suradnji s liječnicima, bolesnikom, bolesnikovom obitelji i s ostalim članovima tima.

KLJUČNE RIJEČI: mehanička ventilacija, respiratori, zdravstvena njega, infekcije



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

IZVOĐENJE REGIONALNE ANESTEZIJE ULTRAZVUČNOM METODOM

Marija Karača, Zdravka Mihaljević, Matija Bagarić
Klinički bolnički centar Zagreb
Klinika za ortopediju

Regionalna anestezija je postupak kojim se anestezira samo određeni dio tijela. Uključuje centralne nervne blokove (spinalna, epiduralna) i blokove perifernih živaca. U Klinici za ortopediju najčešće se koriste aksilarni i interskalenski blok za anesteziju gornjih ekstremiteta te femoralni i poplitealni blok za donje ekstremitete. Za prepoznavanje i lociranje živaca koristimo se neurostimulatorom ili ultrazvukom. Zbog vizualne identifikacije živaca te ostalih struktura izvođenje regionalne anestezije ultrazvukom je najsigurnija tehnika vođenja igle prema živcu. Na Klinici za Ortopediju KBC Zagreb ova metoda se primjenjuje od 2013. godine. Osobito je pogodan kod anatomskih anomalija i pretilih bolesnika gdje zbog vizualne identifikacije značajno olakšava izvođenje perifernih blokova.

Za ultrazvuk postoje dvije vrste sonde, sonda visoke frekvencije kojom se prikazuju strukture manje od 4 cm ispod kože i sonda niske frekvencije za prikazivanje dubljih anatomskih struktura. Prednosti ultrazvučne tehnike su vizualizacija živaca i okolnih struktura kao što su vene i arterije, korištenje manjih doza anestetika uz veći postotak uspješnosti bloka, veća sigurnost bolesnika, manji broj komplikacija, duže trajanje bloka a samim time i duža postoperacijska analgezija.

Anesteziolog u anesteziološkoj ambulanti odlučuje koja metoda anestezije će biti primjenjena te upoznaje bolesnika s tehnikom izvođenja bloka, prednostima regionalne anestezije i mogućim komplikacija.

Za izvođenje uspješne anestezije potrebna je dobra prijeoperacijska priprema bolesnika, pravilna tehnika izvođenja te suradnja tima i bolesnika. Za dobru prijeoperacijsku pripremu važna je uloga medicinske sestre koja je u neposrednom kontaktu s bolesnikom te sudjeluje u pripremi bolesnika. Za vrijeme izvođenja bloka sestra je dio tima koji izvodi anesteziju, priprema bolesnika, priprema lijekove i opremu potrebne za izvođenje bloka, pomaže anesteziologu u izvođenju bloka, promatra bolesnika te ukazuje na moguće nuspojave i komplikacije. Timskim radom i potrebnim znanjem o regionalnoj anesteziji medicinska sestra omogućuje sigurno i uspješno izvođenje regionalne anestezije te na taj način pridonosi uspješnosti liječenja ortopedskih bolesnika.

KLJUČNE RIJEČI: ultrazvuk, regionalna anestezija, priprema bolesnika



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

KONCENTRATI TROMBOCITA U ADITIVNOJ OTOPINI

I. Vuković, Ž. Josipović, S. Stanešić, Z. Vuković, M. Liker, M. Strauss Patko, I. Jukić
Odsjek za prijem, skladištenje, distribuciju i izdavanje krvnih pripravaka.
Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu

Do 1991. godine, kada je proizvedena prva aditivna otopina u komercijalne svrhe, koncentracije trombocita su se čuvali isključivo u plazmi. Od tada se stalno razvijaju nove otopine u koje se dodaju različite supstance kako bi se optimizirali uvjeti skladištenja odnosno smanjila aktivacija i poboljšao metabolizam trombocita.

Trenutno se za skladištenje koncentrata trombocita koriste aditivne otopine u omjeru 30% plazme i 70% aditivne otopine. U fazi ispitivanja su otopine koje trebaju još manji udio plazme u pripravku (10% i manje). Sve otopine sadrže acetat, citrat i fosfat, novije generacije otopina sadrže kalij i magnezij a najnovije generacije sadrže i glukozu. Sam proces proizvodnje koncentrata trombocita u aditivnoj otopini ne razlikuje se uvelike od proizvodnje koncentrata trombocita u plazmi osim što je potrebno prilagoditi parametre centrifugiranja. Međutim, proces pripreme za proizvodnju koncentrata trombocita je olakšan jer nije potrebno ostavljati plazmu koja se kasnije pulira s četiri sloja leukocita i trombocita s obzirom da se umjesto nje stavlja aditivna otopina.

