

*Broj 21, travanj 2026.godine  
Časopis Opće bolnice „Dr. Anđelko Višić“ Bjelovar*

# PORTAL

[www.obbj.hr](http://www.obbj.hr)





**Donosimo:**

- \* **novosti iz bolnice**
- \* **zanimljivosti iz medicine**
- \* **predstavljanja rada djelatnosti**
- \* **obilježavanja raznih događaja**

**Izdvajamo:**

<b>Uvođenje sustava raspodjele jedinične terapije</b>	<b>4</b>
<b>Carski rez u suvremenoj opstetriciji - između medicinske potrebe i racionalne primjene</b>	<b>6</b>
<b>Što se skriva iza „obične“ krvne slike?</b>	<b>8</b>
<b>Traktat o kirurgiji</b>	<b>10</b>
<b>Kašalj u pedijatrijskoj ambulatni</b>	<b>12</b>
<b>Mitovi i istine o kirurškim bolesnicima - što je stvarnost, a što još uvijek vjerujemo bez razloga</b>	<b>14</b>

**TEME BROJA:**

**Uvođenje sustava raspodjele jedinične terapije**

U sklopu modernizacije bolničkog sustava i unaprjeđenja sigurnosti primjene lijekova u Hrvatskoj pokrenut je projekt „Uvođenje sustava raspodjele jedinične terapije u 40 hrvatskih bolnica“.

Projekt predstavlja jedan od najznačajnijih koraka u modernizaciji sustava distribucije lijekova u hrvatskim bolnicama te ima za cilj povećati sigurnost pacijenata i učinkovitost bolničkog sustava.

Naša bolnica odabrana je kao pilot ustanova te će prva u Hrvatskoj započeti s primjenom ovog sustava.

Uvođenjem sustava jedinične terapije terapija se priprema individualno za svakog pacijenta tijekom njegova boravka u bolnici.

**Carski rez u suvremenoj opstetriciji - između medicinske potrebe i racionalne primjene**

Carski rez jedna je od najvažnijih operacija u modernoj medicini.

Tijekom posljednjih desetljeća značajno je pridonio smanjenju perinatalnog i maternalnog mortaliteta te je u mnogim situacijama nezamjenjiva metoda završetka trudnoće.

Međutim, paralelno s napretkom medicine svjedočimo i kontinuiranom porastu stope carskih rezova u gotovo svim razvijenim zemljama svijeta.

Upravo zato suvremena opstetricija sve više naglašava potrebu za racionalnim i jasno definiranim indikacijama za ovu operaciju.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), optimalna stopa carskih rezova u populaciji trebala bi se kretati između 10 i 15 %.

# PORTAL



**PORTAL** - časopis Opće  
bolnice „Dr. Anđelko Višić“  
Bjelovar

**Učestalost izlaženja:**  
tromjesečno

**Kontakt:**  
jedinicazakvalitetu@objj.hr

## Uredništvo:

Bojan Bakić  
Ivana Cindrić  
Jadranka Kicivoj  
Marina Kljaić  
Emanuel Modrić  
Goran Pavlović  
Goran Povh  
Tomislava Tulić

*Uredništvo ne odgovara za  
navode i gledišta iznesena  
u objavljenim radovima.*

## RIJEČ RAVNATELJICE

Poštovani,  
blagdan Uskrsa simbol je nove  
nade, snage i novog buđenja života. U  
ovo blagdansko vrijeme želim Vam  
uputiti iskrenu zahvalu na dosadašnjoj  
suradnji i povjerenju koje nam  
svakodnevno ukazujete.



Naša je misija brinuti o onome najdragocjenijem što imamo -  
zdravlju. Zahvaljujem našim pacijentima što su nam povjerali brigu  
o svom zdravlju jer je upravo Vaše povjerenje naš najveći poticaj  
da svakoga dana težimo izvrsnosti i pružamo Vam najbolju mogu-  
ću skrb.

Svim našim zaposlenicima zahvaljujem na nesebičnom trudu,  
profesionalnosti i ljudskosti koju unosite u svoj rad. Rad u bolnici  
je zahtjevan poziv koji traži mnogo snage, ali nas i podsjeća na  
ono najvažnije - vrijednost zdravlja i ljudskog života. Vi ste srce  
naše bolnice, a Vaša posvećenost čini razliku u životima naših pa-  
cijenata i donosi nadu onima kojima je pomoć najpotrebnija.

Želim da ove blagdane provedete u miru, radosti i toplini  
obiteljskog doma. Neka Vam Uskrs donese obilje blagoslova, nove  
radne elane, a prije svega - puno dobrog zdravlja.

## Sretan i blagoslovljen Uskrs!

ravnateljica  
Sanela Grbaš Bratković, dr. med.  
spec. opće kirurgije, subspec. abdominalne kirurgije



## Uvođenje sustava raspodjele jedinične terapije

Tea Širac, univ. spec. pharm.

U sklopu modernizacije bolničkog sustava i unaprjeđenja sigurnosti primjene lijekova u Hrvatskoj pokrenut je projekt „**Uvođenje sustava raspodjele jedinične terapije u 40 hrvatskih bolnica**“.

Projekt predstavlja jedan od najznačajnijih koraka u modernizaciji sustava distribucije lijekova u hrvatskim bolnicama te ima za cilj povećati **sigurnost pacijenata i učinkovitost bolničkog sustava**.

Naša bolnica odabrana je kao pilot ustanova te će **prva u Hrvatskoj** započeti s primjenom ovog sustava.

Na odjelu bolničke ljekarne instalirani su suvremeni uređaji Calipso EASY, Calipso OS i Pegasus STICK CLIP proizvođača Sinteco.

do pojave novog pacijenta kojem je potreban isti lijek.

Takav pristup otežava precizno praćenje potrošnje lijekova i učinkovito upravljanje zalihama, a istodobno povećava rizik nastanka farmaceutskog otpada te mogućnost medikacijskih pogrešaka, osobito kod pacijenata s kompleksnom terapijom.

Nakon prijema pacijenta na odjel i propisivanja terapije, putem bolničkog informacijskog sustava (BIS) kreira se zahtjev za bolničku ljekarnu.

Klinički farmaceut potom pregledava cjelokupnu terapiju pacijenta i provjerava moguće medikacijske pogreške.

*Uvođenjem sustava jedinične terapije terapija se priprema individualno za svakog pacijenta tijekom njegova boravka u bolnici.*



Instalacijom ovih uređaja bolnička ljekarna dobiva moderan automatizirani sustav za pripremu i raspodjelu terapije, čime se dodatno unapređuju procesi rada i sigurnost primjene lijekova.

Dosadašnji način distribucije lijekova u bolnicama temeljio se na naručivanju i dostavi originalnih pakiranja lijekova na bolničke odjele, često neovisno o stvarnim potrebama pojedinog pacijenta.

U praksi je to značilo da se za terapiju koja traje samo nekoliko dana naručuje cijelo pakiranje lijeka, dok se preostala količina čuva na odjelu do isteka roka valjanosti ili

Po potrebi se, u suradnji s liječnikom, terapija dodatno optimizira kako bi bila što sigurnija i učinkovitija.

Nakon stručne provjere započinje automatizirani proces pripreme lijekova.

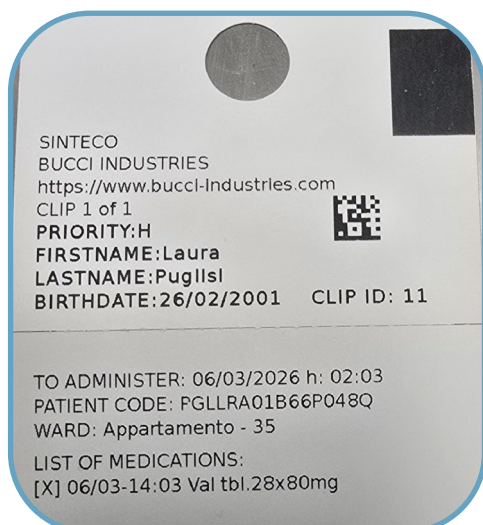




Uređaji pakiraju lijekove u pojedinačne monodozne vrećice, a svaka vrećica sadrži jasno označene podatke o lijeku, uključujući naziv lijeka, dozu, LOT i datum isteka roka valjanosti.

Vrećice s lijekovima namijenjene pojedinom pacijentu povezane su posebnim klipom koji sadrži identifikacijske podatke pacijenta (ime, prezime i datum rođenja), kao i popis svih propisanih lijekova te vrijeme njihove primjene, ako je ono uneseno u BIS.

Sustav omogućuje i dodatnu identifikaciju putem QR koda, čime se osigurava potpuna sljedivost terapije te se može pratiti put lijeka od bolničke ljekarne do pacijenta.



Pripremljena dnevna terapija zatim se dostavlja na bolnički odjel, gdje je medicinska sestra preuzima i primjenjuje pacijentu.

Uvođenje jedinične terapije donosi brojne organizacijske i financijske prednosti za bolnički sustav.

Smanjuje se potreba za zalihama lijekova na bolničkim odjelima, dok se potrošnja lijekova usklađuje sa stvarnim tijekom liječenja pacijenata.

Time se omogućuje preciznije praćenje potrošnje, kvalitetnija analiza zaliha te bolje planiranje nabave lijekova.

Osim organizacijskih i financijskih koristi, sustav jedinične terapije značajno pridonosi i povećanju sigurnosti pacijenata.

Sustavna provjera cjelokupne terapije od strane kliničkog farmaceuta smanjuje rizik od medikacijskih pogrešaka te mogućnost izdavanja pogrešnog lijeka, čime se dodatno naglašava važna uloga farmaceuta u procesu liječenja pacijenata.



*Ovakav pristup omogućuje racionalnije upravljanje lijekovima, povećava sigurnost pacijenata te istodobno smanjuje opterećenje medicinskih sestara, koje se mogu više posvetiti izravnoj skrbi i potrebama pacijenata.*

# Carski rez u suvremenoj opstetriciji - između medicinske potrebe i racionalne primjene

Goran Pavlović, dr.med.

