

ŽUPANIJSKA
BOLNICA
ČAKOVEC

besplatni
primjerak

IZVOR

ČASOPIS ŽUPANIJSKE BOLNICE ČAKOVEC

14. broj, prosinac 2018., ISSN 2584-6760



ČESTIT BOŽIĆ I SRETNA 2019. GODINA!

Teme:

- Svjetski dan šećerne bolesti • Virus Zapadnog Nila • Europski dan svjesnosti o antibioticima • Cijepljenje protiv gripe • Zašto su krvne grupe važne u trudnoći? • Zdravstvena njega pacijenata na neinvazivnoj mehaničkoj ventilaciji • Koordinator rada u Centralnom operacijskom bloku • Svakodnevica sa stomom • Vrednovanje kvalitete i uspješnosti rada hrvatskih bolnica • Rezultati ankete o zadovoljstvu pacijenata • Razgovor s ravnateljem Županijske bolnice Čakovec •



RIJEČ UREDNICE

Poštovane čitateljice, poštovani čitatelji!

Predstavljam vam četrnaesti broj časopisa Županijske bolnice „Izvor“.

Pripremili smo puno novih zanimljivih članaka koje su za vas napisali naši djelatnici.

Okrijepite se prigodnim predlagdanskim riječima našeg bolničkog dušobrižnika. Podsjećamo na Svjetski dan šećerne bolesti i problem sve većeg broja oboljelih od te podmukle bolesti za čije se liječenje troši 19,8 posto proračuna HZZO-a. Saznajte o virusu Zapadnog Nila, cijepite se protiv gripe, ako još niste. Zašto su krvne grupe važne u trudnoći naučit će nas naše liječnice s Odjela za transfuziju. Čitajte o zdravstvenoj njezi bolesnika na tzv. NIV-u, informirajte se o koordinaciji rada u Centralnom operacijskom bloku. Vjerujemo da će vam koristiti upute kako živjeti sa stomom. Naša Jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite donosi nam rezultate vrednovanja kvalitete i uspješnosti rada hrvatskih bolnica. Pogledajte i rezultate ankete o zadovoljstvu pacijenata 2018.godine. Razgovaramo i s ravnateljem Bolnice koji je odradio polovicu svog mandata. Zabavite se karikaturom našeg Bertija te crtežom našeg novog suradnika g. Mrčele. Ovim putem zahvaljujem prof. emeritusu S. Hranjecu što nam lektorira časopis pro bono, volonterski.

Drage čitateljice i čitatelji, dragi bolesnici, budite ponosni na svoju Bolnicu, njenu upravu i sve naš dјelatnike! Svrstani smo među prve četiri hrvatske bolnice, rezultati su prikazani abecednim redom (da se veći od nas ne uvrijede), no vjerujte da smo u samom vrhu! Liječite se i kontrolirajte kod nas s povjerenjem. Većina nas radi svoj posao/poziv s ljubavlju i entuzijazmom, često ne pitajući za radno vrijeme. O plaćama da ne govorimo; znatno su manje nego u okolnim zapadnim zemljama, uz znatno više posla koji obavljamo. Da, neki su otigli i iz naše bolnice. Želimo im sreću i uspjeh u novim radnim sredinama. No mi koji smo ostali ne prihvaćamo paušalne ocjene i izjave pojedinaca da nas napuštaju samo najbolji, najmarljiviji i

najperspektivniji. A što smo mi koji brinemo o vama, i zahvaljujući kojima je naša Bolnica u samom vrhu hrvatskog zdravstva?! Vrijedaju nas takve ocjene i izjave, kao i naklapanja pojedinih medija pa i političara, bazirana na „podbadanju“ malobrojnih nezadovoljnika u našoj sredini (kojima smetaju red, rad i disciplina), o „lošim međuljudskim odnosima“, o stalnom odlasku liječnika, itd. Neki liječnici i sestre su otigli, no mnogi su došli i dolaze raditi u našu Bolnicu iz drugih sredina. S nekim s posla piješ kavu u slobodno vrijeme, s nekim ne. Negdje bude pokoja „iskrica“ u razmjeni mišljenja, kao i u svakoj profesiji, no na kraju je jedino bitno da obavljamo svoj posao odgovorno i predano, s jednim ciljem da pomognemo vama, bolesnicima. Stoga poručujemo svima koji nas kritiziraju s lošim namjerama: manje se bavite podmetanjima, blaćenjem i neistinama, a više brizi za naše bolesnike i Bolnicu.

Dragi žitelji Međimurja, dragi bolesnici, brinite i vi o svom zdravlju. Odazivajte se preventivnim akcijama i pregledima. Uzimajte svoje lijekove i pridržavajte se uputa o prehrani i kretanju, kako biste očuvali i poboljšali svoje zdravlje i sprječili bolesti. Ako tome ne pridonosite aktivno, uzalud vam sav naš trud i entuzijazam. Zajedno smo jači!

Čitajte nas i dalje, posjetite i web stranice Bolnice. Osim novosti o radu i organizaciji Bolnice, možete pratiti i sve naše brojeve časopisa.

Želim vam svima sretan i blagoslovjen Božić te uspješnu 2019. godinu!

Vaša urednica,

Prim. Andreja Marić, dr. med., spec. interne medicine,
subspec. endokrinologije i dijabetologije
e-mail adresa: anmar44@gmail.com

www.bolnica-cakovec.hr



vlč. Stjepan Markušić,
bolnički dušobrižnik,
ŽB Čakovec

bolničkim osobljem i obitelji bolesnika. Svećenik i bolesnik za vrijeme bolničkog liječenja susreću se putem razgovora/riječi, slavlja sakramenata i molitve. Time se kod bolesnika jača kršćanska nada u život, kao put prema smislu bolesti i smrti.

Za obavljanje dušobrižništva naše Bolnice imamo prikladne prostore koje Varaždinska biskupija oprema za trajno održavanje katoličke liturgije. Imamo i prostore gdje dušobrižnik prima bolesnike ili korisnike zdravstvene i socijalne skrbi na duhovne razgovore. Dušobrižnik je omogućeno posjećivati bolesnike i vjerske obrede slaviti u svaku dobu kad to potrebe zahtijevaju. Odnosi između bolničkog osoblja i dušobrižnika na duhovnu su korist bolesnika.

Dušobrižnik djeluje kao evangelizator, tj. on će osvjetljavati pitanje bolesti i njezino značenje u otajstvu spase-

RIJEČ BOLNIČKOG DUŠOBRIŽNIKA

Dragi bolesnici i svi dјelatnici Županijske bolnice!

Ugovorom između Vlade Republike Hrvatske i Hrvatske Biskupske konferencije uređuje se prisutnost i djelovanje katoličkog dušobrižnika u bolnicama, naglašava se duhovna skrb, te slavljenje sakramenata. Dušobrižništvo bolesnika također uključuje komunikaciju svećenika s

nja, odnos između bolesti i grijeha, te kršćansko značenje trpljenja. Za to je bitno: ispravno poimanje bolesničkog pomazanja, te ispravan pristup molitvama za ozdravljenje. Dušobrižnik, kad je pozvan k bolesniku da mu podijeli sakramente, mora u svima s kojima se susreće buditi nadu i jačati vjera u Krista mučena i proslavljeni, da, primjenjujući majčinski osjećaj Crkve i utjehu vjere, podigne vjernike, a ostalima svrati srce k Božjim stvarima. Jako je važan bolnički ambijent i težina bolesti, što pretpostavlja poseban pristup. U našoj Bolnici dušobrižnik ulaže velike napore i hvalevrijedan trud, često 'nevidljiv' našim očima, da bi olakšao boli i patnje bolesnicima. Imamo prikladan molitveno-liturgijski prostor, a pristup bolesniku koji je u krevetu omogućen je susretljivošću bolničkog osoblja. Zasad bolničko dušobrižništvo najčešće obuhvaća svetu ispovijed, pričest i bolesničko pomazanje. Dušobrižnik je utorkom i četvrtkom od 16,00 do 18,00 sati na raspolaganju za duhovni razgovor. Bilo bi hvalevrijedno uključiti dušobrižnika u proces liječenja, barem kad je u Bolnici ili ga pozvati kad može doći, pogotovo kod operacija.

Kod susreta s bolesnikom treba imati puno dobre volje, razboritosti i biti poučeni o onom što je u odnosu s bolesnikom najvažnije, jer su oni u posebnim prilikama, ovisni su u svojim najosnovnijim potrebama o usluzi drugih. Potrebna je velika strpljivost. Treba steći povjerenje. Dok liječnik uviđek donosi nadu, možda varljivu, svećenik je za sve pred-

stavnik onostranog, vječnog, njegov je dolazak kao znak da je kraj blizu. Bez obzira što je to pogrešno, razumljivo je, jer se svećenika zove bolesniku kada je život, ako ne baš pri kraju, a ono sigurno vrlo, vrlo ugrožen. A svećenik po svojem poslanju upućuje na novi život, na dimenziju onostranosti što je ovdje tek naslućujemo, a objavljena nam je u Kristovu uskrsnuću.

Dušobrižnik osim u hitnim slučajevima bolesniku pristupa u prikladno vrijeme, što znači izvan vremena redovitih posjeta. Treba znati slušati. A za to treba imati vremena. Dušobrižnik je ruka Božja koja liječi. Riječ Božja jest riječ utjehe – radosna vijest spasenja (evanđelje Božje). Da bi donijela plod, ta riječ treba biti posijana na njivu, što je pripravlja Duh Božji. Bolesnici imaju vremena za razmišljanje. I najduže i najredovitije posjete rodbine i znanaca brzo završe i bolesnik ostaje sam. Tu su duge, često besane noći, kada se svaka minuta broji. Čovjek ostaje sam sa sobom i svojim problemom: bolešću koja je narušila zdravljie i možda ugrozila život. Potmula ga bol stalno podsjeća na to kako ga nešto izjeda i uništava, i kako nestaje iz časa u čas. Uspoređuje sebe s drugima u sobi, s onima koji su prijeli tu i sada su otišli. Važe riječi liječnika, posjetilaca, rodbine. Šutljiv je. Zamišljen. Dozrijeva. Stariji se, naravno, lakše mire s mišljem da je njihovo zdravljie ugroženo, da se možda ide kraju. ... Mladi se, razumljivo, ne mire tako lako, ne predaju se. Najprije ne vjeruju da je stanje ozbiljno, a kada to shvate, onda su očajni. Bijes ih hvata. Krive sve i svakoga. Bog, za koga su malo ili nimalo marili, bezosjećajan im je. Ne pomaže, a mogao bi. Bez srca je. Što On ima od toga da mlado biće pati, da mora otići iz života u koji jedva da je i zakoračilo. I sve takva i slična pitanja, koja se svode na ono vječno: čemu i zašto bol i patnja na svijetu. Dušobrižnikov pristup bolesniku treba voditi do susreta s Kristom. To se zbiva kroz riječ, radosnu vijest (evanđelje) spasenja, koja vodi do slavljenja sakramentalnog susreta s Kristom. Konični je cilj posadašnjenje Kristove poruke, odnosno njegova spasenja. U vjeri, naime, kršćanin iz svog susreta s Isusom Kristom očekuje istinsku i djelatnu snagu, koja će mu pomoći da mu otvorí svoj život. Kršćanin (i svećenik, i bolesnik) ne stidi se svoga bogoštovlja. Zato imamo u kapelici prigodu za zajednička liturgijska slavlja za više bolesnika. To pogotovo vrijedi za našu Bolnicu, gdje se sve, od poliklinika, odjela, ambulanti i dušobrižnikova ureda s kapelicom, nalazi pod istim krovom, i bolesnici mogu sami doći. Dobro bi bilo kad bi svaki odjel imao informaciju o dušobrižništvu: telefonski brojevi dušobrižnika; o informaciji gdje se nalazi kapelica; o mogućnostima razgovora; vrijeme ispunjajdi i svete mise, s ponekom molitvom i tekstrom.