S obzirom da je u koncentratu trombocita u aditivnoj otopini smanjena količina plazme u pripravku:

- smanjuje se broj postransfuzijskih reakcija osobito alergijskih, ali i febrilnih reakcija, a moguće i TRALI-ja
- smanjuje se mogućnost hemolize kao posljedice ABO nepodudarnosti
- prikuplja se dodatna količina plazme koja se onda može koristiti za kliničku uporabu ili za frakcioniranje
- olakšava bakterijska detekcija i inaktivacija patogena

Koncentracije trombocita u aditivnoj otopini nude određene prednosti kako za banke krvi tako i za bolničke transfuzije odnosno bolnice u cjelini. Bolnice će imati koristi od manjeg broja postransfuzijskih reakcija u primatelja jer one predstavljaju dodatan posao za liječnike i medicinske sestre, ali i dodatni trošak. Banke krvi će imati koristi od veće raspoložive količine plazme za kliničku uporabu i frakcioniranje, lakšeg planiranja proizvodnje koncentrata trombocita i izostanka dodatne prerade koncentrata trombocita u slučaju ABO nepodudarnosti.

KLJUČNE RIJEČI: trombociti, aditivna otopina



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

SPINALNA ANALGEZIJA KOD VAGINALNOG PORODA

Sandra Dujić, Biserka Mirt, Drita Bubnić
Klinika za anesteziologiju i intenzivno liječenje, KBC Rijeka

Bol tijekom vaginalnog poroda izaziva stres i niz patoloških promjena. Anestezija za vaginalni porod mora pružiti analgeziju, miran porođaj i rođenje zdravog djeteta. Regionalna anestezija je jedina koja pouzdano kontrolira bol. Vrste regionalne anestezije su EPA, SAB, KOMBI.

Epiduralnu analgeziju primjenjujemo od 2002. godine u Riječkom rodilištu od 0-24 sata. Iz godine u godinu broj epiduralnih analgezija raste u odnosu na broj poroda. Epiduralnom analgezijom nisu bile obuhvaćene roditelje sa većim nalazom na ušću iznad 8 cm čime su bile zakinite za obezboljenje u odnosu na ostale roditelje. to se mijenja 21.03.2013. godine počinjemo kontinuirano primjenjivati SAB.

Prednosti SAB-a: manja količina lijekova, analgezija za 2-7 minuta, jak senzorni blok, nema motorne blokade, hemodinamska stabilnost, bez utjecaja na CTG.

Indukacija za SA se postavlja od strane ginekološkog i anesteziološkog tima. Indikacije : povoljan nalaz na ušću od 6 cm i više, očekivani izgon unutar 2 sata, bol na VAS skali od 8-10.

Koriste se lijekovi : lokalni anestetici (bupivacain 0,5% , 2,5-5 mg), opioidi (sufentanyl 2,5µg)

Uloga med. sestre : priprema pribora za iniciranje SAB-a, priprema pacijentice, uvođenje i.v. puta, hidracija, monitoriranje, namještanje pacijentice u odgovarajući položaj, nadzor nakon iniciranja lijekova. U riječkom rodilištu je obuhvaćeno oko 30% žena regionalnom analgezijom.

Uvođenje u praksu SA u rađaonicu omogućili smo svim roditeljama analgeziju za vrijeme vaginalnog poroda koja više ne predstavlja luksuz nego i medicinsku indikaciju. Spinalnom anestezijom omogućili smo obezboljenje roditelja s nalazom na ušću od 6 cm i više postigli smo obezboljenje u najkraćem roku bez ispada motorike i dobili smo roditelju koja je opuštena, zadovoljna i skoncentrirana na sudjelovanje u završetku poroda

KLUČNE RIJEČI: porod, spinalna analgezija



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ETIKA VS ZAKON U ANESTETIČARSKOJ PRAKSI