Carski rez jedna je od **najvažnijih** operacija u modernoj medicini.

Tijekom posljednjih desetljeća značajno je pridonio  **smanjenju**  perinatalnog i maternalnog mortaliteta te je u mnogim situacijama nezamjenjiva metoda završetka trudnoće.

Međutim, paralelno s napretkom medicine svjedočimo i kontinuiranom porastu stope carskih rezova u gotovo svim razvijenim zemljama svijeta.

Upravo zato suvremena opstetricija sve više naglašava potrebu  **za racionalnim i jasno definiranim indikacijama**  za ovu operaciju.



Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), optimalna stopa carskih rezova u populaciji trebala bi se kretati između **10 i 15 %**.

Iako je ta brojka predmet brojnih rasprava, činjenica je da u mnogim državama stopa prelazi **30 %**, a u pojedinim ustanovama i znatno više.

Takav trend potiče stručnu raspravu o tome gdje završava opravdana medicinska indikacija, a gdje započinje pretjerana intervencija.

**Klasične indikacije** za carski rez i dalje ostaju nepromijenjene. To su prije svega situacije u kojima vaginalni porod predstavlja  **značajan rizik za majku ili dijete** .

Među najvažnijima su:

- \* placenta previa,
- \* poprečni položaj ploda,
- \* teška fetalna ugroženost,
- \* disproporcija između zdjelice majke i ploda
- \* određene komplikacije tijekom poroda poput neuspješne indukcije ili zastoja u napredovanju poroda.

U takvim okolnostima carski rez predstavlja sigurnu i često životno važnu intervenciju.

Suvremena opstetricija međutim donosi i niz novih izazova.

Promijenio se **profil trudnica**: žene sve češće rađaju u starijoj životnoj dobi, trudnoće su češće nakon postupaka medicinski potpomognute oplodnje, a prisutnost kroničnih bolesti poput hipertenzije, dijabetesa ili pretilosti postaje sve učestalija.



Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), optimalna stopa carskih rezova u populaciji trebala bi se kretati između **10 i 15 %**.



Takve okolnosti često povećavaju **oprez** opstetričara i mogu dovesti do nižeg praga za donošenje odluke o operativnom završetku poroda.

Dodatni čimbenik predstavlja i **promjena očekivanja trudnica**.

U suvremenom društvu žene su informiranije i aktivnije sudjeluju u donošenju odluka vezanih uz način poroda.

Strah od porođajne boli, zabrinutost za sigurnost djeteta ili prethodno negativno iskustvo poroda ponekad dovode do želje za planiranim carskim rezom bez jasne medicinske indikacije.

Stručna društva poput **FIGO-a i ACOG-a** naglašavaju da takva odluka zahtijeva temeljito savjetovanje te detaljno informiranje pacijentice o potencijalnim rizicima i koristima.

Naime, iako je carski rez danas rutinski i tehnički siguran zahvat, on ipak ostaje **velika abdominalna operacija**.

U usporedbi s vaginalnim porodom povezan je s:

- \* većim rizikom od krvarenja,
- \* infekcije,
- \* tromboembolijskih komplikacija
- \* duljim oporavkom majke.

Dugoročno gledano, ponovljeni carski rezovi povećavaju **rizik od abnormalne implantacije posteljice** u budućim trudnoćama, osobito **placenta accreta spektra**, što može predstavljati ozbiljan obstetrički problem.

Zbog toga se u suvremenim smjernicama sve više naglašava važnost **individualiziranog pristupa**.

Odluka o načinu završetka trudnoće ne temelji se samo na jednoj dijagnozi, nego na **cjelokupnoj kliničkoj slici** koja uključuje:

- \* stanje majke,
- \* procjenu dobrobiti ploda,
- \* tijek trudnoće i poroda
- \* iskustvo opstetričkog tima.

U tom kontekstu važnu ulogu imaju i **suvremene metode praćenja** poroda, poput:

- \* kontinuiranog CTG nadzora,
- \* ultrazvučne procjene položaja i težine ploda
- \* jasno definiranih protokola za indukciju i vođenje poroda.

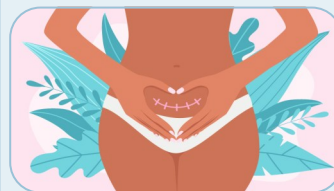


Posebna se pažnja danas posvećuje i **smanjenju broja primarnih carskih rezova**, jer upravo oni često određuju tijek svih budućih trudnoća.

Poticanje **sigurnog vaginalnog poroda** nakon prethodnog carskog reza (VBAC) u pažljivo odabranim slučajevima jedna je od strategija kojom se nastoji zadržati ravnoteža između sigurnosti i racionalne primjene operativnog zahvata.

Carski rez stoga treba promatrati kao iznimno vrijednu medicinsku intervenciju koja spašava živote, ali i kao postupak koji zahtijeva **promišljenu i odgovornu primjenu**.

Temelj suvremene opstetricije nije povećanje ili smanjenje broja operacija pod svaku cijenu, nego donošenje **najbolje moguće odluke** za svaku pojedinu trudnicu i njezino dijete.



**Cilj opstetričke skrbi ostaje isti kao i prije više desetljeća:**

- \* siguran porod,
- \* zdravo dijete i majka koja iz tog iskustva izlazi zaštićena, informirana i zbrinuta na najbolji mogući način.

*Upravo u tom balansu između prirodnog procesa i medicinske intervencije nalazi se prava vrijednost suvremene opstetricije.*

## Što se skriva iza „obične“ krvne slike?

Katarina Kajić Mateković, mag.med.biochem.

Jedan od najčešćih zahtjeva u laboratoriju je upravo određivanje parametara koji čine krvnu sliku.

Sve se čini vrlo jednostavno, samo „kliknemo“ KS i odgovor stiže.

Da li je to uvijek baš tako ili KS ipak može **reći puno više, prosudite sami.**

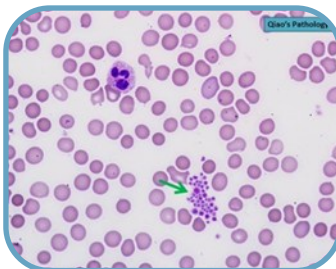
### Slučaj 1. Neobična pseudotrombocitopenija

Pacijent (63 g.) dolazi na vađenje krvi u laboratorij kao vanjski pacijent upućen od LOM-a zbog pojave osipa praćenog svrbežom.

Vrijednost trombocita pri prvom određivanju je iznosila  $18 \times 10^9/L$  uz opasku analizatora o mogućim nakupinama trombocita.

Izradom krvnog razmaza potvrđeno je prisustvo mnogobrojnih nakupina koje upućuju na pseudotrombocitopeniju.

Najčešće se radi o EDTA uzrokovanj pseudotrombocitopeniji pri čemu nastaju specifična autoantitijela na trombocitima koja dovode do njihovog sljepljivanja u prisustvu EDTA antikoagulansa (epruveta s ljubičastim čepom).



U takvim slučajevima potrebno je ponoviti vađenje krvi u epruvetu s Na-citratom kao antikoagulansom (plavi čep) što smo učinili i kod ovog pacijenta.

Međutim, ponovno smo dobili niži broj trombocita ( $44 \times 10^9/L$ ), a pregledom razmaza opet su uočene nakupine trombocita.

Iako ne tako čest, ali mogući uzrok pseudotrombocitopenije mogu biti i hladni aglutinini.

Kod pojave hladnih aglutinina stvaraju se

autoantitijela IgM klase usmjerena na kompleks GPIIb/IIIa na površini trombocita s najvećom aktivnošću vezanja na trombocite pri niskim temperaturama ( $4^\circ C$ ).

Kod sumnje na njihovu prisutnost, uzorkovanje je potrebno ponoviti u spremniku zagrijanom na  $37^\circ C$  i analizu KKS učiniti u što kraćem roku.

Pacijenta smo ponovno pozvali na vađenje krvi te smo krv izvadili u prethodno zagrijane epruvete (i EDTA i Na-citrat antikoagulans) te odmah nakon vađenja analizirali uzorke.

Konačni rezultat trombocita bez nakupina dobiven je u zagrijanoj epruveti na antikoagulans Na-citrat, a iznosio je  $194 \times 10^9/L$ .

U ovom slučaju radi se o pseudotrombocitopeniji uzrokovanj EDTA antikoagulansom i hladnim aglutininima, što je izrazito rijedak slučaj u praksi.

Iako vrlo rijetke (0.1-0.2% opće populacije), neprepoznate pseudotrombocitopenije mogu rezultirati nepotrebnim daljnjim dijagnostičkim i terapijskim postupcima ili odgađanjem hitnih zahvata kojima bi pacijent trebao biti podvrgnut.

### Slučaj 2. Kad je zadana samo KS...

Pacijent (76 g.) dolazi na vađenje krvi upućen od strane LOM-a (uputna dijagnoza „Bol u leđima“).

Iz nalaza laboratorijske obrade izdvajaju se visoki leukociti ( $31 \times 10^9/L$ ).

S obzirom da je zadana samo krvna slika, prvotno diferencijalna krvna slika nije analizirana.

Od ostalih nalaza izdvaja se još blaga hiperkalijemija ( $5,2 \text{ mmol/L}$ ) i proteinurija u urinu (++)

S obzirom na visoke vrijednosti leukocita, proširena je obrada sa diferencijalnom krvnom slikom i izradom krvnog razmaza.



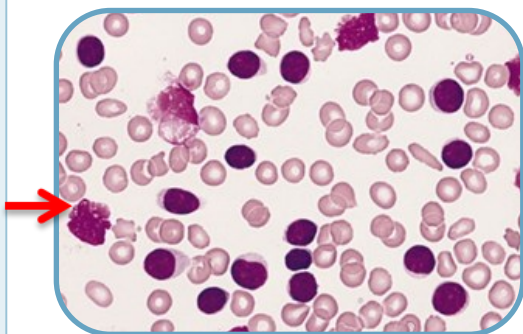
*Jedan od najčešćih zahtjeva u laboratoriju je upravo određivanje parametara koji čine krvnu sliku.*

CRP je iznosio 0,2 mg/L što isključuje leukocitozu kao posljedicu infektivnog ili drugog upalnog stanja.