Mnogi bi željeli da dušobrižnik djeluje kao iscjelitelj, slično kao liječnik, samo na području duše. Tako se, koji put i nesvjesno, bolesnik okreće magijskom shvaćanju, pa kad se na primjer molitva ne pokaže neposredno «djelotvorna», nastupa bolna kriza. Posve je druga situacija kad bolesnik shvaća i prihvata da je kršćanska duhovna skrb uvijek na razini vjere, to jest da prepostavlja i uključuje osobni odnos bolesnika s osobnim Bogom, povijesno i konkretno nazočnim u Isusu Kristu. Duhovna skrb Crkve za bolesnika je omogućiti mu da svoju bolest živi u vjeri, dakle u osobnom odnosu s Bogom u Isusu Kristu, po Crkvi i u zajedništvu Crkve. Dušobrižnik će pomoći bolesniku da se oslobođi idealnog „ja“ kako bi prihvatio svoje stvarno „ja“, kako bi se otvorio novom iskustvu života koji mu daruje bolest. Liječnik, pa čak i psihoterapeut, ne može nadomjestiti dušobrižnika, liječničko dušobrižništvo ne smije biti nadomjestak za religiju. Dušobrižnik je od pomoći i lijećnicima, na primjer da bolesnici lakše prihvate potrebnu terapiju!

Ublažavanje patnje i boli jedna je od osnovnih zadaća liječnika. To je posebno važno u skrbi oko umirućeg bolesnika, kada će liječnik bolesniku uz lijekove nastojati pružiti

i svu duhovnu pomoć, poštujući bolesnikovo uvjerenje i želje. Istodobno će liječnik upoznati i bolesnikove bližnje o njegovom stanju i nastojati postići njihovu suradnju na ublažavanju bolesnikovih tjeskoba. To je zadaća i bolničkog dušobrižnika, koji uprisutnjuje kršćansku viziju smisla života, te u tom svijetlu otvara prostor za prepoznavanje značenja vlastite bolesti i smrti. Presudan je, uvijek i svugdje, kristološki smisao patnje, odnosno «zajedništvo s patnjama Kristovim», kao put osmišljenja trpljenja. U tom smjeru ide ispravno shvaćanje sakramenata kao susreta s trpećim i proslavljenim Kristom, po otajstvu vjere u Crkvi, u konkretnim situacijama vlastitog, osobnog života. Kršćanski pristup ljudskoj smrti, kao presudni čas života, ima vrijednost u dostojanstvu ljudske osobe. Stoga je dušobrižnik oboružan snagom: Bog je neopoziv u svojoj ljubavi prema čovjeku, u svome naumu da se svi ljudi spase. S ovom istinom vjere može se doći i k bolesničkom krevetu, da bolest ne mora biti znak gubitka, poraza, nego da može postati ulazak u novo razumijevanje života. Bolest može postati izazov za razmišljanje o životu u svjetlu nove stvarnosti; izazov za promjenu našeg stava prema stvarima i drugim ljudima; izazov da ponovo sretnemo Krista u našem životu; izazov da se pomirimo s drugima i prije svega da podijelimo još preostale prostore života s najsiromašnjima među nama; izazov da u teškim trenutcima vedrinom svjedočimo vjeru; izazov da se što više približimo Isusu Kristu i njegovu otkupiteljskom djelu i tako potaknemo rađanje nove čovječnosti. No, put je dug i zahtijeva trajno izgrađivanje u vjeri.

Dušobrižnikova prisutnost, njegova riječ i djelovanje usmjereno je na osmišljenje života. Pronaći smisao vlastitog postojanja, a u tom smislu i ključ za vrednovanje svojega stanja, najveća je dobrobit koju svećenik može pružiti bolesniku. Dušobrižnik može pomoći da se prepozna svjetlo, utemeljeno na Isusovoj riječi: Ja sam Put, Istina i Život. Krepost nade usmjerava bolesnika vlastitom ostvarenju u Božjoj budućnosti. Kršćani su ljudi koji imaju nadu: ne znaju sve pojedinosti onoga što ih čeka, ali znaju, općenito uzevši, da njihov život ne skončava u ispraznosti. Samo kada se sa sigurnošću zna da će budućnost imati pozitivan ishod, i sadašnji se trenutak lakše živi. Tako sada možemo reći: mračna vrata vremena i budućnosti širom su otvorena. Onaj koji ima nadu živi drugačije: dan mu je novi život. Medicina je u opasnosti da zbog brige za mnoge izdvojene vidike zdravljia i borbe protiv bolesti izgubi čovjeka, i da se tako i sama onečovječi. To jest, medicina može postati svojevrsna zapreka životu, može postati zapreka nadi. Nije lako donositi nadu! Ona se, poput vjere, ne predaje poput nekog predmeta, nekog sadržaja i poruke, nego se osobno svjedoči. Stoga dušobrižnik pred bolesnikom najprije osobno svjedoči nadu u kojoj smo spašeni (Rim 8,24), te kroz svoje ljudsko razumijevanje i kršćanske riječi vjere daje razlog nade koja je u nama (1Pt 34,15).

Sretan Božić i 2019.godina!



SVJETSKI DAN ŠEĆERNE BOLESTI



Prim. Andreja Marić, dr.med., spec.interne medicine, supspec.endokrinologije i dijabetologije,
Služba internističkih djelatnosti, Županijska bolnica Čakovec

I ove godine **14.studenog**, povodom **Svjetskog dana šećerne bolesti**, organizirali smo u glavnom holu novog paviljona

naše Bolnice javnozdravstvenu akciju tijekom koje je preko 270 posjetitelja obavilo kontrolu šećera u krvi, krvnog tlaka, uz savjete liječnika, nutricionista i medicinskih sestara. Dijelili smo promotivne i edukativne materijale i vjerujemo da smo mnogima pomogli u osvješćivanju da šećerna bolest ne bira dob, spol, rasu ili ekonomski status, a prevencijom - zdravom prehranom i tjelesnom aktivnošću - njen se nastup može odgoditi ili čak sprječiti. Osim naših djelatnika, u akciji su sudjelovali i učenici Srednje medicinske škole Čakovec, uz mentoricu Brigitu Prstec, mag.med.techn, te Udruga djece oboljele od šećerne bolesti i njihovih roditelja „Međimurski



slatkiši“, na čelu s predsjednicicom gđom Željkom Đeri. I njima se ovom prilikom zahvaljujemo na pomoći i sudjelovanju.

Glavna tema svjetskog dana šećerne bolesti 2018.godine: **„OBITELJ I ŠEĆERNA BOLEST“**

„ŠEĆERNA BOLEST MOŽE SE DOGODITI SVAKOJ OBITELJI“, slogan je ovogodišnjeg Svjetskog dana šećerne bolesti.

Cilj kampanje je podizanje svjesnosti o utjecaju koji šećerna bolest ima na obitelj oboljelog. Podrška članova obitelji ima značajan učinak na poboljšanje zdravlja oboljele osobe. Usvajanje zdravih navika u obitelji, poput pravilne prehrane i redovite tjelesne aktivnosti, povezuju obitelj i doprinose poboljšanju zdravlja i kvalitetu života cijele obitelji.



VIRUS ZAPADNOG NILA (WEST NILE)



Tanja Potočnik-Hunjadi, dr. med., spec. infektolog, Odjel infektologije,
Županijska bolnica Čakovec.

Jelena Ljubić, dr.med., specijalizantica infektologije, Odjel za
infektologiju, Županijska bolnica Čakovec.

Virus Zapadnog Nila je jedan od virusa iz porodice Flaviviridae, koji kod čovjeka mogu izazvati bolest. Životni ciklus obuhvaća transmisiju virusa sa životinje na čovjeka preko vektora - komaraca (Aedes, Culex i Anopheles). Virus može inficirati konje, ptice, pse i ostale sisavce. Međutim, kao optimalni domaćin ipak se ističu ptice. Virus Zapadnog Nila rasprostranjen je u Africi, gdje je i prvi puta identificiran (Uganda 1937.godina), zatim u Aziji, Europi, Srednjem Istoku i u Sjevernoj Americi. 1999.godine prvi put je identificiran u New Yorku i od tada se bilježe aktivne infekcije diljem kontinenta. 1990-ih prvi puta su zabilježeni slučajevi encefalitisa u Alžиру, Češkoj, Francuskoj, Rumunjskoj, Rusiji i Izraelu.

Virus uzrokuje ozbiljnije infekcije i teže kliničke manifestacije u oko 1 posto populacije koja je zaražena, s visokim mortalitetom i morbiditetom u starijih od 50 godina. Jedna od 150 infekcija rezultira encefalitom ili meningitom (upala mozga), a stopa smrtnosti u težim oblicima bolesti je 3-15 posto, posebice kod starijih od 75 godina.

Najviša incidencija zaraze je u kasno proljeće, ljetu i ranu jesen. Nema razlike u incidenciji bolesti s obzirom na etničku pripadnost, a s obzirom na spol, incidencija je 60:40 u korist muškaraca.



Nakon uboda zaraženog komarca, inkubacija virusa je 5-15 dana. U 20 posto zaraženih javljaju se **blaži simptomi bolesti** koji traju 3-6 dana: povišena temperatura, mučnina, opća slabost, bolovi u mišićima, glavobolja, križobolja, osip, bol u očima (flu like simptomi). **Teži oblici** manifestiraju se kao slabost mišića, flakcidna pareza ili spastičnost mišića, fotofobija, epileptički napadaji, promjene stanja svijesti, respiratori simptomi, osip. Ukoliko dođe do zahvaćanja središnjeg živčanog sustava, razvija se meningoencefalitis ili meningitis. **Najteže kliničke slike** razviju se u 3 posto pacijenata s neuroinvazivnim oblikom bolesti u obliku teže mijelitičke forme bolesti. Oštećenje u području moždanog tkiva nakon encefalitisa ili meningitisa može rezultirati kognitivnim ispadima te ispadima fine ili grube motorike.

Laboratorijska dijagnostika temelji se na obradi krvi i likvora – u krvi nalazimo uredne ili povišene leukocite, niske vrijednosti natrija, a u likvoru proteinorahiju te limfocitnu pleocitozu. Trenutno je optimalna dijagnostika serološko testiranje i detektiranje imunoglobulina M (IgM) /protutijela/ u krvi i likvoru i PCR (molekularna metoda dokaza virusa). Primijećeno je da su IgM protutijela relativno kratkog vijeka te se u posljednje vrijeme veća pozornost pridaje IgG protutijelima te aviditetu IgG protutijela (što je kraće razdoblje od same akutne infekcije, aviditet je niži).