Mevludin Babajić, Soniboj Pejzić, Zlatko Osmanović
Klinika za anesteziologiju i reanimatologiju
JZU UKC Tuzla

Riječ etika ima svoj korijen u grčkoj riječi (ethicos(grč.)= što znači običaj,naviku,a kao nauka je dio filozofije. Usvakodnevnom životu kada spomenemo tu riječ na umu imamo moralnost,pravičnost i čistoću neke profesije. Riječ versus u latinskom jeziku znači;naspram,protiv,a njena skraćenica vs se koristi u engleskom jeziku. Pisati o etici i njenom sukobljavanju sa zakonom je,između ostalog, dio bremena zdravstvenih radnika kojeg moraju ponijeti u ovom vremenu,vremenu koje traži znanje,brzinu,efikasnost,ekonomičnost ali i kvalitetnu uslugu.

Etika,kao nauka o moralu,je klasična filozofska disciplina.Njeni korijeni su daleko u ljudskoj historiji i kroz vrijeme se diferencirala za mnoga područja ljudskog djelovanja.Danas etika razmatra ponašanja u obrazovanju,sudstvu,medicini,novinarstvu, itd.

ZAKOVSKI OKVIRI

Zbog nepostojanja ministarstva zdravstva na državnom nivou,zakone iz oblasti zdravstva donose entiteti F BiH,RS,te distrikt Brčko. Zakonski okviri u kojima anestetičari u FBiH djeluju su postavljeni kroz primjenu nekoliko zakona i podzakonskih akata. Zakon o zdravstvenoj zaštiti F BiH ,Zakon o sestrinstvu/primaljstvu F BiH,Zakon o pravima pacijenata F BiH su zakoni koji reguliraju zdravstveni sistem entiteta F BiH,a „Plava knjiga „ F BiH predstavlja podzakonski akt koji tretira problematiku standarda i normativa kadra. U već usvojenim zakonima najavljeni su podzakonski akti koji će detaljnije pojasniti pitanja specijalizacija pojedinih zdravstvenih kadrova,između ostalih i anestetičara.

ETIKA VS ZAKON

Anestetičar se u svojoj svakodnevnoj praksi susreće sa različitim situacijama koje ga tjeraju na samostalno odlučivanje i poduzimanje određenih medicinsko-tehničkih radnji,a sve u cilju benefita pacijenta i povoljnog ishoda njegovog liječenja ili KPCR-e.Svako samostalno djelovanje izvan anesteziološkog tima predstavlja vanzakonsko djelovanje ,iako se donekle može pokrivati činjenicom da anestetičar djeluje prema uputstvu anesteziologa.

Pacijent očekuje uslugu onoga ko mu je zna pružiti.Anestetičaru je neophodno znanje,kako bi adekvatno radio svoj posao.Anesteziologu je potreban saradnik koji zna sprovesti u djelo planiranu anesteziju ili intervenciju.Očigledno je da dosadašnji način anestetičarske prakse funkcioniše,ali i sami znamo kako i sa koliko rizika.Potreban je potpuni reinžinjerinng obrazovanja anestetičara kroz formalno obrazovanje.Potrebna infrastruktura za to postoji,s obzirom na postojanje zdravstvenih fakulteta i zakonske osnove za specijalizacije u zdravstvenoj struci.To bi bio i način da uskladimo svoj rad i obrazovanje sa evropskim i svjetskim standardima,kojima,nadamo se,stremimo.Približavanje etičkih principa i zakonske regulative je sasvim izvodivo i relativno lahko uz postojeća zakonska rješenja,koja je potrebno samo malo izmijeniti i prilagoditi realnim potrebama.

KLJUČNE RIJEČI: etika, anestezijska praksa, zakonska regulativa



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE U ZBRINJAVANJU BOLESNIKA SA AKUTNIM KOMPLIKACIJAMA ULKUSNE BOLESTI U JIL-u

Maja Cepanec, Petra Lana Darabuš, Valentina Cmrečki, Branka Plantak
Opća bolnica Varaždin
Odjel za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje

Ulkusna bolest je defekt sluznice gornjeg dijela probavnog sustava nastao najčešće zbog djelovanja želučane solne kiseline. Uz želučanu kiselinu, ulkus mogu uzrokovati teška i začinjena prehrana, pušenje, alkoholna pića, kofein, stres i razni nesteroidni antireumatici. Prirodni tijek bolesti kreće se od potpunog zacjeljivanja ulkusa i bez liječenja pa sve do razvoja komplikacija sa značajnim morbiditetom i mortalitetom.