Analizom perifernog razmaza krvi nađeno je mnogo malih i većinom zrelih limfocita (78%) te mnogobrojne stanice u raspadu („Gumprecht sjene“) karakteristične za kroničnu limfocitnu leukemiju.

Iz dostupnih podataka u BIS-u, pacijent nije prethodno obrađivan kod hematologa, stoga je zbog leukocitoze i suspektne leukemije de novo upućen na daljnju širu hematološku obradu.

KLL se najčešće pojavljuje kod osoba starije životne dobi. Često je asimptomatska stoga se mnogi slučajevi otkriju slučajno nakon rutinskog vađenja krvi i ne zahtijevaju odmah liječenje („watch and wait“ pristup).



Stanice u raspadu kao posljedica raspada fragilnih leukocita kod KLL tijekom mehaničke izrade razmaza.

### Slučaj 3. Raspadnuti eritrociti („Shizociti“)

Pacijent (77 g.) dolazi u OHBP radi bolova u leđima.

Ordinirana mu je analgetska terapija te je otpušten na domicilno liječenje.

Nakon par sati vratio se zbog jakih bolova u leđima i među lopaticama.

Nekoliko dana prije obrađivan je radi febriliteta i bolova u truhu.

Tada je učinjenom obradom utvrđeno zadebljanje mokraćnoga mjehura i postavljena sumnja na maligni proces, ali nakon detaljnije urološke obrade isti je isključen.

U laboratorijskim nalazima izdvaja se leukocitoza ( $14 \times 10^9/L$ ) s neutrofilijom i po-

makom ulijevo, normocitna anemija ( $erc\ 2,69 \times 10^{12}/L$ , Hb 76, RDW 20%), te trombocitopenija ( $75 \times 10^9/L$ ).

Biokemijske pretrage ukazuju na ak. bubrežno zatajenje i intravaskularnu hemolizu; urea 34.1 mmol/L, krea 906 umol/L, Na 124 mmol/L, K 7,1 mmol/l i Cl 94 mmol/L, LDH 704 U/L.

U urinu se izdvaja značajna hematurija, leukociturija i proteinurija.

U razmazu periferne krvi uočeni su raspadnuti eritrociti tzv. „shizociti“.



Shizociti su raspadnuti dijelovi eritrocita, nepravilnog oblika koji ukazuju na mehaničko oštećenje eritrocita unutar krvnih žila.

Do oštećenja najčešće dolazi zbog novonastalih fibrinskih ugrušaka u krvnim žilama, ali mogu se pojaviti i kod pacijenata s umjetnim srčanim zaliscima i kod većih opekлина.

Najveći značaj shizocita je u dijagnostici mikroangiopatskih hemolitičkih anemija koje uzrokuju TTP (trombotična trombocitopenična purpura), HUS (hemolitičko-uremijski sindrom), DIK (diseminirana intravaskularna koagulacija) i HELLP sindrom.

To su stanja koja zahtijevaju hitnu medicinsku intervenciju, stoga je nalaz shizocita ključan u dijagnostici ovih poremećaja.



# Traktat o kirurgiji

Ivana Cindrić, dr.med.

Kad sam prije 12 godina tražila specijalizaciju još sam na fakultetu znala da želim kirurgiju.

Podrijetlom Slavonka, ništa drugo nije dolazilo u obzir tako da sam se poprijavljivala na sve moguće natječeaje diljem Lijepe naše.

Između ostaloga sam naišla na natječaj iz Bjelovara.

S obzirom na to da nikad prije u životu nisam bila u Bjelovaru, a jedva sam ga znala smjestiti i na karti pribjegla sam Google-u.



Sjećam se kad sam gledala slike stare zgrade bjelovarske kirurgije, okružene zelenilom, prekrasne kao kakvo povijesno zdanje vrijedno bar turističkog razgledavanja, a kamo li bivanja i rada u njoj.



Ne moram reći da mi je najveća želja postala raditi na kirurgiji Bjelovar.

Zvijezde su se posložile, dečki se na taj natječaj stidljivo nisu ni javili tako da sam ja kao cura dobila specku. Jupi!!!

Svaki je početak težak, tako sam i ja u početku bila stidljiva, uplašena, širom

izbuljenih strašljivih očiju i velikog strahopoštovanja prema kolegama.

Kažu da nikad ne znaš što se u tebi krije dok se ne nađeš u bezizlaznoj ili stresnoj situaciji, pa tako ni ja tada nisam još znala da se u meni krije zmaj. 😊



Kao svih 5 faza žalovanja tako sam i ja prošla faze u svom radu i sad sam u fazi komičnog prihvaćanja neizbježnoga uz povremene izljeve vatre kad se nađem u koštac s posebno složenim ili blesavim slučajem.

S obzirom na ovo ogromno iskustvo i znanje (šala, ako netko misli da je ovo istina), a obzirom na to da većina drugih odjela nema jednako komičnu (možda imaju tragičnu) situaciju kao mi, htjela bih na tragikomično-parodijski pristup opisati našu malu kliniku.

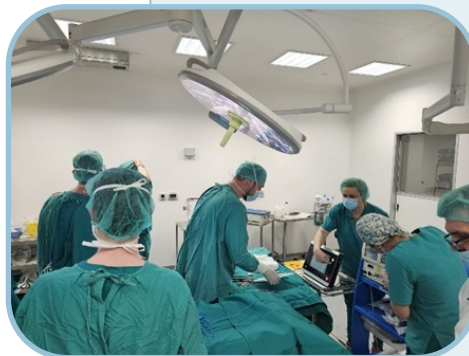
Na samom vrhu (zgrade) je operacijski blok.

Socijalno medicinski pokus savršene simbioze kirurgije i anesteziologije.

Nekad se volimo, nekad se manje volimo, nekad se tučeno, a nekad i zapjevamo, ali jedni bez drugih ne možemo.

Sve kirurške struke u najdelikatnijem poslu na jednom mjestu, okruženi samo (duplim) pokretnim vratima.

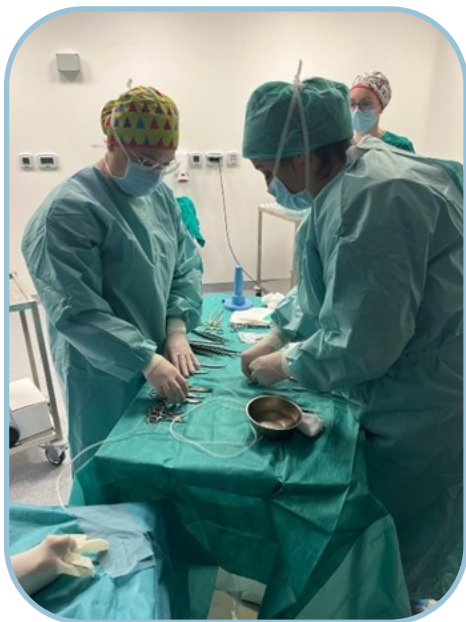
Kažu da su zidovi neprolazni za zračenje, ali nisu za dobre namjere i šaputanja.



*Sjećam se kad sam gledala slike stare zgrade bjelovarske kirurgije, okružene zelenilom, prekrasne kao kakvo povijesno zdanje vrijedno bar turističkog razgledavanja, a kamo li bivanja i rada u njoj.*

*Ne moram reći da mi je najveća želja postala raditi na kirurgiji Bjelovar.*

Stalna rasprava zašto moja sala čeka pola sata, a njegova ide prva, i zašto oni tamo imaju prednost dovode uvijek do istog zaključka - anestezija je glavni krivac.



Kat ispod su naši odjeli, sobe i dnevni boravci.

Ono što je svojedobno bila na TV-u Naša mala klinika najbolje se ocrtava na 2. katu.



Suživot sestara s pacijentima od kojih neki prolete tako brzo da se ponekad pacijent ne sjeća tko ga je operirao, a doktor tko je čovjek koji mu je došao u ambulantu; do drugih koji su toliko dugo na liječenju da ponekad krenu u vizitu s nama doktorima, a nekad sestrama pomognu u obavljanju njege na cimeru u sobi.

Kat ispod su odjeli koji nisu dio kirurgije, ne znam puno o njihovo svakodnevi,

ali im ovom prilikom šaljem pusu i pozdravljam sve koji me poznaju i Vas u studiju i režiji 🤪

Prizemlje je nebrušeni dragulj kirurgije, koji bi se trebao iskristalizirati nakon godina i godina prženja i pečenja u najhostilnijim uvjetima dok se ne iznjedri dragi kamen. Mi smo još uvijek u fazi prženja.



Odmah na ulazu nastupa poliklinika, kolodvorska gužva akutnih ali u većem broju kroničnih tegoba koje ponekad ne traže ni izliječenje nego samo društvo, lijepu riječ, prijatelja i da ih se malo pomazi.

Prije su tu pacijenti dolazili da se malo i obrade jer čemu okolišati kad možeš odmah ubosti u srž problema, ali zadnjih godina to više nije tako jer je u neposrednoj blizini Obećana zemlja svih tegoba: OHBP.

Bolovi u trbuhu → OHBP.

Visok tlak u 3 ujutro → OHBP.

Susjed me krivo pogledao → OHBP.

Otvaram konzervu tune i porežem se → OHBP.

Nemam tegoba → OHBP.

U sklopu OHBP-a je i mala sala čiji zidovi mogu ispričati najzanimljivije i najbizarnije stvari koje ljudski um može zamisliti jer ako medicina nešto nije, onda nije dosadna, kao što sam se ja dosad na žalost ili sreću uvjerila.



## Kašalj u pedijatrijskoj ambulanti

Ina Valpotić, dr.med.

Vodeći uzrok za posjet pedijatrijskoj ambulanti su upale dišnih puteva i popratni kašalj.