Što se tiče slikovne dijagnostike, MR je bolji izbor jer se moždane ovojnice i periventrikularno područje može bolje analizirati u usporedbi s CT-om.

Kako se radi o virusnoj bolesti, liječenje se temelji na simptomatskoj i potpornoj terapiji. Prvenstveno je to antiedematozna terapija, a ukoliko se razvije ARDS (akutni respiratori distres sindrom), indicirana je i mehanička ventilacija pacijenta. **Teška komplikacija** je i multiorgansko zatajenje, a ostale komplikacije su: duboka venska tromboza, dekubitalni ulkusi, aspiracijska pneumonija. Kod 80 posto bolesnika s neuroinvezivnim oblikom bolesti oporavak je potpun. U tijeku su i istraživanja koja se temelje na liječenju interferonom alfa i intravenskim imunoglobulinima.

Kada se govori o prevenciji, bitno je naglasiti kako su glavni rezervoari komaraca vode stajaćice, može to biti i posuda sa

cvijećem kod kuće...), odbačene gume u kojima se skuplja voda te slična zapuštena područja. Bitna je upotreba repelenta pri odlasku u prirodu, kao i nošenje adekvatne obuće i odjeće.

Kako se na području Republike Hrvatske i Europe bilježi sve više arbovirusnih infekcija u razdoblju od 2010.do 2018. godine, osmišljen je Nacionalni sustav praćenja invazivnih vrsta komaraca, koji djeluje u sklopu HZJZ, u suradnji sa županijskim zavodima. Cilj projekta jest skupiti adekvatne podatke na razini cijele Republike Hrvatske postavljajući ovisičijske klopke za komarce. Na temelju uhvaćenih komaraca, moći će se pratiti rasprostranjenost pojedinih vrsta, procijeniti rizik zaraze te stvoriti Nacionalna baza podataka.

U Međimurju je prvi slučaj zaraze virusom Zapadnog Nila dokazan 2013.godine (bolesnica je bila liječena na Odjelu za infektologiju), 2017. godine liječili smo jedan slučaj encefalitisa, a ove 2018. godine dokazali smo 3 slučaja zaraze: 2 slučaja groznice te 1 slučaj teškog encefalitisa.

S obzirom na sve ranije navedeno, **važna je prevencija te edukacija javnosti.**

Adekvatna edukacija, brza reakcija i kontrola pojedinih područja, prepoznavanje ozbiljne bolesti, može se postići jedino interdisciplinarnim pristupom (infektologija, epidemiologija, veterina...).

EUROPSKI DAN SVJESNOSTI O ANTIBIOTICIMA



Tanja Potočnik- Hunjadi, dr. med, spec. infektolog, Odjel infektologije, Županijska bolnica Čakovec.

Velika potrošnja antibiotika jedan je od bitnih pokretača rezistencije (otpornosti) bakterija

na antibiotike. Problem multirezistentnih bakterija posebno je vidljiv u bolničkim sredinama. Danas se već pojavljuju sojevi bakterija otpornih na sve antibiotike. Zabrinjavajući je podatak o povećanju broja multirezistentnih bakterija, uz činjenicu da nema mnogo novih antibiotika, što sužava terapijske mogućnosti u nekih bolesnika.

Antimikrobnna rezistencija (AMR) postaje globalni problem, ozbiljna prijetnja javnom zdravlju i veliki ekonomski problem. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) procjenjuje da u 2050.godini možemo očekivati da će od infekcija uzrokovanih multirezistentnim uzročnicima umirati godišnje oko 10 000 000 ljudi, odnosno da će rezistencija na antibiotike do 2050. godine postati vodeći uzrok smrti diljem svijeta.

S obzirom da je EU prepoznala problem rezistencije bakterija na antibiotike, **18. studenoga proglašen je „Europskim danom svjesnosti o antibioticima“.** To je uvedeno kako bi se šira javnost upoznala sa širenjem otpornosti na antibiotike i tog se dana održavaju razni skupovi, simpoziji i kampanje kojima se želi promicati svijest o tom problemu i ispravnom uzimanju antibiotika.

Nažalost, antibiotici se često uzimaju nepotrebno, često kod virusnih infekcija koje se ne prepoznaju kao takve ili u smislu prevencije bakterijskih infekcija.



Osim u humanoj medicini, antibiotici se često nekritički primjenjuju i u veterini, a nalaze se i u namirnicama, što sve ima odraz na zdravlje ljudi. Vezano uz to, **Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) razradila je globalni plan djelovanja i naglašava pristup „Jedno zdravlje“**– kao sveobuhvatni pristup zdravlju čovjeka povezanom sa životinjskim svijetom i okolišem.

U našoj državi je **Interdisciplinarna sekcija za kontrolu rezistencije bakterija na antibiotike (ISKRA) Ministarstva zdravstva**, a u skladu s Nacionalnim programom za kontrolu rezistencije bakterija i Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva do 2020.godine, objavila nekoliko nacionalnih smjernica u kojima antibioticska terapija ima značajnu ulogu.

Obveza je zdravstvenih djelatnika primjenjivati te smjernice, ali i kontrolirati njihovu primjenu.

Kako bi se unaprijedilo propisivanje antibiotika u bolnicama, ali i u izvanbolničkoj sredini, u državama zapadne Europe i SAD-u (već 2014. godine), ali uskoro i u Republici Hrvatskoj, osnivaju se **Timovi za rukovođenje antimikrobnom terapijom**.

jom (A-timovi), koji su zaduženi za planiranje i provođenje programa rukovođenja antimikrobnom terapijom.

Program rukovođenja antimikrobnom terapijom ima za cilj smanjiti neprimjereno propisivanje antibiotika i osigurati optimalnu primjenu antibiotika imajući u vidu najbolji ishod liječenja za bolesnika, optimalan odnos cijene i učinka terapije, smanjenje neželjenih posljedica, uključujući i neželjeni učinak na razvoj i širenje rezistencije na antibiotike. Program rukovođenja antimikrobnom terapijom mora biti komplementaran s programom za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija.

S obzirom da je krenulo CIJEPLJENJE PROTIV GRIPE, kao uvod u sezonu gripe, upućujemo

POZIV NA CIJEPLJENJE PROTIV GRIPE

GRIPA je globalni javnozdravstveni i makroekonomski problem. U sezoni 2017./2018. u Hrvatskoj je službeno registrirano 64 813 oboljelih, uz 30 smrtnih slučajeva.

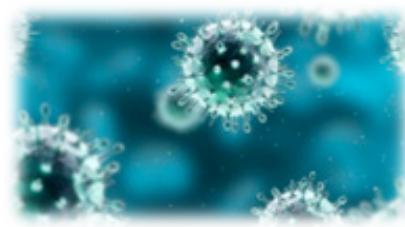
Gripa je akutna virusna respiratorna bolest koja se manifestira visokom temperaturom i općim simptomima infekta (opći algički sindrom), kasnije uz razvoj respiratornih simptoma. Najčešće prolazi kroz desetak dana izlječenjem, ali se često razvijaju i KOMPLIKACIJE s mogućim smrtnim ishodom.

Za vrijeme gripe se zbog komplikacija propiše i do 75 posto više antibiotika čime se pogoduje razvoju rezistencije bakterija.

CJEPIVO: najučinkovitija mjera prevencije gripe dokazane je neškodljivosti, cijepiti se mogu svi (i djeca, i trudnice), sprječava gripu u 70-90 posto cijepljenih, prethodno zdravih ljudi.

PRIORITETNE SKUPINE ZA CIJEPLJENJE SU:

- osobe starije od 65 godina
- osobe koje boluju od kroničnih bolesti, bez obzira na dob (KOPB, astma, srčane bolesti, kronična bubrežna bolest, kronične bolesti jetre, hematološke, neurološke, neuromuskularne bolesti, dijabetes...)
- imunodeficijencije (zbog bolesti ili liječenja)
- pretile osobe
- trudnice (2.i 3.trimestar)
- štićenici domova za starije i nemoćne osobe
- zdravstveni radnici – zbog velike ekspozicije



ZAŠTO SU KRVNE GRUPE VAŽNE U TRUDNOĆI?



Maja Koren, dr.med., specijalizantica transfuzijske medicine

Dr.sc. Sandra Oslaković, dr.med., spec. transfuzijske medicine,
Odjel za transfuzijsku medicinu, Županijska bolnica Čakovec



Prije nešto više od 100 godina nije se znalo da postoje različite krvne grupe, za njihovo otkrivanje zaslužan je Karl Landsteiner koji je 1901. godine otkrio **A, B i O krvnu grupu**. AB krvnu grupu otkrio je slijedeće godine, dok je krvne grupe iz Rhesus sustava otkrio tek 1940. godine. Godine 1930. dobio je Nobelovu nagradu za otkriće krvnih grupa i razvoj AB0 sustava, što je omogućilo rutinsku primjenu transfuzije krvi u medicini.¹ Trudnoća ili transfuzija krvi putevi su kojima se može razviti imunološka reakcija ukoliko se pacijent susreće sa stranim krvnim grupama, tj. krvnim grupama koje su nepoznate njegovom imunološkom sustavu. Događaj koji je imao veliki doprinos današnjem razumijevanju hemolitičke bolesti novorođenčadi i senzibilizacije majke dogodio se 1939. godine kada se majci nakon poroda transfundirala krv oca djetetar te je došlo do razvijanja poslijetransfuzijske akutne hemolitičke reakcije kod majke. Tada su se pojavili prvi postulati o senzibilizaciji majke na očeve antigene.²

Kliničko značenje krvnih grupa je različito. **Zbog posljedica koje nastaju nakon trudnoće i/ili transfuzije nepodudarnih eritrocita izdvajaju se AB0 i Rh krvne grupe.** Na eritrocitima prisutan je veliki broj antiga - krvnih grupa, neki su specifični

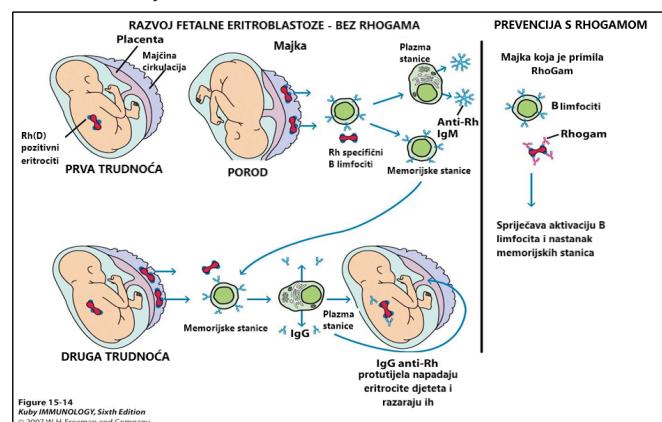
za eritrocite, a drugi se nalaze i na stanicama drugih tkiva. Do danas je otkriveno više od 600 eritrocitnih antiga koji su razvrstani u 36 krvnih grupa (AB0, Rh, MNS, Kidd, Kell, Duffy, Lewis, Lutheran, P, I, Diego...). Gotovo svi antigeni nasljedne su osobine, a nasleđuju se prema Mendelovim zakonima. Geni koji određuju krvne grupe obično su kodominantni, tj. antigeni koji nastaju djelovanjem gena mogu se uvek dokazati na eritrocitnoj membrani. Svako je dijete posebno živo biće koje je pola genetskog materijala naslijedilo od majke, a polovicu od oca, u slučaju krvnih grupa to znači da se na eritrocitima djeteta uvijek mogu naći i majčini i očevi antigeni.²