Komplikacije ulkusne bolesti mogu biti po život opasne te je zbog toga velika uloga medicinske sestre u prevenciji bolesti, edukaciji, a kasnije i u zbrinjavanju vitalno ugroženog bolesnika uslijed pojave akutnih komplikacija.

Pacijent sa akutnim komplikacijama ulkusne bolesti, zaprima se u jedinicu intenzivnog liječenja gdje se obavljaju specifične intervencije u svrhu sprječavanja pogoršanja općeg stanja, prevencija šoka, dijagnostike te terapije. U tome ima veliku ulogu medicinska sestra koja mora poznavati osnovne probleme kod ovakvog pacijenta te intervencije koje se provode u zbrinjavanju istih.

Krvarenje kao specifična akutna komplikacija ulkusne bolesti apsolutna je indikacija za prijem pacijenta u jedinicu intenzivnog liječenja, ukoliko nije indiciran kirurški zahvat, odnosno kirurško zbrinjavanje krvarenja.

Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od ulkusne bolesti uključuje i edukaciju, zdravstveni odgoj bolesnika o prehrani te psihološku podršku pacijentu i obitelji. Kako bi zdravstvena njega i zbrinjavanje pacijenta sa akutnim komplikacijama ulkusne bolesti u JIL-u bilo što efikasnije od izuzetne važnosti su kompetencije medicinske sestre a to su znanje, stručnost, psihofizička izdržljivost te empatija.

KLJUČNE RIJEČI: ulkus, komplikacije, medicinska sestra

NUSPOJAVE TRANSFUZIJSKOG LIJEČENJA

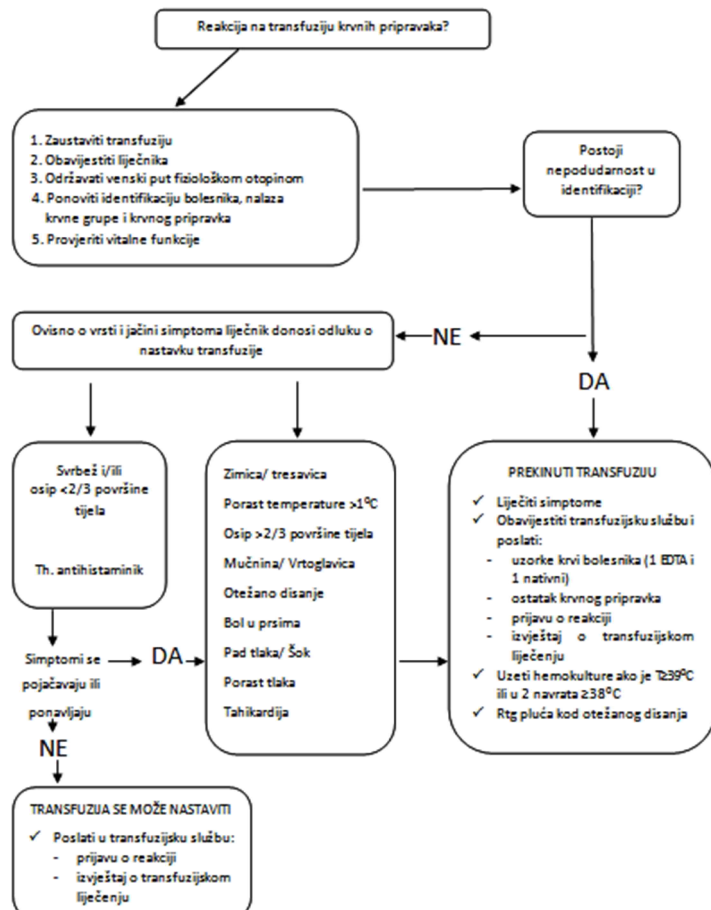
Rauš J, Lukić M, Pažitka K, Viljušić P, Medovarski M, Jagnjić S, Jukić I.
Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Transfuzijska stanica pri KB Merkur

Nuspojave transfuzijskog liječenja nastaju nakon transfuzija svih krvnih pripravaka. Mogu biti blage ili prolazne, rjeđe su trajne ili one koje uzrokuju bolesnikovu smrt. One su često posljedica ljudske pogreške na odjelu te je zbog toga prije započinjanja svake transfuzije obavezna dobra identifikacija kako bolesnika tako i krvnog pripravka. Karakteristično je da nuspojave u najvećeg broja bolesnika nastaju rano u tijeku transfuzijskog liječenja pa ih je potrebno uočiti i ispravno na vrijeme reagirati.