Kašalj je vrlo čest, nerijetko i dosadan simptom, koji značajno utječe na kvalitetu života oboljelog i njegovih ukućana, zbog čega je važno otkriti njegov uzrok i poduzeti mjere koje bi mogle dovesti do ozdravljenja i prestanka kašlja.

Kašalj predstavlja prirodni obrambeni mehanizam tijekom kojeg dolazi do mehaničkog uklanjanja nakupina sluzi, prašine, alergena ili drugih stranih čestica iz dišnih puteva s ciljem sprječavanja daljnje iritacije ili oštećenja respiratornog sustava, kao i održavanja prohodnosti dišnih puteva.

**Prema trajanju**, kašalj se može klasificirati kao:

- \* akutni, ukoliko traje kraće od 4 tjedna
- \* kronični, ukoliko traje više od 4 tjedna.

**Prema zvuku** koji se stvara prilikom kašlja, postoje dva osnovna tipa kašlja:

- \* prvi je suhi kašalj koji je iritirajući, često nadražajni,
- \* drugi je produktivan, karakteriziran vlažnom sekrecijom koja se oslobađa iz dišnih puteva.

Uzroci za nastanak kašlja su raznoliki.

Kada pričamo o **akutnom kašlju** najčešće je podloga infektivna, tj infekcija gornjih dišnih puteva, uglavnom virusne etiologije.

Naravno, posebice u dječjoj dobi, kod pojave akutnog kašlja treba misliti i o mogućem stranom tijelu u dišnom sustavu (komadić hrane, igračka...).

**Kronični kašalj** obično predstavlja komplikaciju neke dugotrajnije bolesti, najčešće astme, ali kao mogući uzrok može biti i gastroezofagealni refluks, neprepoznato strano tijelo u dišnom sustavu, urođene malformacije dišnog sustava, nasljedne bolesti (npr. cistična fibroza, primarna cilijarna diskinezija), ali i stres,

koji može izazivati psihogeni kašalj.

Imunološki sustav djeteta razvija se postupno i postiže punu zrelost tek u dobi od oko 15 godina.

U prvim godinama života djeca, posebice ona koja borave u kolektivima ili velikim kućanstvima, mogu imati i 10-ak respiratornih infekcija godišnje.

Ponekad nakon preboljele infekcije zaostaje kašalj bez drugih znakova bolesti, koji može trajati tjednima i roditelji imaju dojam da je dijete kontinuirano bolesno.

Kako pomoći u toj situaciji? Nažalost, posjet hitnoj ambulanti neće riješiti problem!

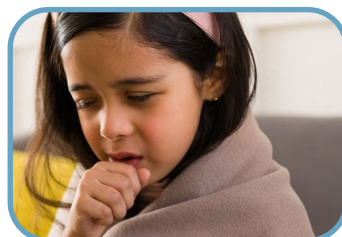
Za ublažavanje simptoma kašlja u prvom redu se preporučaju **simptomatske mjere** koja uključuje:

- \* ovlaživanje zraka u prostorijama gdje dijete boravi,
- \* inhalacije vlažnim zrakom i
- \* unos dovoljne količine tekućine.

Osim navedenog, bitno je redovito **provjetravati prostoriju** gdje dijete boravi i ne pušiti u okruženju, ali i provoditi redovitu higijenu ruku.

Od **terapijskih mjera** prve linije, preporuča se također redovita **toaleta i dekongestija nosne sluznice**, a na tržištu su dostupni i brojni **sirupi** protiv kašlja na biljnoj bazi koji su svojim okusom, a i djelovanjem pogodni čak i za najmlađe pacijente.

Ukoliko navedene mjere ne pomognu, potrebno je odrediti **uzrok kašlja** te po potrebi primijeniti simptomatsku **terapiju**, bilo da se radi o liječenju alergije, astme, refluksa ili ciljanom liječenju infektivnog uzročnika kašlja.



*Prema nije svaki kašalj indikacija za posjet liječniku, uvijek treba pratiti dijete i pravovremeno prepoznati "signale za opasnost".*

### **Znakovi upozorenja:**

- \* dijete narušenog općeg stanja
- \* poteškoće hranjenja u mlađe djece (umaranje kod hranjenja, smanjen volumen obroka, odbijanje hrane)
- \* plavičasta boja kože i sluznica
- \* otežano i nepravilno disanje
- \* visokofrekventni zvukovi prilikom udisaja (stridor)
- \* bolovi u prsima
- \* kašalj praćen dugotrajno povišenom temperaturom, posebice ako se javlja i tresavica.

# Edukacija pacijenta o uzimanju redovite kronične terapije

Mirela Vranić, bacc.med.techn.

Dorian Matak, med.techn.

Redovito uzimanje kronične terapije ključno je za uspješno upravljanje kroničnim bolestima poput hipertenzije, dijabetesa, astme ili bolesti srca.



## Nepoštivanje propisane terapije može dovesti do:

- \* pogoršanja simptoma,
- \* komplikacija i povećanog rizika od hospitalizacije,
- \* smanjivanja kvalitete života pacijenta.

Zašto je važna redovita terapija?

## Redovito uzimanje lijekova omogućuje:

- \* održavanje stabilne razine lijeka u organizmu
- \* bolju kontrolu simptoma i usporavanje napredovanja bolesti
- \* smanjenje rizika od komplikacija i hospitalizacije.
- \* povećanje kvalitete života i samostalnosti pacijenta.

## Savjet:

Pacijenti često zaboravljaju uzeti lijekove.

Korištenje podsjetnika, poput aplikacija, alarma ili kutija za lijekove s označenim danima i vremenom, značajno poboljšava adherenciju.

## Edukacija pacijenta obuhvaća nekoliko ključnih aspekata:

- \* poznavanje terapije – pacijent treba razumjeti naziv, dozu, način i vrijeme uzimanja svakog lijeka
- \* praćenje nuspojava – važno je da pacijent zna što učiniti u slučaju neželjenih reakcija i kada se obratiti liječniku
- \* redovita komunikacija s liječnikom – redoviti pregledi i izvještavanje o promjenama simptoma ili nuspojava omogućuju prilagodbu terapije po potrebi
- \* motivacija i podrška - uključivanje obitelji i korištenje vizualnih podsjetnika povećava šansu za pravilno uzimanje lijekova.

## Praktični savjeti

- \* organizirajte lijekove u kutije s oznakama dana i vremena
- \* napravite pisani plan uzimanja lijekova i postavite ga na vidljivo mjesto
- \* nikada nemojte sami mijenjati dozu ili prekidati terapiju bez savjeta liječnika.
- \* redovito pratite zdravstvene parametre kod kuće, kao što su krvni tlak, šećer u krvi ili težina, ako je preporučeno.



Redovito uzimanje kronične terapije ključno je za uspješno upravljanje kroničnim bolestima poput hipertenzije, dijabetesa, astme ili bolesti srca.



# Mitovi i istine o kirurškim bolesnicima - što je stvarnost, a što još uvijek vjerujemo bez razloga

Monika Gotal, med.sr.

U radu na kirurškom odjelu često susrećemo pacijente koji, osim svoje dijagnoze i planiranog operativnog zahvata, dolaze i s brojnim pitanjima i strahovima.

Dio tih informacija dolazi iz iskustava drugih ljudi ili s interneta, pa među njima često ima i različitih mitova o operacijama i oporavku.

Kao medicinske sestre i tehničari često smo upravo mi ti koji pacijentima objašnjavamo što mogu očekivati prije i nakon operacije.

Zato je važno razlikovati mit od stvarnosti te pacijentima pružiti jasne i točne informacije.

U nastavku su navedeni neki od najčešćih mitova vezanih uz kirurške bolesnike, osobito one koji se liječe zbog abdominalnih, vaskularnih ili traumatoloških stanja.

## **Mit 1: Nakon operacije potrebno je dugo strogo mirovanje u krevetu**

Ovo je jedan od najčešćih mitova među pacijentima.

Mnogi vjeruju da će ranije ustajanje nakon operacije „oštetiti šavove“ ili uzrokovati komplikacije.

Međutim, istina je upravo suprotna.

Rana mobilizacija danas je važan dio postoperativnog oporavka.

Nakon operacija poput operacije hernije, žučnog mjehura ili čak nekih većih abdominalnih zahvata, pacijente se potiče da ustanu iz kreveta što je ranije moguće, naravno uz nadzor medicinskog osoblja.

Kretanje potiče rad crijeva, smanjuje rizik od tromboze i plućnih komplikacija te ubrzava oporavak.

## **Mit 2: Nakon operacije crijeva ili ileusa pacijent ne smije dugo ništa jesti**

Pacijenti često misle da će hrana „opretiti“ operirani probavni sustav.

Iako je nekada praksa bila da se s hranjenjem čeka dulje vrijeme, danas se zna da je postupno i rano uvođenje prehrane korisno za oporavak.

Naravno, prehrana se uvodi postupno – najprije tekućina, zatim lagana hrana, ovisno o vrsti operacije i stanju pacijenta.

Važno je pratiti pojavu peristaltike, prolazak plinova i opće stanje pacijenta.

## **Mit 3: Operacija žučnog mjehura znači da pacijent više nikada ne smije jesti masnu hranu**

Ovo je vrlo česta zabluda.

Nakon operacije žučnog mjehura (kolecistektomije) pacijentima se u početku preporučuje laganija prehrana kako bi se organizam prilagodio.

Međutim, dugoročno većina ljudi može normalno jesti gotovo sve namirnice.

Ključ je u umjerenosti i postupnom uvođenju hrane.

Većina pacijenata nakon određenog vremena nema nikakvih većih prehrambenih ograničenja.



*Kao medicinske sestre i tehničari često smo upravo mi ti koji pacijentima objašnjavamo što mogu očekivati prije i nakon operacije.*

*Kroz članak pojašnjavamo neke od najčešćih mitova vezanih uz kirurške bolesnike, osobito one koji se liječe zbog abdominalnih, vaskularnih ili traumatoloških stanja.*

**Mit 4: Svaka operacija hernije znači da će se kila sigurno ponovno pojaviti**

Pacijenti koji dolaze na operaciju hernije često su zabrinuti jer su čuli da se „kila uvijek vraća“.