Hemolitička bolest novorođenčeta (HBN) posljedica je razgradnje fetalnih eritrocita s protutijelima majke koja su prešla posteljicu i ušla u cirkulaciju fetusa. Najviše, oko 95 posto, HBN nastaje zbog nepodudarnosti u Rh(D) sustavu krvnih grupa.² Hemolitička bolest novorođenčeta ima tri oblika, a stupanj oštećenja vrlo je različit. **Najblaži je oblik novorođenčaka anemija, teži oblik protječe klinički kao slika teške novorođenčake žutice (icterus gravis neonatorum), a najteži oblik oštećenja očituje se kliničkom slikom fetalnog hidropsa.** Težina kliničke slike ponajviše ovisi o stupnju imunizacije majke.³

Tijekom trudnoće, majka i fetus fizički su povezani preko posteljice. Posteljica je veza između majke i fetusa putem kojeg fetus dobiva hranjive tvari i kisik, a izlučuju se otpadne tvari (urea, kreatinin) te ugljični dioksid. Također, putem posteljice iz majke u fetus prelaze i majčina protutijela koja štite dijete od niza bolesti u prvim mjesecima života. Međutim, preko posteljice također može doći do ulaska fetalnih eritrocita u majčinu krv što može uzrokovati imunizaciju majke, a zatim i prolazak protutijela od majke prema fetusu, a to može uzrokovati hemolitičku bolest novorođenčeta. Ukoliko majka dođe u kontakt s eritrocitima koji na površini sadrže krvne grupe koje njezini eritrociti nemaju imunološki sustav ih prepoznaće kao strane te dolazi do **imunizacije**. Do imunizacije može doći tijekom trudnoće (prekid trudnoće, amniocenteza ili drugi invazivni zahvati u trudnoći) i/ili poroda kada je moglo nastupiti transplacentarno krvarenje, ali i uslijed transfuzija krvi zbog ranijih bolesti majke.

U prvom doticaju sa antigenom (primarni odgovor) stranu krvnu grupu prepoznaju limfociti T koje taj antigen predaju limfocitima B. Limfociti B zatim najprije razvijaju protutijela klase IgM. IgM velika protutijela ne mogu preći posteljicu te nikad ne uzrokuju HBN. Nakon 2 tjedna do 6 mjeseci počinju se stvarati u većoj količini IgG protutijela koja su manja i na posteljici imaju receptore što im omogućava prolazak u cirkulaciju fetusa. IgG protutijela se vežu na antigene na eritrocitima i uzrokuju razgradnju eritrocita fetusa/djeteta te se tada razvija hemolitička bolest novorođenčeta. Nakon primarne imunizacije u organizmu ostaju specifični limfociti T i B (memorijske stanice) te kod ponovnog dodira s istim antigenom (npr. slijedeća trudnoća ili transfuzija) razvija se sekundarni imunološki odgovor s brzim porastom (nekoliko sati ili dana) titra specifičnih protutijela do viših vrijednosti nego pri prvom dodiru.

Slika 1. Razvoj fetalne eritroblastoze.



Rizik od HBN imaju Rh(D) negativne majke koje nose dijete koje je Rh(D) pozitivan antigen naslijedilo od oca. Rh antigeni su izrazito imunogeni (imaju veliki potencijal za razvoj imunološkog odgovora), a najveću imunogenost pokazuje D antigen. U kliničkom radu osim Rh(D) iz Rh krvnogrupnog sustava HBN mogu izazvati i c, C, e i E antigeni koji se danas rutinski određuju svim trudnicama.^{5,6}

Najviše, oko 95 posto, HBN je nastalo zbog nepodudarnosti u Rh(D) sustavu krvnih grupa. Od 1968. godine one su u stalnom padu zbog otkrivanja **anti-Rh(D)-imunoglobulina (RhoGAM)**, međutim incidencija nepodudarnosti u drugim krvnim grupama je u stalnom porastu. **RhoGAM se daje Rh(D) negativnim majkama koje su rodile Rh(D) pozitivno dijete u roku od 72 sata od poroda (pobačaja, amniocenteze).** Rh imunoglubulini vežu se za fetalne Rh(D) pozitivne eritrocite

u majčinoj cirkulaciji, takvi eritrociti dolaze do majčine slezene i budu uništeni što sprječava senzibilizaciju majke. Prije primjene Rh imunoglobulina potrebno je dokazati da majka nije razvila anti-Rh(D) protutijela i da na eritrocite novorođenčeta nisu vezana majčina protutijela (tj. Indirektni i direktni Coombsov test trebaju biti negativni). Kada je već majka senzibilizirana na Rh(D) antigen Rh imunoglobulini nemaju djelovanja te neće utjecati na pad titra protutijela. Važno je napomenuti da osim RhoGAM-a danas nisu u primjeni imunoglobulini koji se primjenjuju da se spriječi imunizacija majke zbog nepodudarnosti u drugim krvnim grupama.^{1,2}

Danas je još uvijek manje poznato da **osim Rh(D) antigena HBN uzrokuju i nepodudarnosti u drugim krvnim grupama**. Tako majka krvne grupe 0, čije je dijete od oca naslijedilo krvnu grupu A ili B, prirođeno ima protutijela na A i B antigen IgG razreda koji prelaze fetoplacentarnu barijeru - neovisno o imunizaciji! Jedan od najtežih i najopasnijih HBN mogu izazvati protutijela na K antigen iz Kell sustava, pri čemu je uspješan završetak trudnoće vrlo neizvjestan. Zatim su tu još i nepodudarnosti u Kidd, Duffy, MNSs sustavu koje mogu također uzrokovati HBN, ali znatno rjeđe.^{5,7}

Da bi se spriječila HBN i na vrijeme otkrila prisutnost protutijela koja mogu uzrokovati HBN potrebno je provoditi prijenatalno testiranje svih trudnica u svakoj trudnoći.

Prvo imunohematološko testiranje bi se trebalo provesti između 10. i 12. tjedna trudnoće, tada se određuju ABO krvna grupa, Rh(D), Rh fenotip majke (c,C,e,E krvne grupe) i traži se prisutnost protutijela u plazmi majke, tj. **izvodi se indirektni antiglobulinski test**. Drugo imunohematološko ispitivanje koje bi također trebalo biti obavezno za sve trudnice, neovisno o Rh(D) statusu, provodi se između 32. i 34. tjedna trudnoće kada se ponovno traži prisutnost protutijela u plazmi majke. **Ukoliko se dokažu protutijela koja mogu izazvati HBN, određuju se dodatno krvne grupe oca djeteta, a majka se testira najmanje svaka 4 tjedna pri čemu se određuje i titar protutijela da bi se odredio stupanj ugroženosti fetusa.**²

Literatura:

- Harmening DM, Modern blood banking and transfusion practice, F.A. Davis Company, Philadelphia, Fourth edition
- Grgičević D i sur. Transfuzijska medicina u kliničkoj praksi, Medicinska naklada, Zagreb 2006.
- Mardešić D. Pedijatrija, Školska knjiga, Zagreb 2003.
- Andreis I, Čulo F, Marušić M, Taradi M. Imunologija, Medicinska naklada Zagreb, 1998., UDK612.017(075.8)
- Dean L. Blood groups and red cell antigens, National Center for Biotechnology Information (NCBI), National Library of Medicine, National Institutes of Health, Bethesda, MD 20892-6510
- Sheeladevi CS, Suchitha S, Manjunath GV, Murthy S. Hemolytic Disease of the Newborn Due to Anti-c Isoimmunization: A Case Report; Indian J Hematol Blood Transfus. 2013 Sep; 29(3): 155–157.
- Starčević M, Sović D, Dodig J, Zah-Matačović V, Zakanj Z. Teška hemolitička bolest novorođenčeta uzrokovanja anti-K protutijelom; Paediatr Croat 2008;52:249-252

ZDRAVSTVENA NJEGA PACIJENATA NA NEINVAZIVNOJ MEHANIČKOJ VENTILACIJI U KORONARNOJ JEDINICI



Ljiljana Kralj, bacc.med.techn.

Jasna Cmrečnjak, dr.med., spec.interne med., subspec.kardiologije, Odjel za kardiologiju s koronarnom jedinicom, Služba interističkih djelatnosti, Županijska bolnica Čakovec



Neinvazivna mehanička ventilacija (NIV) je oblik ventilacije bolesnika koja se provodi bez primjene endotrahealne intubacije (ET). Provodi se putem više vrsta maski uz korištenje pozitivnog tlaka na dišni sustav. Indikacije za primjenu NIV-a imaju pacijenti sa KOPB-om, pneumonijom, bronhalnom astmom, akutnim srčanim zatajenjem (plućnim edemom). *Važan preduvjet za primjenu NIV-a je da bolesnik spontano diše.* Glavni razlog rastućeg interesa za primjenu NIV-a je izbjegavanje komplikacija invazivne mehaničke ventilacije (ozljeda glasnica ili trahae pri intubaciji, iritacija i ozljeda sluznice, edem, upala, aspiracija želučanog sadržaja, gastrointestinalno krvarenje, tromboembolijski incidenti...). Koristi se u jedinicama intenzivne skrbi. Pri započinjanju NIV-a potrebno je uložiti maksimalan trud u odabir adekvatnog sučelja i njegovu pravilnu adaptaciju pojedinom bolesniku. Postoji niz sučelja od kojih se najčešće koriste maske preko cijelog lica i nosne maske. Dobro educirani i iskusni zdravstveni djelatnici trebaju pažljivo nadzirati pacijenta kojem je započet ovaj oblik mehaničke ventilacijske potpore. Pažnju treba obratiti ne samo na vitalne znakove i vrijednosti PAAK-a (plinska analiza arterijske krvi), već i na udobnost i pacijentovu toleranciju sučelja. Pribor za intubaciju treba biti pripremljen i u slučaju neadekvatnog odgovora treba bez odgađanja započeti invazivnu ventilaciju.

Neinvazivna mehanička veliki značaj ima kod bolesnika s KOPB-om dodatno otežanom hiperkapnijskom acidozom i alveolarnom hipoventilacijom, kod bolesnika s kardiogenim plućnim edemom, kod pacijenata koji se odvajaju od invazivne mehaničke ventilacije.

Dobrobiti neinvazivne mehaničke ventilacije:

fleksibilnost u postavljanju ventilacije i/ili njenom prekidanju, omogućavanje normalnog hranjenja, uzimanja tekućine i komunikacije, očuvanje zaštitnih mehanizama dišnih puteva, refleksa kašla i gutanja, sprječavanje traumatskog oštećenja gornjeg dišnog puta koje je moguće kod intubacije, sprječavanje mogućnosti nastanka intrahospitalne pneumonije, sprječavanje nastanka oštećenja pluća sa visokom tlačnom potporom, omogućavanje odmora pomoćne dišne muskulature.