POSTUPNIK PRIJE LIJEČENJA KRVNIM PRIPRAVCIMA:

- Identifikacija bolesnika prilikom uzimanja uzorka krvi za prijetransfuzijsko ispitivanje
- Identifikacija bolesnika prije same transfuzije
- Provjera podudarnosti nalaza krvne grupe bolesnika s krvnom grupom i naljepnicom „Križna proba za“ na krvnom pripravku
- Mjerenje krvnog tlaka i tjelesne temperature bolesnika
- Boravak uz bolesnika

KLJUČNE RIJEČI: transfuzijsko liječenje, nuspojave



Transfuzijsko liječenje treba provoditi samo kada je korist od transfuzije jasna i veća od moguće štete nuspojava.



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP PACIJENTU S INHALACIJSKOM OZLJEDOM

Zorica Martić, med.tech.
KBC Sestre milosrdnice
Klinika za traumatologiju
Zavod za opekline

Opekline kože, potkožnog tkiva i mišića obuhvaćaju širok raspon različitih traumatskih struktura organa i organskih sustava pri čemu nastaju brojne komplikacije po život opasne za samog ozljeđenika.

Kod bolesnika s opeklinama posebnu pažnju treba posvetiti prepoznavanju stupnja i uzroka ugroženosti dišnog puta. Kod velikog broja bolesnika sa lokalnim znakovima (spaljene nosne dlačice, hiperemija usne šupljine i farinksa) i općim znakovima (otežano disanje, cijanoza i opće loše stanje) brzo se razvije kompletna opstrukcija dišnog puta. Volumna nadoknada također može dovesti do značajnog edema ždrijela, te dolazi do otežavajuće naknadne endotrahealne intubacije, kao i kod dubokih opekline glave i vrata, te opsežnih opekline.

Kod intubacije je potrebno uvesti tubus što većeg promjera (>8mm) zbog kvalitetnije toalete i moguće bronhoskopije. Bitna je što bolja prohodnost dišnih puteva, ventilacija, te prevencija hipoksije. Nakon 48 – 72 sata potrebno je učiniti traheotomiju, ako nije moguće spontano disanje (ekstubacija).

Tijekom liječenja provodi se 24-satni monitoring vitalnih funkcija, volumna nadoknada tekućine, praćenje satne diureze, primjena ordinirane terapije, te kontrola laboratorijskih nalaza.

Medicinska sestra je neizostavni član u zdravstvenom timu, što dokazuju njezini postupci pri zbrinjavanju opeklinskog pacijenta. Neki od tih postupaka su: postaviti bolesnika u adekvatni položaj, tretiranje opekline, odstraniti sekret iz usne šupljine, asistirati liječniku pri izvođenju ET intubacije, osigurati primjenu kisika prema odredbi liječnika, obratiti pažnju na disanje bolesnika, pratiti vitalne funkcije, održavati prohodnost ET tubusa / ET kanile, pravilna fiksacija ET tubusa / ET kanile, primjena ordinirane terapije, spriječiti nastanak infekcija, dokumentirati provedene postupke.

Zdravstvena njega opeklinskog pacijenta s inhalacijskom ozljedom opsežna je, te zahtijeva svakodnevnu suradnju medicinskih sestara s anesteziolozima, kirurzima, te s ostalim članovima tima. Suradnja cijelog tima mora biti na visokoj razini, jer samo dobrom suradnjom tima postižu se dobri i brzi rezultati.

KLJUČNE RIJEČI: opekline, opekline dišnih putova, ET intubacija, sestrinski postupci.