Istina je da postoji mogućnost recidiva, ali suvremene operacijske tehnike i upotreba mrežica značajno su smanjile taj rizik.

Važnu ulogu ima i ponašanje pacijenta nakon operacije - pridržavanje preporuka o izbjegavanju teškog fizičkog napora u prvom razdoblju oporavka te održavanje zdrave tjelesne težine.

**Mit 5: Bol nakon operacije je nešto što pacijent mora jednostavno „izdržati“**

Nekada se smatralo da je bol neizbježan dio oporavka.

Danas se bol smatra važnim kliničkim simptomom koji treba aktivno liječiti.

Postoperativna analgezija dio je standardne skrbi za kirurške bolesnike.

Kontrola boli omogućuje pacijentu lakše kretanje, bolju respiraciju i općenito brži oporavak.

Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u procjeni boli i pravovremenoj primjeni analgetika.

**Mit 6: Nakon operacije krvnih žila ili traumatoloških zahvata pacijent mora dugo mirovati**

Kod vaskularnih i traumatoloških pacijenata često se misli da je mirovanje najbolja opcija.

Međutim, kao i kod abdominalnih operacija, rana mobilizacija - uz odgovarajuće mjere opreza - važna je za prevenciju komplikacija poput tromboze, plućne embolije i dekubitusa.

Naravno, mobilizacija se provodi individualno, ovisno o vrsti zahvata, stanju pacijenta i preporuci liječnika.

**Mit 7: Svaka operacija znači dug i težak oporavak**

Razvojem minimalno invazivnih tehnika, poput laparoskopske kirurgije, mnogi kirurški zahvati danas su znatno manje trau-

matični za organizam nego prije.

Pacijenti se često oporavljaju brže, imaju manje bolova i kraće borave u bolnici.

Primjerice, laparoskopska operacija žučnog mjehura danas je jedan od najčešćih zahvata nakon kojeg se pacijenti često vraćaju svakodnevnim aktivnostima u relativno kratkom vremenu.

**Zaključak**

Mitovi o operacijama i postoperativnom oporavku često su rezultat starih iskustava ili nedostatka informacija.

U suvremenoj kirurgiji naglasak je na sigurnosti pacijenta, bržem oporavku i multidisciplinarnom pristupu liječenju.

U tom procesu medicinske sestre i tehničari imaju iznimno važnu ulogu.

Osim što sudjelujemo u neposrednoj skrbi za pacijente, često smo i prvi izvor informacija koji može razjasniti nedoumice i smanjiti strahove.

Pravilnom edukacijom pacijenata, strpljivim objašnjenjima i podrškom možemo doprinijeti ne samo boljem oporavku, nego i većem povjerenju pacijenata u zdravstveni sustav.

Razbijanje mitova i širenje točnih informacija stoga je važan dio svakodnevne kirurške prakse.

*Razbijanje mitova i širenje točnih informacija je važan dio svakodnevne kirurške prakse.*



# Umjetna inteligencija u medicini - između tehnološkog iskoraka i profesionalne transformacije

Bojan Bakić, mag.med.techn.

Umjetna inteligencija (AI) posljednjih godina prerasta iz eksperimentalne tehnologije u operativni alat zdravstvenih sustava.

Njezina primjena obuhvaća dijagnostiku, kliničko odlučivanje, organizaciju rada, istraživanja i edukaciju zdravstvenih djelatnika.

Zdravstveni sustavi diljem svijeta suočavaju se s kroničnim nedostatkom kadra, rastućim troškovima i sve većom kompleksnošću skrbi. Umjetna inteligencija nameće se kao jedan od mogućih odgovora na ove izazove.

AI se u medicini definira kao skup algoritama koji mogu analizirati velike količine podataka, prepoznavati obrasce i predlagati odluke koje nadilaze brzinu i kapacitet ljudske obrade informacija.

Primjena AI više nije ograničena na istraživačke projekte, već ulazi u rutinsku praksu - od radiologije i patologije do telemedicine, administracije i personalizirane terapije.

## **Mogući napredak i područja primjene**

Najznačajniji potencijal AI u medicini vidi se u području dijagnostike.

Algoritmi dubokog učenja mogu analizirati radiološke slike, patohistološke preparate ili EKG zapise uz visoku razinu točnosti.

U nekim studijama AI postiže usporedive, a ponekad i bolje rezultate od stručnjaka u detekciji tumora, retinopatije ili plućnih promjena.

Drugo važno područje je kliničko odlučivanje.

Sustavi potpomognuti AI mogu integrirati laboratorijske nalaze, anamnezu, genetske podatke i kliničke smjernice te liječniku predložiti dijagnostički ili terapijski plan.

Takvi sustavi ne zamjenjuju liječnika, ali mogu značajno smanjiti rizik od previda i ubrzati donošenje odluka.

AI također donosi napredak u organizaciji zdravstvenih ustanova.

Prediktivni modeli mogu procijeniti potrebu za kadrom, optimizirati rasporede, predvidjeti priljev pacijenata ili rizik od komplikacija, što pomaže u učinkovitijem upravljanju resursima.

U području istraživanja, AI ubrzava razvoj lijekova analizom molekularnih struktura i kliničkih podataka, dok u edukaciji omogućuje simulacije i personalizirane programe učenja za zdravstvene djelatnike. Benefiti primjene umjetne inteligencije

Primarna korist AI u medicini je povećanje kvalitete skrbi.

Brža i preciznija dijagnostika može dovesti do ranijeg započinjanja liječenja i boljih ishoda.

Također, AI smanjuje varijabilnost u kliničkoj praksi jer se temelji na velikim bazama podataka i standardiziranim modelima odlučivanja.

Druga važna prednost je rasterećenje zdravstvenih djelatnika od administrativnih zadataka.

Automatizacija dokumentacije, kodiranja dijagnoza i analize podataka omogućuje liječnicima i medicinskim sestrama više vremena za neposredan rad s pacijentom.

AI može doprinijeti i sigurnosti pacijenata.

Sustavi ranog upozorenja mogu prepoznati pogoršanje stanja prije pojave klinički vidljivih simptoma, čime se smanjuje rizik od komplikacija, produženih hospitalizacija i mortaliteta.

S ekonomskog aspekta, dugoročno se očekuje smanjenje troškova kroz optimizaciju dijagnostičkih postupaka, smanjenje nepotrebnih pretraga i bolje planiranje resursa.



*Ovaj članak daje pregled mogućeg napretka koji AI donosi medicini, ključne benefite i ograničenja, te analizira potencijalni utjecaj na profesiju liječnika i medicinskih sestara, uz razmatranje pozitivnih i negativnih aspekata implementacije.*



### **Utjecaj na profesiju liječnika**

AI neće eliminirati potrebu za liječnicima, ali će transformirati njihovu ulogu.

Očekuje se pomak s rutinskog interpretiranja nalaza prema složenijem kliničkom odlučivanju, komunikaciji s pacijentima i etičkom procjenjivanju terapijskih opcija.

Liječnik budućnosti vjerojatno će djelovati kao „supervizor algoritma“ - osoba koja razumije ograničenja tehnologije, interpretira rezultate u kontekstu pacijenta i preuzima konačnu odgovornost za odluke.

Istovremeno, javlja se potreba za novim kompetencijama: digitalna pismenost, razumijevanje rada algoritama i sposobnost kritičkog vrednovanja preporuka koje daje AI sustav.

### **Utjecaj na medicinske sestre**

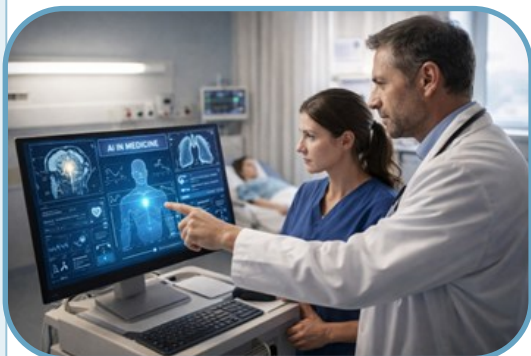
Primjena AI može značajno utjecati i na sestriinsku profesiju.

Automatizacija dokumentacije, praćenje vitalnih funkcija i prediktivni sustavi mogu olakšati svakodnevni rad i smanjiti administrativno opterećenje.

S druge strane, sestriinska uloga može postati još više usmjerena na koordinaciju skrbi, edukaciju pacijenata i nadzor nad tehnologijom.

Medicinske sestre mogu postati ključni posrednici između pacijenta i digitalnih sustava, osobito u kroničnoj skrbi i telemedicini.

Time se povećava profesionalna autonomija, ali i odgovornost, jer će interpretacija podataka i pravovremena reakcija ostati u domeni zdravstvenog osoblja.



### **Negativni aspekti i ograničenja**

Unatoč velikom potencijalu, primjena AI u medicini nosi i određene rizike.

Jedan od ključnih problema je kvaliteta podataka.

Algoritmi uče iz postojećih baza, koje mogu sadržavati pogreške, pristranosti ili nedovoljnu reprezentativnost populacije. To može dovesti do pogrešnih preporuka ili nejednakosti u skrbi.

Drugi izazov je odgovornost za odluke. Ako AI sustav pogriješi, ostaje otvoreno pitanje pravne odgovornosti - proizvođača, ustanove ili liječnika koji je koristio sustav.

Postoji i etički aspekt. Pretjerana automatizacija može dovesti do depersonalizacije medicine, smanjenja kontakta s pacijentom i osjećaja da odluke donosi „stroj“, a ne zdravstveni djelatnik.

Konačno, implementacija AI zahtijeva značajna financijska ulaganja, edukaciju kadra i prilagodbu infrastrukture, što može predstavljati prepreku za zdravstvene sustave s ograničenim resursima.

### **Zaključak**

Umjetna inteligencija predstavlja jedan od najznačajnijih tehnoloških iskoraka u suvremenoj medicini.