Nije potreban invazivni monitoring, praktičnija i jeftinija metoda.

Indikacije za primjenu NIV-a:

Pacijenti moraju biti PRI SVIJESTI I SPONTANO DISATI !

Akutna egzacerbacija KOPB-a

Hipoksemično zatajenje disanja – ARDS

Pneumonija

Bronhalna astma

Akutno srčano zatajenje sa plućnom kongestijom (plućni edem)

Respiratori distres (tahipneja, korištenje pomoćne respiratorne muskulature, nalaz plinske analize arterijske krvi).

Koji pacijenti NISU mogući za liječenje NIV-om?

pacijenti koji nisu prisebni i koji ne dišu – intubacija i mehanička ventilacija,

pacijenti koji imaju obilnu sekreciju iz dišnih puteva (djelomična kontraindikacija – nosna maska ?),

hemodinamska nestabilnost,

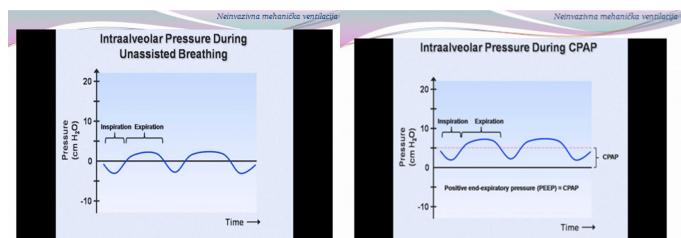
opstrukcija gornjih dišnih puteva, pneumotoraks, nedavna operacija jednjaka...

NIV – opcije (najčešće korištene):

CPAP / continuous pressure suport /

PS / pressure suport /

BPAP / bilevel pressure suport /



Uredaj služi za ventiliranje kontrolirano tlakom i kontrolirano volumenom.

Ventilacija se provodi putem više vrsta maski uz korištenje pozitivnog tlaka na dišni sustav. Postoji velik broj različitih **maski** kako bi se pacijentima pružila udobnost prilikom neinvazivne ventilacije i sigurnost.

Najčešće korištene vrste:

Nosne maske - pacijenti uz njih mogu govoriti i iskašljavati, a i rjeđe se javlja klaustrofobija.

Oronazalne maske

Maske preko cijelog lica - one zahtijevaju manju suradnju pacijenta i dozvoljavaju disanje na usta. Ipak, manje su udobne, pacijenti teško govore, ponekad je veličina L (najveća veličina) premala pa ne pokriva cijelo lice pacijenata. Takvim pacijentima je neugodno, maska klizi s lica, gubi se zrak i ventilacija je neadekvatna, mogu se razviti oštećenja kože lica. **Najvažnija prevencija oštećenja kože je pravilno namještanje maske.** Maska treba biti pričvršćena za glavu na način da dva prsta mogu proći između lica i traka za fiksaciju.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE:

1. PSIHIČKA:

objasniti pacijentu važnost njegove suradnje,
objasniti sam postupak stavljanja maske,
dogovoriti se s njim oko načina komunikacije (treptanje, klimanje glavom...) i
pravljenja stanki tijekom primjene NIV ako stanje pacijenta to dozvoljava.

2. FIZIČKA:

postaviti pacijenta u pravilan položaj (uzglavlje podignuto),
po blagom i pravilnom stavljanju maske za NIV obavezno praćenje kliničkog stanja i disanja bolesnika, praćenje pojave mogućih komplikacija i monitoringa.

Uloga medicinske sestre/tehničara prije postavljanja pacijenta na NIV:

1. spajanje maske s cijevima i aparatom,
2. postavljanje filtera (antibakterijskog za jednokratnu upotrebu),
3. povezivanje aparata s centralnim dovodom kisika,
4. otvaranje dovoda kisika.

Maska se nikad ne postavlja prije nego se otvori sistem i postave parametri na uređaju.

Postavljanje i fiksiranje maske

Provjeriti udobnost pacijenta te prihvatanje adekvatnog sučelja.

Provjera je li maska dobro postavljena:

da ne pritišće nos,
provjeriti jačinu stezanja poveske,
postoji li gubitak zraka,
provjera protoka kisika,
praćenje mogućih nuspojava (oštećenje kože lica, nosa, eritem, klastrofobija).

PRAĆENJE - MONITORING

1. praćenje kliničkog stanja bolesnika, stanja svijesti (smetenost, tjeskoća, pospanost), korištenja pomoćne muskulature disanja,
2. praćenje vitalnih parametara (krvni tlak, srčana frekvencija i ritam, kontinuirani EKG, pulsna oksimetrija),
3. praćenje analize plinova u krvi.

PAAK se kontrolira 1-2 sata nakon primjene NIV-a te 4-6 sati ako je došlo do laganog poboljšanja. Ako ne dođe do poboljšanja u tom vremenskom periodu procjenjuje se mogućnost invazivne mehaničke ventilacije.

NIV se može prekinuti ako je pacijent stabilan (5-15 min): kod govora, iskašljavanja, inhalacija, za vrijeme uzimanja obroka i tekućina.

U zdravstvenoj njezi bolesnika kojima je potreban NIV-a najčešće su sljedeće **sestrinske dijagnoze**:

1. STRAH od osjećaja zatvaranja lica i stavljanja maske, neizvjesnosti od ishoda bolesti

CILJ: smanjiti razinu osjećaja straha i stvoriti osjećaj sigurnosti i povjerenja

INTERVENCIJE:

- stvoriti profesionalan, empatijski odnos s pacijentom,
- stvoriti osjećaj sigurnosti,
- upoznati pacijenta s okolinom, aktivnostima,
- objasniti pacijentu važnost primjene NIV-a,
- zajedno s pacijentom odlučiti o vrsti sučelja (kako bi se pacijent osjećao udobno i sigurno),
- osigurati mirnu okolinu.

2. SMANJENO PODNOŠENJE NAPORA

CILJ: Pacijent će razumjeti svoje stanje i prihvatiti pomoć

INTERVENCIJE:

- prepoznati znakove umora kod pacijenta,
- primijeniti kisik prema odredbi liječnika,
- osigurati potrebna pomagala kod izvođenja aktivnosti,
- ukloniti činitelje koji imaju negativan utjecaj na podnošenje napora,
- pružiti emocionalnu podršku,
- smjestiti pacijenta u odgovarajući položaj koji mu omogućava neometanu respiraciju i ne umara ga,
- osigurati primjerenu prehranu i unos tekućine (izbjegavati velike obroke),
- educirati pacijenta o primjeni kisika.

ZAKLJUČAK:

Primjena NIV-a u koronarnoj jedinici značajno je povećana u zadnje vrijeme u liječenju respiratorne insuficijencije, kardijalnog plućnog edema. Upotrebom NIV-a bitno se smanjuje potreba za ET intubacijom, duljinom boravka u bolnici, komplikacijama vezanim uz mehaničku ventilaciju. Medicinska sestra mora poznavati rad, način korištenja te moguće nedostatke uređaja, znati tumačiti prikupljene podatke iz praćenja te u suradnji s liječnikom djelovati na odgovarajući način. Pribor za intubaciju treba biti pripremljen i u slučaju neadekvatnog odgovora bez odgađanja započeti invazivnu mehaničku ventilaciju. Suradnja med. sestre i liječnika, rano otkrivanje znakova i simptoma i prepoznavanje kliničkog statusa pacijenta uvelike pridonosi poboljšanju kvalitete pružene zdravstvene njege. **Učinkovitost liječenja pacijenata NIV-om u velikoj mjeri ovisi o dobro obučenom medicinskom timu koji ima izuzetno važnu ulogu kako u pripremi pacijenta tako i u samom praćenju pacijenata na NIV-u jer dobro pripremljen pacijent bolje surađuje i bolji je ishod liječenja neinvazivnom ventilacijom.**



KOORDINATOR RADA U CENTRALNOM OPERACIJSKOM BLOKU



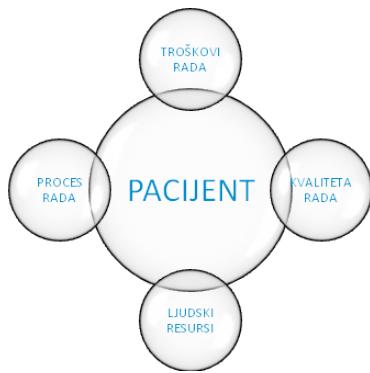
Matija Ladić, bacc.med.techn., koordinator rada u Centralnom operacijskom bloku,
Županijska bolnica Čakovec

Radno mjesto koordinatora u centralnom operacijskom bloku oformljeno je prema modelu njemačke klinike koja ima tri operacijske sale i zaposlenog koordinatora rada.

Zahtjevi pacijenata i opseg posla u zdravstvu se iz dana u dan povećavaju. Poboljšanje kvalitete

posla i usluge koja će se pružiti krajnjem korisniku u oskudnim resursima predstavlja visoke zahtjeve. Profesionalni menadžment funkcionalnih područja u bolnici je vrlo bitan.

Za najefikasnije korištenje ljudskih i materijalnih resursa u području operacijske struke zahtijeva specijalizirano znanje u području upravljanja i organizacije. Upravljanje operacijskim traktom postaje stalni izazov. Upravljanje operacijskim programom znatno je više od dnevnog koordiniranja operacijskog programa. Jedan od zadataka koordinatora je i smanjenje tenzija između ekonomskih ograničenja i pružanja medicinske usluge.



Poslovi koordinatora rada u operacijskom bloku su slijedeći:

- obavještavanje odjela o davanju premedikacije te dovoženju pacijenata u operacijski trakt
- integrirati hitne, medicinski indicirane zahvate u redovan operativni program
- dogovor sa glavnom sestrom operacijskog trakta da ima li primjedbi na operacijski program (u slučaju nedostatka osoblja ili instrumenata)
- promjene u operacijskom planu moguće su samo u dogovoru

- sa koordinatorom rada i/ili rukovoditeljem operacijskog trakta
- glavne sestre odjela do 7 i 15 sati obavještavaju koordinatora jesu li pacijenti koji su taj dan na operacijskom programu zaprimljeni u bolnicu
- pratiti provođenje operacijskog programa te reagirati na eventualna odstupanja
- voditi računa za što kraće izmjene pacijenata, da operacijske sale budu što kraće vrijeme prazne te da se svakodnevno izvrši operacijski program
- komunicirati sa osobljem zaposlenim u operacijskom traktu o toku operacijskog programa te pravodobno obavještavanje o izmjenama u operacijskim salama
- zaduženje za upisivanje izmjena u operacijski program (folder Obavijesti – Operativni plan KIRURGIJA) tako da taj program bude u svakom trenutku dostupan svom osoblju zaposlenom u operacijskom traktu
- zaduženje da ne izostane komunikacije o stanju pacijenta te mora biti upućen u svaki operativni zahvat (npr. kod infektivnih pacijenata)
- ako operater ili bilo koji drugi zaposlenik operacijskog trakta nije došao na vrijeme u operacijsku salu, koordinator ga obavještava o početku operacijskog zahvata
- odgovoran za sva pitanja vezana uz operativni program
- mora biti u kontaktu sa svim službama koje koriste operativni trakt
- kontrolira izvršenje operacijskog plana i programa
- rukovoditelju operacijskog trakta podnosi izvještaj o izvršenosti operacijskog programa
- mora svaki prijedlog za poboljšanje rada razmotriti te u dogovoru sa rukovoditeljem implementirati kako bi se poboljšao rad u traktu
- koordinira osobljem u dogovoru sa rukovoditeljem operacijskog trakta
- mora izvršiti zadatke koje mu je zadao rukovoditelj djelatnosti
- na sve nedoumice koje se događaju u operativnom traktu mora se otvoreno referirati i nastojati riješiti problem u što kraćem vremenu.