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ALGORITAM ZBRINJAVANJA POLITRAUMATIZIRANOG OZLJEĐENIKA

Margareta Bajsić Beljak, Dragana Barukčić, Natalija Hadžić
KBC „Sestre Milosrdnice“
Klinika za traumatologiju

Politrauma je teška ozljeda najmanje dvaju različitih organa ili organskih sustava, od kojih je barem jedna smrtonosna. Politrauma je, primjerice, istovremena ozljeda glave i mozga uz ozljedu ekstremiteta, dok istovremeni prijelom kosti ruke i noge nije politrauma, nego multipla ozljeda.

Politrauma spada u red najkompliciranijih stanja u kojima se ljudski organizam može naći. Za vrijeme proživljavanja politraume organizam prolazi cijeli niz patofizioloških procesa koji zahtijevaju iznimno znanje i vještine od osoba koje sudjeluju u liječenju i zbrinjavanju.

U samo zbrinjavanje politraumatiziranog pacijenta uključen je cijeli tim koji je povezan sa hitnom pomoći , radiologijom , laboratorijem , transfuzijskom medicinom i operacionom salom.

U kliničkom pristupu liječenju su vrlo korisni algoritmi, uz čiju pomoć nastojimo pravovremenim i točnim slijedom dijagnostičkih i terapijskih postupaka postići bolje rezultate uz smanjenje propusta i pogrešaka na najmanju moguću mjeru.

Važnost moramo dodati i prostoru u kojem ćemo zbrinjavati takvog pacijenta te adekvatnom priboru.

Potrebna je stalna edukacija zdravstvenih djelatnika koji sudjeluju u zbrinjavanju, putem tečajeva traume i naprednog održavanja života, te je potrebno uvođenje smjernica tj. algoritama za zbrinjavanje politraumatiziranih pacijenta te pridržavanje SOP .

Pridržavanje tih postupaka u zbrinjavanju politraumatiziranog pacijenta će smanjiti mogućnost vjerojatnih komplikacija , ubrzati oporavak pacijenta , smanjiti invalidnost i samim time i troškove liječenja u zdravstvenom sustavu .

S toga vrlo je važno pristupiti politraumatiziranom pacijentu u sklopu tima , savjesno i odgovorno te ga zbrinuti na najbolji mogući način i pružiti mu profesionalnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu.

KLJUČNE RIJEČI: medicinska sestra, ozljeđenik, algoritam , politrauma.



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

PRIJELOM VRATNE KRALJEŽNICE-ZBRINJAVANJE U HITNOM PRIJEMU KLINKE ZA TRAUMATOLOGIJU

Dragana Barukčić, Margareta Bajsić Beljak, Natalija Hadžić
Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“
Klinika za traumatologiju

Kralježnica je centar iz kojeg započinju svi naši pokreti, ona je okosnica kostura. Prijelomi kralježnice u medicini se smatraju teškim ozljedama kostiju jer pridonose visokom mortalitetu od nekada, a ponajviše jer su stvarale teške invalide koji nisu bili sposobni za samostalan život i ovisni su o tuđoj pomoći.

Vratna kralježnica sastavljena je od sedam kralježaka koji su poredani u niz i tvore kanal kroz koji prolazi kralježnična moždina. Iz kralježnične moždine odvajaju se živci koji su odgovorni za osjet i naravno pokretljivost tijela. Stoga prijelom vratne kralježnice vrlo je ozbiljna ozljeda gdje koštani ulomci mogu ozlijediti kralježničnu moždinu što dovodi do djelomičnog ili potpunog neurološkog ispada. Najčešći uzroci ozljede kralježnice su prometne nesreće, skok u vodu, pad s visine, tučnjava, strijelna rana i ubod nožem u vratnu kralježnicu. Važno je cijelo vrijeme imati na pameti da se kralježnična moždina može ozlijediti u trenutku ozljede, ali i samim pomicanjem tijela ozljeđenika, kao i kod nošenja. Stoga je vrlo važno znati postupati s takvim ozljeđenikom. Potreban je vrlo educiran medicinski tim koji može multidisciplinarno pristupiti takvom ozljeđeniku. Medicinska sestra mora imati visok stupanj educiranosti jer svaki krivi postupak kod zbrinjavanja ovakvog ozljeđenika može imati tragične posljedice. Neophodno je da medicinska sestra kao ravnopravni član tima kod zbrinjavanja ozljeđenika s prijelomom vratne kralježnice barata s odličnim vještinama, kao i iznimnim znanjem kako bi mogla dati svoj maksimum što je kod ovakvih ozljeda od krucijalne važnosti. Svake godine, statistički podaci ukazuju na povećanje broja ozljeđenika s prijelomom vratne kralježnice. U Klinici za traumatologiju Kliničkog bolničkog centra „Sestre milosrdnice“ u hitnoj ambulanti na petogodišnjoj razni u prosjeku je zbrinuto 1700 ozljeđenika s prijelomom vratne kralježnice. Što naravno i zahtijeva iznimnu educiranost i sposobnost medicinskih sestara kako bi se zbrinjavanje i moguće posljedice svele na minimum.