Njezina primjena može unaprijediti dijagnostiku, sigurnost pacijenata, organizaciju rada i kvalitetu skrbi.

Međutim, AI ne treba promatrati kao zamjenu za zdravstvene djelatnike, već kao alat koji mijenja način rada i zahtijeva nove kompetencije.

Za liječnike i medicinske sestre budućnost medicine neće biti borba protiv tehnologije, već suradnja s njom.

Ključ uspješne implementacije bit će uravnotežen pristup koji kombinira tehnološku preciznost s ljudskom empatijom, profesionalnim iskustvom i etičkom odgovornošću.

U tom smislu, umjetna inteligencija ne predstavlja prijetnju medicinskoj profesiji, već priliku za njezin razvoj i redefiniranje u skladu s potrebama modernog zdravstvenog sustava.



*Za liječnike i medicinske sestre budućnost medicine neće biti borba protiv tehnologije, već suradnja s njom.*



# Mjere za prevenciju neželjenih događaja u sestrinskoj praksi

Jadranka Kicivoj, mag.med.techn.

Jasmina Marijan-Štefoković, mag.med.techn.

Uz kontrolu kvalitete sestrinske skrbi, mjere uključuju integriranje i evaluaciju programa prevencije pada i dekubitusa, mnogobrojne intervencije, multidisciplinarni pristup, edukaciju osoblja, bolesnika i suradnju s obitelji.

Potrebno je podizati svijest medicinskih sestara o **važnosti** prikupljanja podataka, analizi trendova, izvještavanju o neželjenim događajima na stručnim sastancima kao i nužnost uvođenja promjena u radnom okruženju.

U bolničkom okruženju naglašena je individualizacija i primjena sustavnog, znanstveno utemeljenog pristupa u brizi za korisnike kroz proces sestrinske skrbi.

Izjavom o sigurnosti, koja je usvojena 2002. godine, Međunarodno vijeće medicinskih sestara (engl. International Council of Nurses - ICN) smatra da sestre i nacionalne udruge medicinskih sestara imaju **odgovornost**:

- \* informirati bolesnika i obitelj o potencijalnim rizicima
- \* promptno prijaviti štetne događaje odgovarajućim tijelima
- \* preuzeti aktivnu ulogu u procjeni sigurnosti i kvaliteti skrbi
- \* poboljšati komunikaciju s pacijentima i drugim zdravstvenim djelatnicima
- \* lobirati za odgovarajuće razine osoblja
- \* osigurati mjere potpore koje poboljšavaju sigurnost pacijenata
- \* promicati stroge programe kontrole infekcija

- \* lobiranje za standardizirane protokole koji minimiziraju pogreške
- \* suradnja s nacionalnim sustavima izvješćivanja na evidentiranju i analiziranju nuspojava

Svaki postupak pri zbrinjavanju pacijenta uključuje **određeni stupanj potencijalnog rizika**.

Procjena sigurnosti bolesnika se temelji na praćenju strukture, odnosno načina na koji je zdravstvena skrb organizirana, procesa, kako se skrb pruža i ishoda koji ona donosi u odnosu na rezultate liječenja.



Procjena ili mjerenje kulture bolesnikove sigurnosti pojavljuje se kao važan pokazatelj snaga ili slabosti u nekoj zdravstvenoj ustanovi, a ujedno i polazište za planiranje i poduzimanje aktivnosti i mjera za poboljšanje.

Kontrola kvalitete se mjeri pomoću unutarnjih i vanjskih pregleda.

Medicinske sestre imaju razvijene standarde kvalitete i indikatore kojima se kvaliteta pokušava izmjeriti.

## MENADŽMENT U SESTRINSTVU

Sestrinstvo kao znanstvena disciplina, obilježava novo doba. Profesija je utemeljena na znanstvenim dokazima i dokazima iz prakse. Kao umjetnička forma sestrinstvo sadrži glavne komponente medij, proces i proizvod.

### ZADOVOLJSTVO ZAPOSLENIKA

Maslow piramida

### KONTROLA KVALITETE

Dekubitus  
Zadovoljstvo bolesnika  
Incident pada  
Higijena ruku

### POSLOVNI PROCESI

Kategorizacija  
Učinkovitost  
Efikasnost

### PEER REVIEW

Znanje  
Vještine  
Orijentacija  
Proces zdravstvene njege  
Standardi profesionalne prakse

### EDUKACIJA

Profesionalna  
Znanstvena

Menadžerski principi u sestrinstvu su univerzalni. Raznovrsnost i mogućnost prilagodbe alata kojima se raspolaže i koji se koriste, dodana je vrijednost a odnosi se na sestrinstvo kao znanost i umjetnost.

www.consultecca.org

Standardom se određuje usuglašenost razine kvalitete i kvantiteta rada.

**Standardi sestrinske prakse** su validne definicije dogovorene i prihvatljive kvalitete zdravstvene njege na određenom radnom mjestu kojima se prosuđuje i evaluira sestrinska praksa.

#### **Standardima se:**

- \* utvrđuju kriteriji rada,
- \* planiraju ciljevi i strategija,
- \* utvrđuju kvantitativne mjere ishoda ili usluga,
- \* utvrđuje broj sati rada, cijena, dohodak i ukupni prihod,
- \* utvrđuje program.

#### **Koncept uključuje:**

- \* procjenu kvalitete zdravstvene njege,
- \* identificiranje problema ili nedostataka u provođenju skrbi,
- \* dizajniranje aktivnosti za rješavanje nedostataka,
- \* te naknadni nadzor u cilju osiguranja učinkovitosti korektivnih koraka.

Postoje brojni principi procjene i mjerenja kvalitete, a identificirani su i brojni faktori koji utječu na kvalitetu sestrinske njege.

#### **Indikatori kvalitete u sestrinskoj skrbi su:**

- \* vrsta i broj bolničkih infekcija,
- \* integritet kože/dekubitus,
- \* broj medicinskih sestara i drugog osoblja po krevetu bolesnika,
- \* ukupan broj sati zdravstvene njege po bolesniku tijekom 24 sata,
- \* zadovoljstvo bolesnika sestrinskom skrbi,
- \* zadovoljstvo bolesnika suzbijanjem boli,
- \* zadovoljstvo bolesnika razinom edukacije, odnosno informiranosti
- \* zadovoljstvo medicinskih sestara.

Indikatori kvalitete su mjerljive činjenice unutar procesa zdravstvene njege i zadovoljstva pacijenata.

Oni omogućavaju dokumentiranje kvalitete zdravstvene njege, uspoređivanje i mjerenja između pojedinih radilišta, (npr. odjela,

bolnice) tijekom vremena, potporu poboljšanju kvalitete, potporu bolesnikovom izboru davatelja usluge.

U ostvarenju modela **bolesnik u središtu** važno je iskustvo medicinskog osoblja koje sudjeluje u pružanju zdravstvene njege, te uspostavljanje alata (upitnika) za procjenu i mjerenje kvalitete zdravstvene njege.



To bi trebalo uključivati procjenu rizika, identifikaciju i upravljanje rizicima, izvještavanje i analizu incidenata, kao i sposobnost učenja i praćenja incidenata, te implementaciju rješenja kako bi se smanjila opasnost od ponavljanja.

Potrebni su **jednostavni pokazatelji kvalitete** koji su prikladni za korištenje u svakodnevnom radu i koji će opravdati koncept i korištenje strateških i kliničkih resursa prilikom zdravstvene njege.

Izrada i implementacija protokola i smjernica, detaljnih uputa za rad, uočavanje nesukladnosti i donošenje popravno - korektivnih radnji je imperativ izgradnje sustava kvalitete u svakoj zdravstvenoj ustanovi.

**Sestrinska dokumentacija je primjer dobre prakse na području unapređenja bolesnikove sigurnosti i dokaz da je sestrinska struka svjesna postojanja problema bolesnikove sigurnosti, te je spremna aktivno se uključiti u poboljšanje te sigurnosti.**

- **Kvaliteta zdravstvene njege se mora moći mjeriti ili prosuđivati specifičnim standardima za zdravstvenu njegu**
- **Kriteriji bi trebali jasno specificirati točnu razinu kvalitete i kvantiteta usluge, nužnih za zadovoljenje standarda**

#### **STANDARDI**

- **Standardom se određuje usuglašenost razine kvalitete i kvantiteta rada. Standardi sestrinske prakse su validne definicije dogovorene i prihvatljive kvalitete zdravstvene njege na određenom radnom mjestu kojima se prosuđuje i evaluira sestrinska praksa**

# Kliničke kompetencije medicinskih sestara u zbrinjavanju hitnih stanja

Bojan Bakić, mag.med.techn.

Hitna stanja predstavljaju značajan izazov u svakodnevnoj kliničkoj praksi jer zahtijevaju brzu procjenu, pravovremeno donošenje odluka i učinkovitu provedbu intervencija.

Medicinske sestre imaju **ključnu ulogu** u prepoznavanju pogoršanja stanja bolesnika i pravovremenom započinjanju postupaka zbrinjavanja.



U suvremenim zdravstvenim sustavima naglasak se sve više stavlja na razvoj kliničkih kompetencija medicinskih sestara, osobito u područjima gdje je potrebno **brzo reagiranje**, poput hitnih prijema, jedinica intenzivnog liječenja i bolničkih odjela.

## Pojam i struktura kliničkih kompetencija

**Kliničke kompetencije** medicinskih sestara obuhvaćaju:

- \* znanja,
- \* vještine,
- \* stavove i sposobnost donošenja kliničkih odluka u skrbi za bolesnike.

Najčešće se dijele na:

- \* **kognitivne kompetencije** kliničko razmišljanje prepoznavanje simptoma pogoršanja procjena vitalnih funkcija,
- \* **tehničke kompetencije** provođenje hitnih intervencija, rukovanje medicinskom opremom i primjena terapije,
- \* **komunikacijske kompetencije** komunikacija s liječnicima i timom, komunikacija s pacijentom i obitelji,
- \* **organizacijske kompetencije**, redoslijed primarnih postupaka, upravljanje vremenom u hitnim situacijama.