Koordinacija rada u sustavu kao što je operacijski blok je složen zadatak. Pred koordinatora rada stavlja se da bude miran i staložen, da u svakom trenutku zna što se događa i kako teče posao u operacijskom bloku te reagira na svako odstupanje od prethodno dogovorenog operativnog programa.

ENTEROSTOMALNI TERAPEUT - SVAKODNEVница SA STOMOM



Renata Pongrac, bacc. med. techn., enterostomalni terapeut, Odjel za abdominalnu i dječju kirurgiju, Služba kirurških djelatnosti, Županijska bolnica Čakovec

Povijest enterostomalnih terapeuta započinje kirurgom Rupertom Turnbullom, kolorektalnim kirurgom iz Cleveland klinike i njegovom pacijenticom Normom N. Gill koja je nakon operacije dobila stому. Što je to uopće kolostoma ili ileostoma? **Kolostoma ili ileostoma** je

mjesto na kojem je debelo ili tanko crijevo izvedeno na kožu, najčešće nakon operacija na crijevima. Stoma nam služi kao mjesto na kojem se naše tijelo rješava štetnih tvari, uglavnom putem stolice. S obzirom da je to stanje za naše pacijente novo, potreban je **enterostomalni terapeut** da pacijenta, ali i njegovu obitelj upozna s novostima

koje stoma nosi. Upravo su tim tragom i s tom potrebom 70-ih godina prošlog stoljeća ovo dvoje vizionara s početka priče krenuli u edukaciju specijaliziranih medicinskih sestara.

Enterostomalni terapeuti su školovane medicinske sestre i tehničari, specijalisti za brigu o stomi, za edukaciju pacijenata o stomi te pravilima ponašanja za vrijeme trajanja stome. Kirurzi određuju kada i kome je potrebna stoma, a sva pitanja vezana za brigu oko stome kao i upute o njezi preuzima enterostomalni terapeut, koji u suradnji s kirurgom pruža dodatnu kvalitetu našim pacijentima. U Hrvatskoj tek od nedavno postoje enterostomalni terapeuti, a njihovu edukaciju omogućava Sveučilište u Rijeci. Naša je bolnica odmah prepoznala naše potrebe za dodatnom

edukacijom medicinskih sestara na polju enterostomalne terapije te je tako 2018. godine uspješno završila Program za stjecanje kompetencija iz područja enterostomalne terapije i medicinska sestra Odjela za abdominalnu i dječju kirurgiju. U našoj se bolnici na Odjelu abdominalne kirurgije gotovo svakodnevno operiraju pacijenti s teškim dijagnozama i nerijetko se prilikom operativnih zahvata kreira stoma. Upravo je iz tog razloga izrazito vrijedno imati enterostomalnog terapeuta na Odjelu koji će svojim radom i sugestijama pomoći pacijentima prebroditi početno snaženje sa stomom, higijenu i njegu stome kao i promjenu stoma vrećice. Enterostomalni terapeut uputit će pacijenta što je sve potrebno za pravilno održavanje stome te koje se aktivnosti preporučuju. Važno je naglasiti da **stoma pacijente nikako ne ograničava u svakodnevnom životu, pacijenti sa stomom jednako su aktivni, uspješni i snažni kao i svi drugi**. Enterostomalna terapija osigurava dodatnu pomoć našim pacijentima i kvalitetu naše usluge čemu svjedoče mnogi zadovoljni pacijenti.

U trenutku otpusta iz bolnice počinje prilagodba pacijenta. Prvih nekoliko dana nakon otpusta trebala bi vas posjetiti patronažna sestra i olakšati vam prve trenutke samostalnosti. Normalna reakcija je postojanje nesigurnosti u samostalnoj izmjeni stoma pomagala. Edukacija koju ste prošli u bolnici i ovaj članak trebali bi vam pomoći u svakodnevici. Činjenica da imate izvedenu stому ne smije vas spriječiti u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, možete se normalno kupati, tuširati, ići u šetnje i uživati u vlastitom životu.

Stoma pomagalo koje ste odabrali ili koje vam je bilo preporučeno propisuje se na količinu dostatnu za tri mjeseca, preko liječnika obiteljske medicine. Šifre pomagala napisao vam je kirurg u otpusnom pismu kojeg ste dobili po završetku hospitalizacije.

Ne postoji jasno definirana dijeta koje se morate strogo pridržavati. Neke od namirnica koje ubrzavaju pražnjenje stome su svježe povrće, mahunarke, smokve. Usporavanju pražnjenja doprinose banane, riža i kruh. Pojava zraka u vrećici je normalna pojava i ne bi vas trebala zabrinjavati jer se radi o plinovima koji se stvaraju u probavnem sustavu. Konzumiranje hrane poput jaja, riba, mlijecnih proizvoda doprinosi pojačanom stvaranju plinova. Odljepljivanje stoma pomagala je nešto što se može dogoditi, ali nije nešto što vas treba obeshrabriti, neugodne situacije dio su ljudskog života, bilo sa stomom ili bez nje.



Prvo operite ruke i pripremite potreban pribor za izmjenu stoma pomagala (jednodijelni ili dvodijelni sustav stoma pločica i vrećica, škarice, jednokratni stoma mjerac, maramice, puder, pastu, mekanu trljačicu, neutralni pH sapun, stoma remen i/ili stoma pojaz).



U položaju koji Vama najbolje odgovara (sjedeći, ležeći ili stojeći) zamijenite stoma pomagalo imajući na umu da to mora biti položaj koji Vama omogućuje pogled na Vašu stому. Bez povlačenja odlijepite postojeće stoma pomagalo od vrha prema dolje pazeci da sadržaj vrećice ne iscuri.

Savjet je da sa sobom uvijek imate rezervni set sa stoma pomagalima.

Održavanje kože oko stome urednom čini primjenu stoma pomagala brzom i lakom. Pratite promjene koje se mogu dogoditi kako bi na vrijeme spriječili moguće oštećenje kože. Primijenite stoma puder ili pastu ako postoji potreba. Ako niste sigurni što učiniti, konzultirajte se s medicinskom sestrom u primarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti

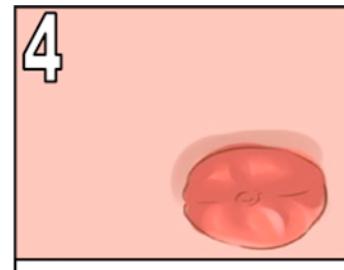
kako biste dobili stručan savjet ili podršku koja vam je potrebna.

Zapamtite da nikada niste sami i uvijek postoji netko kome se možete obratiti.

Za sve dodatne informacije možete se obratiti osoblju Odjela abdominalne kirurgije Županijske bolnice Čakovec na telefon: **040/375-333**, ili možete kontaktirati ILCO Savez unutar vaše županije ili na jedan od besplatnih brojeva savjetovališta Stoma Medical ili Coloplasta (ovisno o vašem odabiru), a on vam je vidljiv na vašoj torbici za početnu njegu stome koja vam je uručena po otpustu iz bolnice.



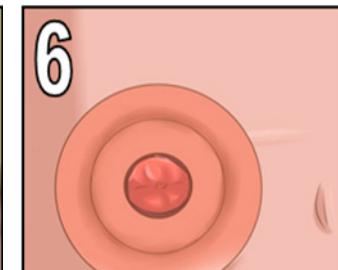
3
Ostatke stolice nježnom tkaninom, topлом водом и сапуном лагано отклоните скоје око стоме или примјените марамице за његу околне које. Попуште тапканjem а не трљањем. Примјените стање околне које имогућност примјене стома помагала.



4
Pogledajte вашу стому (изглед кријева, боја кријева, изглед околне које, процјенице и измјерите промјер Ваše стоме). Када савладате самосталну измјену и будете сигури у величину Ваše стоме унапријед си припремите изрезане пластика како би си олакшали поступак.



5
Odabran stoma pomagalo reže ili modelira na veličinu koja odgovara promjeru stome (кријeva) s minimalno 3 mm odmakom od samog кријева. Ostali dio ne smije se izrezivati jer čuva коју око стоме.



6
Prije aplikacije još jednom provjeriti da li veličina otvora odgovara нježно присланјајући уз стому.



7
Skinuti заштитнуfoliju s pomagala te prilijepiti stoma pomagalo. Najlakše je krenuti od donjeg prema gornjem dijelu кријeva radi lakše vizualizacije. Lagano pritisnuti rukom radi boljeg pričuvanja. Provjeriti da li je sa svih strana pomagalo prionulo uz коју te daje врећица okrenuta prema dolje.



8
Ako se radi o ileostomi odnosno врећици која има испуст затворити donji dio врећice (ljepljiva čičak traka ili plastična klipsa) kako не би дошло до curenja stolice . Nakraj ne zaboravite уживати у животу прихватајући своју стому.

VREDNOVANJE KVALITETE I USPJEŠNOSTI RADA HRVATSKIH BOLNICA

Jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite, Županijska bolnica Čakovec

Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi provela je kontrolu i vrednovanje kvalitete i uspješnosti rada u 28 hrvatskih bolnica te napravila rang-ljestvicu najuspješnijih bolnica u Hrvatskoj. Između četiri najuspješnije bolnice se svrstala Županijska bolnica (ŽB) Čakovec.

Na temelju čega je provedena ova procjena? Tko je sve sudjelovalo u projektu? I što konkretno ti rezultati znače za Županijsku bolnicu Čakovec i pacijente koji se tu liječe, pitali smo djelatnike u Jedinici za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite Županijske bolnice Čakovec koja je od samog početka uključena u cijelu priču.

Ukratko o programu...

Program poboljšanja kvalitete i djelotvornosti pružanja zdravstvenih usluga financiran iz sredstava zajma Svjetske banke ima za cilj unaprijediti dostupnost, kvalitetu i djelotvornost javnih zdravstvenih usluga. Nositelj programa je Ministarstvo zdravstva. Jedna od aktivnosti u okviru programa je uspostavljanje mehanizama kontrole kvalitete i definiranje procesa (protokola) **Kontrole kvalitete i učinkovitosti**.

Projekt pod nazivom **DL15** definiran je kao „Postotak javno objavljenih najuspješnijih akutnih bolnica (uključujući rezultate) na temelju audit-a obavljenih u proteklih 12 mjeseci“. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi bila je odgovorna za ostvarenje DL15, a Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje imao je status partnera.

Kako je tekla provedba u Županijskoj bolnici Čakovec?