KLJUČNE RIJEČI: vratna kralježnica, kralježnična moždina, ozljeđenik, medicinska sestra



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

ZBRINJAVANJE OZLJEĐENIKA S OPEKLINAMA U HITNOM PRIJEMU KLINIKE ZA TRAUMATOLOGIJU

Natalija Hadžić, Dragana Barukčić, Margareta Bajsić Beljak
Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“
Klinika za traumatologiju

U Klinici za traumatologiju Kliničkog bolničkog centra „Sestre milosrdnice“ posljednjih nekoliko godina prosječno se svake godine zbrine 700 ozljeđenih od opeklin. Opekline ozljede više se ne mjere samo stopom preživljavanja nego dugoročnom funkcionalnošću i estetskim izgledom pacijenta. Uspješno zbrinjavanje zahtijeva opsežno znanje o opeklinskoj bolesti i njenim potencijalnim opasnostima. Opeklinu je oštećenje kože uzrokovane visokom toplinom, hladnoćom ili agresivnim kemikalijama na koži. Težina opeklinu podijeljena je na stupnjeve: opeklinu prvog do četvrtog stupnja koja predstavlja najteži slučaj. Zbrinjavanje ovisi o opsegu i dubini promjena, ali i lokalizaciji. Pravilno postupanje multidiscipliniranog medicinskog tima može biti izuzetno važno za preživljavanje ili daljni tijek liječenja. Medicinska sestra kao ravnopravni član tima sudjeluje od samog početka zbrinjavanja ozljeđenika od prijema u hitnu traumatološku ambulantu do odlaska pacijenta na odjel. Sestrinska procjena tijekom hitne faze zbrinjavanja usredotočava se na glavne prioritete kao i kod bilo kojeg traumatološkog pacijenta. Hitna procjena inhalacijskih ozljeda, pregledavanje nosa, usta i ždrijela, postavljanje intravenskog puta, analgezija po ordiniranju liječnika, monitoring i naravno praćenje mentalnih promjena zbog mogućnosti hipoksije. Potrebno je ukloniti odjeću s ozljeđenika kako bi se smanjilo daljno oštećenje kože na način da se sprječava eventualno produbljivanje opekline rane. Opeklinu ranu treba po mogućnosti držati bez daljnjeg zagađenja, ali svakako bez ikakvog čišćenja i umotanog u sterilne plahte do odlaska na odjel. Ozljeđenika je potrebno antitetanus procijepiti jer se radi o oštećenju kože i mogućnost zaraze je veća. Od iznimne je važnosti kod zbrinjavanja ovakvog ozljeđenika sposobnost, znanje, educiranost i provođenje vještina medicinske sestre jer se radi o vrlo teškim ozljedama koje zahtijevaju visok stupanj znanja i zbrinjavanja.

KLJUČNE RIJEČI: opeklinu, ozljeđenik, medicinska sestra, zbrinjavanje



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

PERKUTANA TRAHEOTOMIJA

Ksenija Kukec, Nevenka Ivek, Željka Gajski

Opća bolnica Varaždin

Odjel za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje

Perkutana traheotomija (PT) je postupak otvaranja traheje koji se izvodi u JIL-u, na krevetu bolesnika, u svrhu ventilacije, oksigenacije i njege dišnog puta.

Prva PT u OB Varaždin napravljena je 2005. godine. U razdoblju od 2005-2015 godine napravljena je kod 74 bolesnika, od čega je 55 muškog i 19 ženskog spola. Najmlađi bolesnik imao je 20 god, a najstariji 86 godina, prosječne životne dobi 49 godina.