Medicinske sestre imaju **ključnu ulogu** u prepoznavanju pogoršanja stanja bolesnika i pravovremenom započinjanju postupaka zbrinjavanja.



Kliničke kompetencije medicinskih sestara predstavljaju temelj kvalitetnog i sigurnog zbrinjavanja hitnih stanja.



## Procjena bolesnika u hitnim stanjima

Jedna od najvažnijih kompetencija medicinske sestre je **rana procjena kliničkog stanja pacijenta**.

U praksi se često koristi **ABCDE pristup**:

- \* **A - Airway (prohodnost dišnog puta)**
- \* **B - Breathing (disanje)**
- \* **C - Circulation (cirkulacija)**
- \* **D - Disability (neurološki status)**
- \* **E - Exposure (pregled cijelog tijela)**

Ovaj sustavni pristup omogućuje **brzo prepoznavanje** životno ugrožavajućih stanja i pravovremenu intervenciju.

Medicinske sestre često su prve koje prepoznaju pogoršanje stanja bolesnika, što dodatno naglašava važnost njihove edukacije i iskustva.

### Edukacija i kontinuirano usavršavanje

Razvoj kliničkih kompetencija zahtijeva kontinuiranu edukaciju i praktičnu obuku.

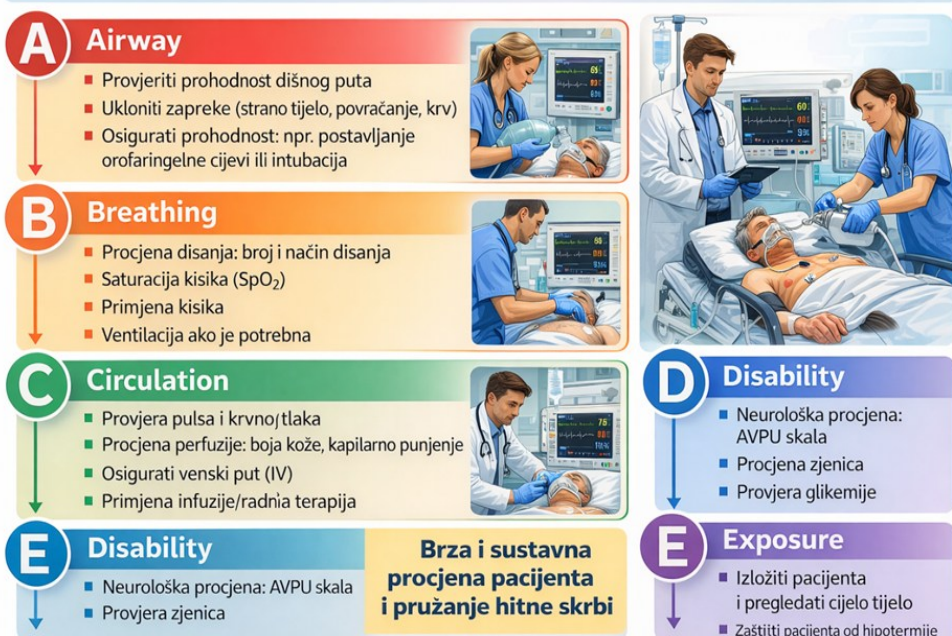
### Najčešći oblici edukacije uključuju:

- \* tečajeve naprednog održavanja života (ALS)
- \* simulacijske treninge
- \* interdisciplinarnе edukacije
- \* stručne radionice.

*Pravovremeno prepoznavanje pogoršanja stanja bolesnika, brza procjena i provedba odgovarajućih intervencija značajno utječu na ishod liječenja.*

*Kontinuirana edukacija, razvoj praktičnih vještina i jačanje timske suradnje ključni su elementi za unapređenje sestrinske prakse u području hitne medicine.*

## ABCDE ALGORITAM PROCJENE PACIJENTA



### Najvažnije kliničke intervencije medicinskih sestara

U hitnim stanjima medicinske sestre provode niz postupaka koji mogu biti ključni za ishod liječenja.

### Najvažnije intervencije uključuju:

- \* praćenje vitalnih znakova
- \* primjenu kisika
- \* uspostavljanje venskog puta
- \* pripremu i primjenu hitne terapije
- \* asistiranje u reanimaciji
- \* pripremu pacijenta za hitne dijagnostičke i terapijske postupke.

Simulacijski trening posebno je koristan jer omogućuje vježbanje hitnih situacija bez ugrožavanja sigurnosti pacijenata.

### Timski rad u zbrinjavanju hitnih stanja

Zbrinjavanje hitnih stanja temelji se na **multidisciplinarnom** timskom radu.

Medicinska sestra ima važnu ulogu u:

- \* koordinaciji aktivnosti
- \* komunikaciji između članova tima
- \* osiguravanju kontinuiteta skrbi.

Učinkovita komunikacija i jasna podjela odgovornosti ključni su za smanjenje mogućnosti pogrešaka i povećanje sigurnosti pacijenata.

## **Edukacijske vježbe obnove znanja i vještina-Trijaža u djelatnosti hitne medicine 28.02.2026.g.**

**Sanja Kozić, mag.med.techn.**

Prema Pravilniku o standardima i normativima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje djelatnosti hitne medicine, medicinska sestra/tehničar koji obavljaju poslove trijaže moraju imati završenu edukaciju prema edukacijskom programu osnovnih edukacijskih vježbi za radnike koji provode trijažu u djelatnosti hitne medicine.

Medicinska sestra/tehničar koji nema završenu propisanu edukaciju ili mu je istekao rok važenja potvrđnice o uspješno završenom edukacijskom programu (rok važenja licence je 3 godine), ne može obavljati poslove trijaže.

Stoga je naša bolnica uz odobrenje **Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu** organizirala i sprovela ovaj trening u svrhu relicenciranja svojih djelatnika, ali i s ciljem unapređenja stručnih kompetencija te osiguravanja pružanja kvalitetne, učinkovite i pravovremene zdravstvene skrbi hitnom bolesniku.



Edukaciju su sprovele nacionalne instruktorice trijaže **Marina Friščić, mag.med.techn** (OB „dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica i **Martina Mikšaj, mag.med.techn.** (KBC Zagreb).

Tijekom treninga, polaznici su obnovili teoretska znanja o pravilnim trijažnim postupanjima, a kroz praktične scenarije i simulacije su prošli kroz različite situacije

sa kojima se svakodnevno susreću ili se mogu susresti u radu.

Poseban se naglasak tijekom treninga stavlja na pravilnu procjenu hitnosti, donošenje brzih, točnih i sigurnih odluka te učinkovitu komunikaciju prema bolesniku, ali i prema ostalim sudionicima u zbrinjavanju zdravstvenog problema.



Sudionici treninga su pokazali interes i aktivno su sudjelovali u svim segmentima edukacije.

Ovakav program zasigurno pridonosi održavanju visokog standarda rada i sigurnosti bolesnika.



## Preseljenje u novouređene prostore odjela fizikalne medicine i rehabilitacije

*Snježana Košč, dr.med.*

*Sanja Široki, bacc. physioth.*

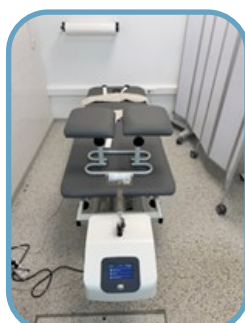
Odjel fizikalne medicine i rehabilitacije do sada je djelovao na dvije lokacije ukupne površine oko 250m<sup>2</sup>.

Jedan dio bio je smješten u podrumu tzv. Stare nove bolnice, a drugi u zgradi stare Interne, što je u određenoj mjeri otežavalo organizaciju rada, protočnost pacijenata i cjelovitost terapijskog procesa.

Nakon opsežne rekonstrukcije nekadašnjeg prostora laboratorija u tzv. staroj novoj bolnici, odjel dobiva jedinstven, funkcionalno organiziran i estetski prilagođen prostor namijenjen fizikalnoj terapiji.

Rekonstruirano je ukupno **700m<sup>2</sup>**, a radovi su obuhvatili cjelovit građevinski zahvat.

U sklopu modernizacije rada, nabavljena je i nova medicinsko terapijska oprema.



Uz postojeće terapijske postupke uvodi se mogućnost primjene **dodatnih suvremenih metoda liječenja** –TECAR, skenirajući laser, uređaj za dekompresiju, a sa ciljem poboljšanja ishoda rehabilitacije i povećanja zadovoljstva pacijenata.

Na odjelu se provodi liječenje i rehabilitacija koštano-mišićnih bolesti kod odraslih i djece, uključujući rehabilitaciju reumatoloških, neuroloških, traumatoloških, ortopedskih i onkoloških bolesnika, kao i terapijske programe za djecu s psihomotornim poteškoćama.

Važno je istaknuti da na preglede i terapiju, uz pacijente naše županije, redovito dolaze i pacijenti iz drugih županija, što dodatno potvrđuje značaj i prepoznatljivost našeg odjela.

Do preseljenja se dnevno tretiralo oko **250 pacijenata**, a sada je broj za **40% veći**.

Na odjelu trenutačno radi 20 fizioterapeuta, dvije medicinske sestre i tri specijalistice fizikalne medicine a tim će biti dodatno osnažen dolaskom mlade specijalizantice.

Posebno nas veseli što je naš odjel službeno otvorila ministrica zdravstva **doc. dr. sc. Irena Hršćić**.



*Zahvaljujemo se ravnateljici, svim donatorima, službama i djelatnostima koji su sudjelovali u realizaciji ovog projekta uz naglasak da je ulaganje u prostor, opremu i radne uvjete izravno ulaganje u sigurnost dostupnost i kvalitetu zdravstvene skrbi za pacijenta.*



# Palijativna skrb - više od medicine: stručni skup koji vraća čovjeka u središte skrbi

Zorana Brozd, *bacc.med.techn.*

Stručni skup „*Palijativna skrb – više od medicine*“, održan 22. siječnja 2026. godine u Kulturno – multimedijском centru Bjelovar, još je jednom potvrdio koliko je palijativna skrb kompleksno, ali i duboko humano područje zdravstvene zaštite.