U ŽB Čakovec je proveden audit 26. i 27. siječnja 2017. godine. Prvo pojasnimo značenje riječi audit. Pod pojmom **audit** podrazumijeva se sustavan, neovisan i dokumentirani proces prikupljanja i vrednovanja objektivnih dokaza o ispunjenju i zadovoljenju kriterija prema kojima se audit provodi.

S obzirom na to da su u audit temeljem postojećih nacionalnih smjernica uvršteni pokazatelji za tri kliničke kategorije: akutni infarkt miokarda, moždani udar i antimikrobna profilaksu u kirurgiji, a iz ostalih izvora su bili dostupni i drugi pokazatelji uspješnosti, pokazatelji su grupirani u četiri kategorije:

- **pokazatelji uspješnosti liječenja akutnog infarkta miokarda,**
- **pokazatelji uspješnosti liječenja moždanog udara,**
- **pokazatelji uspješne primjene antimikrobne profilakse u kirurgiji i**
- **ostali pokazatelji uspješnosti.**

Konačni izbor pokazatelja koji je ušao u analizu bio je uvjetovan i raspoloživošću podataka u medicinskoj dokumentaciji tijekom audita.

Za akutni infarkt miokarda (AIM) uključeni su slijedeći pokazatelji:

1. standardizirana bolnička smrtnost od infarkta miokarda unutar 30 dana od prijema u bolnicu (izvor izvješća Agencije),
2. stopa ponovnog prijema u bolnicu unutar 30 dana od otpusta (izvor DTS sustav HZZO),
3. prosječna duljina hospitalizacije (izvor DTS sustav HZZO),
4. postotak pacijenata kojima je propisana terapija aspirina pri otpustu (izvor audit),
5. postotak pacijenata za koje je procijenjen indeksa komorbiditeta (izvor audit).

6. postotak pacijenata koji su iz bolnice otpušteni u ustanovu za rehabilitaciju (izvor audit),
7. postotak pacijenata za koje je u medicinskoj dokumentaciji upisano vrijeme prijema (izvor audit).

Za moždani udar (CVI) uključeni su slijedeći pokazatelji:

1. standardizirana bolnička smrtnost od moždanog udara unutar 30 dana od prijema u bolnicu (izvor izvješća AAZ),
2. stopa ponovnog prijema u bolnicu unutar 30 dana od otpusta (izvor DTS sustav HZZO),
3. prosječna duljina hospitalizacije (izvor DTS sustav HZZO),
4. postotak pacijenata kojima je administrirana indicirana anti-koagulantna terapija (izvor audit),
5. postotak pacijenata kojima je unutar 3 sata od dolaska u bolnicu urađen CT ili MR (izvor audit),
6. postotak pacijenata kojima procijenjen indeks kliničkog stanja (izvor audit),
7. postotak pacijenata koji su iz bolnice otpušteni u ustanovu za rehabilitaciju (izvor audit),
8. postotak pacijenata za koje je u medicinskoj dokumentaciji upisano vrijeme prijma (izvor audit).

Za antimikrobnu profilaksu u kirurgiji - kolorektalni zahvat (APK) uključeni su slijedeći pokazatelji:

1. postotak pacijenata koji su primili antibiotik sukladan smjernici (izvor audit),
2. postotak pacijenata koji su primili dozu antibiotika sukladnu smjernici (izvor audit),
3. postotak pacijenata kod kojih je način primjene antibiotika bio sukladan smjernici (izvor audit),
4. postotak pacijenata kojima je vrijeme početka davanja antibiotika sukladno smjernici (izvor audit),
5. postotak pacijenata kojima je vrijeme završetka davanja antibiotika sukladno smjernici (izvor audit).

Za ostale pokazatelje (kategorija ostalo) - izvor DTS sustav HZZO, uključeni su:

1. stopa dnevne kirurgije (kataraka),
2. stopa dnevne kirurgije (tonzilektomija),
3. stopa dnevne kirurgije (vaginalna kiretaža),
4. stopa dnevne kirurgije (artroskopija koljena),
5. prosječna duljina hospitalizacije (carski rez),
6. stopa ponovnog prijema (carski rez).

Rangiranje akutnih bolnica i objava 40 posto najuspješnijih je napravljena temeljem podataka prikupljenih u okviru audita, podataka o kvaliteti zdravstvene skrbi i sigurnosti pacijenta koje prikuplja Agencija te administrativnih podataka iz sustava DTS koji vodi HZZO. Metodologija za konstrukciju zbroja i model strukture zbroja definirani su putem savjetodavne usluge u suradnji s Fakultetom organizacije i informatike Sveučilišta u Zagrebu.

Rezultati audita

ŽB Čakovec je za antimikrobnu profilaksu u kirurgiji i akutni infarkt miokarda svrstan na 3. mjesto dok je za moždani udar svrstan na 7. mjesto. Ukupni rezultati su prikazani na slici 1.

Slika 1. Prikaz nauspješnijih bolnica (abecednim redom, ne po rezultatima)

BOLNICE KOJE SE TEMELJEM REZULTATA AUDITA NALAZE U SKUPINI NAJUSPJEŠNIJIH BOLNICA

Bolnička zdravstvena ustanova	Kategorije indikatora
KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR RIJEKA	AIM, CVI, APK
KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR SESTRE MILOSRDnice	AIM, CVI, APK
OPĆA ŽUPANIJSKA BOLNICA VUKOVAR I BOLNICA HRVATSKIH VETERANA	AIM, CVI, APK
ŽUPANIJSKA BOLNICA ČAKOVEC	AIM, CVI, APK

Djelatnici bolnice koji su sudjelovali u auditu

Velika hvala svim djelatnicima Bolnice koji su na ovaj ili onaj način sudjelovali u samom projektu, a osobito hvala djelatnicima koji su 26. i 27. siječnja sudjelovali u auditu: dr.sc. Sandra Oslaković, dr. med., Kristina Kamenar Toplek, mag. admin. sanit., Branko Ostrički, dr. med., Jasna Mundar Palašek,

dr. med., Tanja Krnjak, bacc. med. techn., Nenad Škvorc, mag. med. techn., Kristina Premuš, mag. med. techn., Ina Posavec, dr. med., Luka Štruc, dr.med., Monika Risek, mag. iur. te velika hvala upravi Bolnice na čelu s ravnateljem dr. Robertom Gruđićem za moralnu podršku i omogućavanje da sve protekne u najboljem redu.



REZULTATI ANKETE O ZADOVOLJSTVU PACIJENATA 2018.godine

Jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite, Županijska bolnica Čakovec

Zahvaljujemo se svim našim pacijentima i njihovim najbližima koji su sudjelovali u anketi jer bi bez njihovih odgovora bilo znatno teže uvidjeti naše nedostatke i proste.

Opći podaci u anketi:

Broj ispitanika u 2018.g.: 720 = 441 stacionarnih + 279 polikliničkih pacijenata

Način provođenja ankete: web obrazac + papirnati obrazac
Anonimna anketa

Razdoblje 01.srpnja 2018. - 30.rujna 2018.

Rezultati ankete kod pacijenata koji su stacionarno liječeni (hospitalizacije)

1. Je li Vas je liječnik kod prijema upoznao s razlogom zadržavanja u bolnici ?

Dovoljno-potpuno: **2018> 93,6% vs 2017 > 92,6%**

2. Je li Vas je odjelni liječnik u bolnici upoznao s Vašim zdrav-

stvenim stanjem?

Dovoljno-potpuno: **2018 > 93,2% vs 2017 > 91,9%**

3. Jeste li Vi ili Vaša obitelj mogli dobiti zdravstvene informacije tijekom liječenja?

Djelomice-potpuno: **2018> 98,6% vs 2017 > 98,3%**

4. Jeste li u Bolnici upoznati s različitim mogućnostima liječenja svoje bolesti?

Dovoljno-potpuno: **2018 > 88% vs 2017 > 88,8%**

5. Ponašanje liječnika prema Vama bilo je:

Korektno-izrazito ljubazno: **2018 > 95,7 % vs 2017 > 94,9%**

6. Ponašanje medicinskih sestara prema Vama bilo je :

Korektno-izrazito ljubazno: **2018 > 95% vs 2017 > 97,7%**

7. Ponašanje ostalog osoblja u bolnici prema Vama bilo je:

Korektno-izrazito ljubazno: **2018 > 97% vs 2017 > 98,3%**

8. Jeste li upoznati s imenima liječnika koji su Vas liječili ?

Djelomice-potpuno: **2018 > 94,6% vs 2017 > 91,3%**

9. Jesu li Vam objašnjene medicinske pretrage kojima ste bili podvrnuti?

Djelomice-potpuno: **2018 > 95,9% vs 2017 > 96,7%**

10. Jeste li bili u mogućnosti odbiti neki predloženi medicinski postupak?

Djelomice-potpuno: **2018 > 69,6% vs 2017 > 66,7%**

11. Kako ocjenjujete mogućnost dobivanja posjeta tijekom boravka u bolnici?

Zadovoljavajuće-dobro: 2018 > 95,2% vs 2017 > 96%

12. Kako ocjenjujete ostvarivanje svojeg prava na privatnost tijekom boravka u bolnici?

Zadovoljavajuće-dobro: **2018 > 95,3% vs 2017 > 97%**

13. Jeste li zadovoljni pruženom zdravstvenom uslugom u bolnici?

Ocjena dobar-odličan: **2018 > 96,2% - nije bilo kao pitanje u 2017.**

14. Jeste li zadovoljni čistoćom bolesničke sobe i/ili odjeila?

Ocjena dobar-odličan: **2018 > 93,9% vs 2017 > 91,2%**

15. Jeste li zadovoljni higijenom sanitarnog čvora?

Ocjena dobar-odličan: **2018 > 86,4% vs 2017 > 83,8%**

16. Jeste li zadovoljni pruženom prehranom?

Ocjena dobar-odličan: **2018 > 88% vs 2017 > 70,6%**

Rezultati ankete kod pacijenata koji su poliklinički liječeni (ambulante)

1. Jeste li zadovoljni ukupnom zdravstvenom uslugom u poliklinici?

Ocjena dobar-odličan: **2018 > 77,5% vs 2017 > 66,6%**

2. Jeste li zadovoljni načinom na koji Vam je liječnik olakšao i pomogao u iznošenju tegoba koje imate?

Ocjena dobar-odličan: **2018 > 82% vs 2017 > 72,9%**

3. Jeste li zadovoljni objašnjenjima razloga zbog kojih trebate obaviti pojedine pretrage i načinom liječenja?

Ocjena dobar-odličan: **2018 > 80,7% vs 2017 > 71,3%**

4. Jeste li zadovoljni informiranjem o svemu što ste htjeli znati o svojim simptomima i bolesti od strane liječnika?

Ocjena dobar-odličan: **2018 > 79,5% vs 2017 > 64,9%**

5. Jeste li zadovoljni iskazanim razumijevanjem za Vaše tegobe, dobivenim preporukama i savjetima od strane liječnika?

Ocjena dobar-odličan: **2018 > 80,3% vs 2017 > nema podatka**

6. Jeste li zadovoljni spremnošću medicinskih sestara/ tehničara da Vam pomognu?

Ocjena dobar-odličan: **2018 > 82,1% vs 2017 > 79,6%**

7. Jeste li zadovoljni terminom za pregled u vrijeme kada Vam odgovara?

Ocjena dobar-odličan: **2018 > 69,2% vs 2017 > 57,4%**

8. Jeste li zadovoljni javljanjem medicinskih djelatnika na Vaše telefonske pozive?

Ocjena dobar-odličan: **2018 > 73,1% vs 2017 > 63,3 %**

9. Jeste li zadovoljni pridržavanjem radnog vremena poliklinike od strane liječnika?

Ocjena dobar-odličan: **2018 > 74,6% vs 2017 > 62,4%**

10. Jeste li zadovoljni dužinom čekanja na pregled u čekaonici poliklinike odnosno poštivanjem zakazanog termina?

Ocjena dobar-odličan: **2018 > 63,8% vs 2017 > 64,7%**

11. U kojoj mjeri ste zadovoljni higijenom prostora (čekaonice, ambulante, sanitarnog čvora)?

Ocjena dobar-odličan: **2018 > 87,5% vs 2017 > 75,5%**

RAZGOVOR S RAVNATELJEM ŽUPANIJSKE BOLNICE ČAKOVEC

„Izvor“: Nedavno ste odradili polovicu Vašeg mandata. Jeste li zadovoljni sa svim učinjenim dosad? Što ste sve ostvarili?