U odnosu na klasičnu kiruršku traheotomiju, perkutana traheotomija posljednjih je godina postala metoda izbora kod bolesnika koji su ovisni o mehaničkoj ventilaciji. Izvedba je jednostavna i brza, sam postupak traje oko 15 minuta, infekcije su javljaju veoma rijetko, a nakon odstranjenja kanile mjesto traheostome vrlo brzo zacijeli. Ona osigurava kvalitetnu zdravstvenu njegu bolesnika u JIL-u, omogućuje lakše odvajanje od respiratora, skraćuje vrijeme boravka u JIL-u, a samim time i troškove liječenja.

KLJUČNE RIJEČI: perkutana traheotomija, medicinska sestra, JIL



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

REKLAMACIJE DOBROVOLJNIH DAVATELJA KRV I U HZTM (2011.-2015.)

H.BENC, T. Vuk, J. Ljubičić, L. Lekić, R. Antolović, V. Cipek
Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu (HZTM), Zagreb

Cilj

Cilj rada bio je analizirati učestalost i vrstu reklamacija koje HZTM od dobrovoljnih davatelja krvi (DDK) zaprima na kvalitetu pruženih usluga, a sa ciljem procjene mjera za njihovim smanjenjem.

Metode

Retrospektivno su analizirane reklamacije DDK zaprimljene u 5 godina (2011-2015). Analizirana je njihova učestalost, područja djelatnosti na koje je zaprimljena reklamacija, te struktura podnositelja reklamacija obzirom na dob, spol i broj davanja krvi.

Rezultati

U analiziranom razdoblju zaprimljene su 33 reklamacije (6,9% svih reklamacija). Učestalost reklamacija u odnosu na broj DDK koji su pristupili davanju krvi bila je 0,007% (1/15172). Najveći udio reklamacija (11 ili 33,3%) odnosio se na organizaciju akcija davanja krvi, a slijede: postupak odabira davatelja (8 ili 24,2%), neadekvatna komunikacija djelatnika (6 ili 18,2%), postupak venepunkcije (2 ili 6,1%), nedostatak parkirnog prostora (2 ili 6,1%), a 4 reklamacije (12,1%) kategorizirane su kao „Ostalo“. Ukupno je reklamaciju podnijelo 38 DDK. Od 34 DDK za koje je dostupna informacija o spolu (4 anonimne), 12 su bile žene, a 22 muškarci. U odnosu na broj DDK koji su pristupili davanju krvi, više je reklamacija podneseno od strane žena (0,011%) nego muškaraca (0,005%).

Prosječna dob davatelja koji su reklamirali kvalitetu usluga bila je 38 godina (usporedivo s ukupnom populacijom davatelja). Prosječni broj davanja u DDK koji podnose reklamaciju bio je 26.

Zaključak

Rezultati pokazuju kako DDK najviše reklamiraju uvjete rada na terenskim akcijama (prije svega temperatura u ljetnim mjesecima). Najveći broj reklamacija ovog tipa prijavljen je 2013. godine, nakon čega su intenzivirane aktivnosti na njihovom smanjenju. Zadovoljavajuće je niska frekvencija prigovora na tehniku izvođenja venepunkcije. Ljubaznost djelatnika od osobitog je značaja za transfuzijsku službu, zbog čega se upravljanju ovim tipom reklamacije pristupa s posebnom pažnjom.

KLJUČNE RIJEČI: transfuzijska medicina, reklamacije, dobrovoljni darivatelji

GENERALNI SPONZOR

MEDIVA

ZLATNI SPONZORI

**PHARMAMED MADO
SONIMED
MARKOMED
DRAEGER MEDICAL CROATIA
STOMA MEDICAL**

SPONZORI

**SANYKO
ECOLAB
GENERALI OSIGURANJE
BECTON DICKINSON CROATIA
TEHNOMEDIKA
BBRAUN
3M
MEDICAL INTERTRADE
KIRKOMERC
MARK MEDICAL
PHARMACIJA LABORATORIJ
HARTMANN
HZTM
EMA
AMINOMED
LOHMANN & RAUSCHER
FRESENIUS
MACOPLAST
BORMIAMED
COMFORT NJEGA
MEDIS ADRIA
MEDITEX
AGMAR
EKSA GRUPA
PLIVA
ANTISEPTICA**