U organizaciji *Odjela palijativne skrbi Opće bolnice „Dr. Anđelko Višić“*, skup je okupio zdravstvene djelatnike različitih profila s ciljem razmjene znanja, iskustava i promišljanja o skrbi koja nadilazi granice klasične medicine.



Već sam naziv skupa jasno je poručio da palijativna skrb nije usmjerena isključivo na liječenje bolesti, već na  *cjelokupnu osobu* – njezine fizičke, psihološke, socijalne i duhovne potrebe.

Upravo ta širina pristupa bila je nit vodilja svih predavanja i rasprava.

## *Palijativna skrb kao interdisciplinarni izazov*

U uvodnim izlaganjima naglašena je **važnost interdisciplinarnog pristupa** u palijativnoj skrbi.

Palijativni bolesnici često se suočavaju s višestrukim simptomima, gubitkom funkcionalnosti, strahom, ali i osjećajem bespomoćnosti.

U takvim situacijama zdravstveni tim mora djelovati usklađeno, uz jasno definirane uloge, ali i visoku razinu međusobne komunikacije.

Predavanja su istaknula kako medicinska sestra u palijativnoj skrbi ima ključnu ulogu – ne samo u provedbi zdravstvene njege, već i u prepoznavanju potreba bolesnika i njihove obitelji, pružanju emocionalne podrške te očuvanju dostojanstva u najosjetljivijim životnim trenucima.

## *Psihološka dimenzija palijativne skrbi*

Jedan od ključnih naglasaka skupa bio je i psihološki aspekt palijativne skrbi.

Bolesnici u palijativnoj fazi bolesti, ali i njihove obitelji, prolaze kroz **složene emocionalne procese** – od straha i tuge do prihvatanja i prilagodbe.

U tom kontekstu istaknuta je **važnost psihološke potpore**, ali i svakodnevne **komunikacije** zdravstvenih djelatnika s bolesnicima.

Empatija, aktivno slušanje i iskrena prisutnost često imaju jednaku vrijednost kao medicinske intervencije.



*Palijativna skrb nije usmjerena isključivo na liječenje bolesti, već na cjelokupnu osobu - njezine fizičke, psihološke, socijalne i duhovne potrebe.*



U svom zanimljivom predavanju Iva Jurković, bacc.therap.occup., ukazala je na važnost radnih terapeuta u palijativnom timu jer oni kroz svakodnevne aktivnosti pomažu očuvati samostalnost, neovisnost i osjećaj kontrole nad životom.

### **Medicinska sestra kao oslonac bolesniku i obitelji**

Kroz cijeli program provlačila se jasna poruka: medicinska sestra je stalno prisutna u palijativnoj skrbi.

Ona je osoba koja najviše vremena provodi uz bolesnika, prepoznaje promjene u njegovu stanju, ali i pruža podršku obitelji koja se suočava s gubitkom.

Posebno bih istaknula važnost kontinuiranog stručnog usavršavanja medicinskih sestara u području palijativne skrbi.

Skupovi poput ovoga omogućuju razmjenu iskustava, jačanje profesionalnog identiteta te potiču razvoj senzibiliteta za potrebe najranjivijih skupina bolesnika.

### **Stručnjaci iz područja palijativne skrbi**

Veliko zadovoljstvo nam je što nas je prof.dr.sc. Karmen Lončarek počastila svojim dolaskom, te svojom temom „Trendovi u palijativi – što se promijenilo tijekom godina“, upoznala s trenutnim aktualnostima o palijativnoj skrbi kod nas i u svijetu.



Također nam je veliko zadovoljstvo što nas je koordinatorica palijativne skrbi Varaždinske županije Nataša Dumbović, mag.med.techn., svojom temom „Emocionalni teret njegovatelja – kako pomoći obiteljima“, upoznala s problemima koji su svakodnevnicima obitelji koje brinu o svojim teško bolesnim članovima

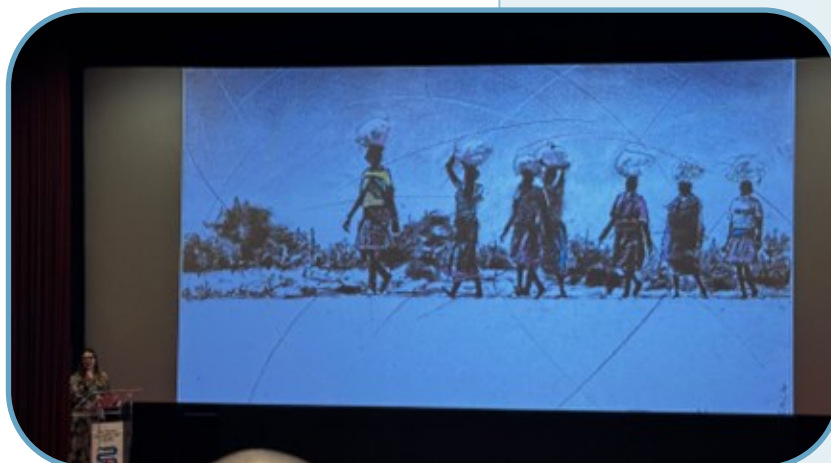
i izazovima s kojima se susreću.

### **Više od medicine – poruka koja ostaje**

Stručni skup „Palijativna skrb – više od medicine“, nije bio samo edukativan događaj, već i snažan podsjetnik na temeljne vrijednosti zdravstvene profesije.

Palijativna skrb nas uči da liječenje ne znači uvijek izlječenje, ali skrb, suosjećanje i dostojanstvo uvijek moraju biti prisutni.

Ovaj skup dao je vrijedan doprinos promicanju palijativne skrbi u hrvatskom zdravstvenom sustavu te potaknuo razmišljanje o tome kako, unatoč ograničenjima, možemo pružiti bolesnicima ono najvažnije – osjećaj da nisu sami.



# Od vela do „scrubsa“: Evolucija sestrinske uniforme kao ogledalo struke

Bojan Bakić, mag.med.techn.

Sestrinska uniforma nikada nije bila samo komad odjeće.

Ona je kroz stoljeća služila kao simbol higijene, autoriteta, pripadnosti i, iznad svega, profesionalne identifikacije.

Analizom njezina razvoja, od religijskih korijena do modernog dizajna, možemo pratiti put medicinske sestre od dragovoljne pomoćnice do visokokvalificiranog stručnjaka u zdravstvenom timu.

## Era milosrđa: Samostanski korijeni

Prije nego što je sestrinstvo postalo profesija, njegu bolesnih pružale su uglavnom redovnice.



Duge, tamne halje s bijelim pokrivalima za glavu (velovima).

Simbolično, odjeća je predstavljala čistoću, poniznost i služenje Bogu. Higijena je bila u drugom planu u odnosu na duhovnu skrb.

Zanimljivo, današnje „sestrinske kape“ koje su se zadržale do kasnog 20. stoljeća izravni su nasljednik redovničkog vela.

## Florence Nightingale i viktorijanska disciplina

Sredinom 19. stoljeća, Florence Nightingale uvodi red u sestrinstvo.

Sredinom 19. stoljeća, Florence Nightingale uvodi red u sestrinstvo. Uniforma postaje alat za uspostavljanje discipline i prepoznavanje obučених sestara od „običnih“ žena.



Dizajnirane su haljine s dugačkim rukavima, bijele pregače i kape. Često su se koristili visoki ovratnici koji su simbolizirali strogoću i profesionalizam.

Pregača je služila kao zaštitni sloj koji se lako mijenjao, naglašavajući važnost čistoće (asepse) u prevenciji infekcija.

## Svjetski ratovi: Funkcionalnost ispred estetike

Ratni uvjeti natjerali su struku na brze promjene. Duge haljine bile su nepraktične u poljskim bolnicama.

Suknje postaju kraće radi lakšeg kretanja, a rukavi se skraćuju.

Vojni utjecaj donio je pojavu epolette i oznake čina, što dodatno jača hijerarhiju i autoritet medicinske sestre u sustavu.

*Sestrinska uniforma je kroz stoljeća služila kao simbol higijene, autoriteta, pripadnosti i, iznad svega, profesionalne identifikacije.*

### ***Zlatno doba bijele uniforme (1950. – 1970.)***

Ovo je period koji većina pacijenata i danas povezuje s klasičnim imidžom sestre.

Karakteristična uštrkana bijela haljina, bijele čarape i kapa.

Kapa je bila najvažniji simbol – različiti nabori ili trake označavali su razinu obrazovanja ili ustanovu u kojoj je sestra diplomirala.

Problem, iako estetski impresivna, ova je uniforma bila iznimno neudobna, teška za održavanje i ograničavala je fizički rad.

### ***Moderna era: „Scrub“ revolucija***

Krajem 20. stoljeća, s razvojem tehnologije i bržim ritmom rada, estetika ustupa mjesto ergonomiji.

Piling (Scrubs) je dvodijelna pamučna ili sintetička uniforma koja omogućuju maksimalnu pokretljivost.

Iako funkcionalna, s novom vrstom medicinske odjeće dolazi do gubitka distinkcije.

Danas često i liječnici, sestre i tehničko osoblje nose slične uniforme, što ponekad dovodi do konfuzije kod pacijenata.

Uvođenje boja i uzoraka (osobito u pedijatriji) smanjuje anksioznost kod pacijenata i humanizira bolničko okruženje.

### ***Što smo naučili iz povijesti?***

Evolucija sestriinske uniforme odražava uspon struke. Dok smo se nekada oslanjali na vizualni autoritet uštrkane kape, današnja sestra autoritet crpi iz znanja i vještina, dok njezina odjeća služi njoj, a ne ona njoj.

Ipak, ostaje otvoreno pitanje: jesmo li s gubitkom jedinstvene uniforme izgubili dio profesionalnog identiteta u očima javnosti?



Sretan i blagoslovljen

Uskrs!