Mislim da nitko u ovakom velikom sustavu ne može do kraja biti zadovoljan. Sustav je velik, budući da se bavimo izrazito zahtjevnim poslom – zdravlјem ljudi, teško je sa sve svime biti zadovoljan. Ali, kad se sve sumira, mislim da možemo biti zadovoljni. Dio projekta je realiziran, veliki dio je u finalnoj fazi prije same realizacije. U ovakom velikom sustavu moramo dobro i precizno isplanirati korake, sve pripremiti i onda ići sa uvođenjem novih metoda, postupaka, organizacije rada, i sve to uvesti bez prekida u radu, jer bolnica živi 24 sata, 365 dana. Od početka mandata rekonstruirana je Kirurgija 1, obnovljena Rađaonica (i jedno i drugo nakon 44 godine rada), radovi na „Staroj internoj“ su u punom jeku, počinje gradnja zgrade za smještaj magnetske rezonance, potpisani je ugovor za nabavu uređaja

magnetske rezonance, ovaj mjesec počinje s radom denzitometrija, u laboratorij smo uveli čitav niz novih pretraga zbog kojih su naši pacijenti ranije odlazili u druge ustanove, instalirali smo nove stupove za endoskopske operacije, zamjenili skoro sve madrace u Bolnici, obnovili opremu u praonici, podigli standard u prehrani pacijenata i osoblja, uveli tzv. „sort in“ sustav obilježavanja laboratorijskih testova, također uveli identifikacijske narukvice (koliko sam informiran prvi smo u državi koji imamo takav sustav za cijelu Bolnicu), i još niz novosti Odgovorno tvrdim da nema nijednog odjela koji u proteklom razdoblju nije dobio dio nove opreme.

Nastavljamo s projektom e-bolnice (bolnice bez papira); tu je potrebno stvoriti niz preduvjjeta za sigurno pohranu svih podataka. S tim projektom opet smo ispred drugih bolnica.

„Izvor“: Koji su projekti u tijeku?

Što još planirate učiniti vezano uz organizaciju rada, kadrove, opremu? Odlaze li nam liječnici?

U tijeku je nabava oprema iz fondova EU. Proces je, nažalost, dugotrajan i spor, očekujem da će slijedeće opremanje biti kroz 3-6 mjeseci. Oprema uključuje nove instrumente i aparate za sve odjele, popis je poprilično dug. Aktualno je donošenje odluke o energetskoj obnovi Paviljona 1 (neurologija, kirurgija, ginekologija, pedijatrija). Namjeravamo na jedno mjesto staviti svu laboratorijsku dijagnostiku – transfuziju, citološki i klinički laboratorij, tako da pacijenti ne moraju „tražiti“ pojedine laboratorije.

Što se tiče kadrova, želimo svojom kvalitetom rada, infrastrukturom privući liječnike na rad u našoj ustanovi, omogućiti kvalitetnu edukaciju. Imamo odobrene specijalizacije za mlađe liječnike, imali smo razgovore o usklađivanju naših potreba i njihovih želja.

Nažalost, realnost je da liječnici odlaze iz svih bolnica, pojedine bolnice imaju epidemiju odlazaka sa pojedinih odjela. Liječnika nedostaje u cijeloj Europi. Naši liječnici dobivaju posao bez problema u inozemstvu zbog dva razloga – imamo kvalitetne liječnike te postoji stalna potreba za lijećnicima u zemljama EU. Mi ne možemo konkurirati plaćom, ali možemo ponuditi infrastrukturu i kvalitetnu bolnicu. Pregovaramo s vlasnikom o dodatnim pogodnostima za liječnike koji bi došli raditi u našu Bolnicu (sufinanciranje stana, postdiplomske studije itd.), kako to rade u drugim regijama.

„Izvor“: Uveli ste dosta novina vezano uz poštivanje protokola. Je li to svima dobro sjelo? Što biste poručili svojim kritičarima, i onima koji pišu neistine i blate upravu i cijelu Bolnicu?

Protokoli štite pacijente i djelatnike Bolnice. Mislim da za početak svi moramo biti svjesni značenja akreditacije, uvođenja protokola i postupnika. Akreditacijom osiguravamo svakom pacijentu visoku kvalitetu liječenja, standard dijagnostike i terapije. Treba reći da je rad u našoj bolnici kvalitetan, radi se odlično, ali sve to moramo evidentirati, staviti na papir. Svi žele protokole, načine liječenja, ali prilikom uvođenja zna biti negodovanja jer je to dodatni administrativni posao koji postane „višak“. Ali u slučaju bilo

kakvih nepredviđenih događaja, komplikacija, takav pisani trag pomaže u korekciji terapije i povećava sigurnost pacijenta, ali i osoblja Bolnice.

Kritičara uvijek ima. Voditelji velikih sustava govore da je potpuno normalno imati 20 posto nezadovoljnih djelatnika. Volim konstruktivne kritike, s prijedlogom za rješenje problema. Ali najčešće se suočavam s dojmovima, tračevima i paušalnim ocjenama. Problemi postoje u svim bolnicama, u mnogim bolnicama neusporedivo više problema. Želim u našoj Bolnici napraviti maksimalno od onog što nam je na raspolaganju – kadrovski i infrastrukturno, jer je to rad u uvjetima mogućeg, a ne u uvjetima željenog.

„Izvor“: Kakva je naša sadašnja pozicija u odnosu na druge bolnice? Vrednuju li naše rezultate resorno Ministarstvo i HZZO?

Prije mjesec dana Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu po prvi puta je iznijela rezultate o radu bolnica po određenim kriterijima. Mi smo među prve četiri bolnice. To je objektivno. Dakle imamo jedno od najboljih bolnica u Hrvatskoj. Prošle godine dobili smo povećanje limita. Ove godine očekujemo povećanje limita i plaćanje interventne kardiologije. Ministarstvo je prvi puta nakon niza godina korigiralo limite prema radu bolnica. Zahvaljujući dobrim rezultatima rada Bolnice

i dobroj komunikacijskoj resornim Ministarstvom i HZZO-om, mislim da će Bolnica od slijedeće godine biti u povoljnijoj finansijskoj poziciji.

„Izvor“: Poruka za kraj našim čitateljima?

Prvo bih zahvalio svim djelatnicima Bolnice na trudu, požrtvovnosti, razumijevanju. Puno noviteta je uvedeno zahvaljujući njihovom radu i angažmanu. Sve to radimo zbog naših pacijenata, ali i nas samih i našeg napretka u struci.

Posebna zahvala užem krugu suradnika koji doslovno „žive“ za Bolnicu.

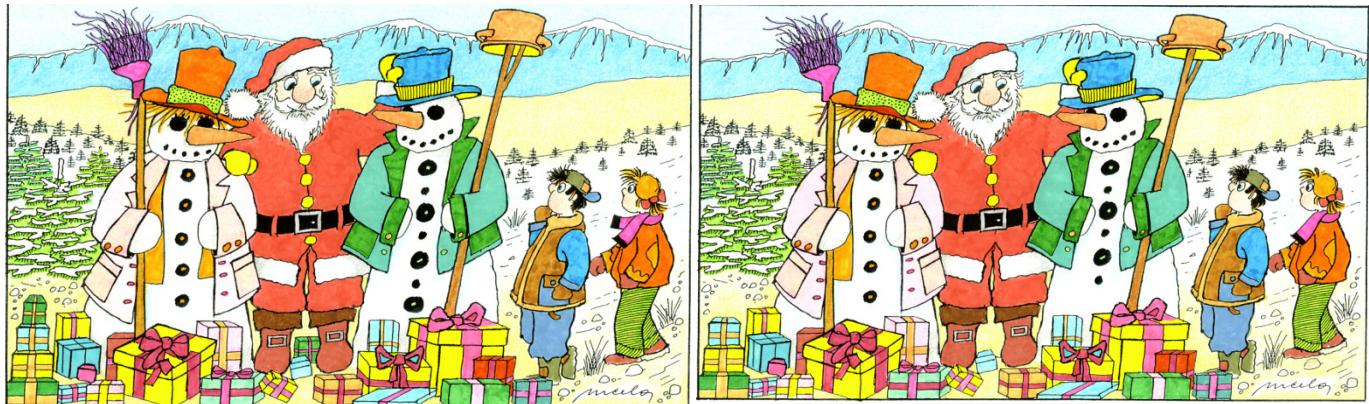
Svi našim čitateljima, našim pacijentima želim prije svega zdravlje. Zdravlje je zajednička briga nas kao zdravstvenih djelatnika i njih samih. Svaki savjet, lijek nema učinka ako se ne uzima pravilno ili se ne pridržava svih uputa o zdravom načinu života.

Hvala vam na povjerenju u našu Bolnicu. Radimo sve kako bi naša bolnica ostala na vrhu po kvaliteti i rezultatima.

Na kraju svim Međimurkama, Međimurcima, svim djelatnicima bolnice, svim korisnima naše bolnice, od srca želim zdravlja, sreće, optimizma i vjere u ispunjenje svih želja povodom božićnih blagdana te nove 2019.godine.



PRONAĐI DESET RAZLIKA (Mladen Mrčela)



BERTI

„IZVOR“, časopis Županijske bolnice Čakovec ISSN 2584-6760

Ključni naslov: Izvor (Čakovec)

Glavna urednica: prim. Andreja Marić, dr. med.

Uredivački odbor: Miroslav Horvat, dr.med., Zdravko Ivanković, dr.med., Miljenka Igrec, mag.med.techn., Goran Toplek, mag.med.techn., Robert Marčec, dr.med., prim.dr.sc. Ivan Žokalj, dr.med., Dubravka Kapun, dr.med., Sanja Topličanec, dr.med., Milica Gabor, dr.med., prim. Andreja Marić, dr.med.

Lektor: prof.emer.Stjepan Hranjec

Priprema i tisk: Zrinski d.d., Čakovec

Uz pomoć donacije tvrtke: NovoNordisk Hrvatska, d.o.o., Zagreb, Hrvatska