

Osnove zdravstvene njege u fizioterapiji

Aleksijević, Agneza

Educational content / Obrazovni sadržaj

Publication status / Verzija rada: **Accepted version / Završna verzija rukopisa prihvaćena za objavljivanje (postprint)**

Publication year / Godina izdavanja: **2022**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:150:400127>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-22**



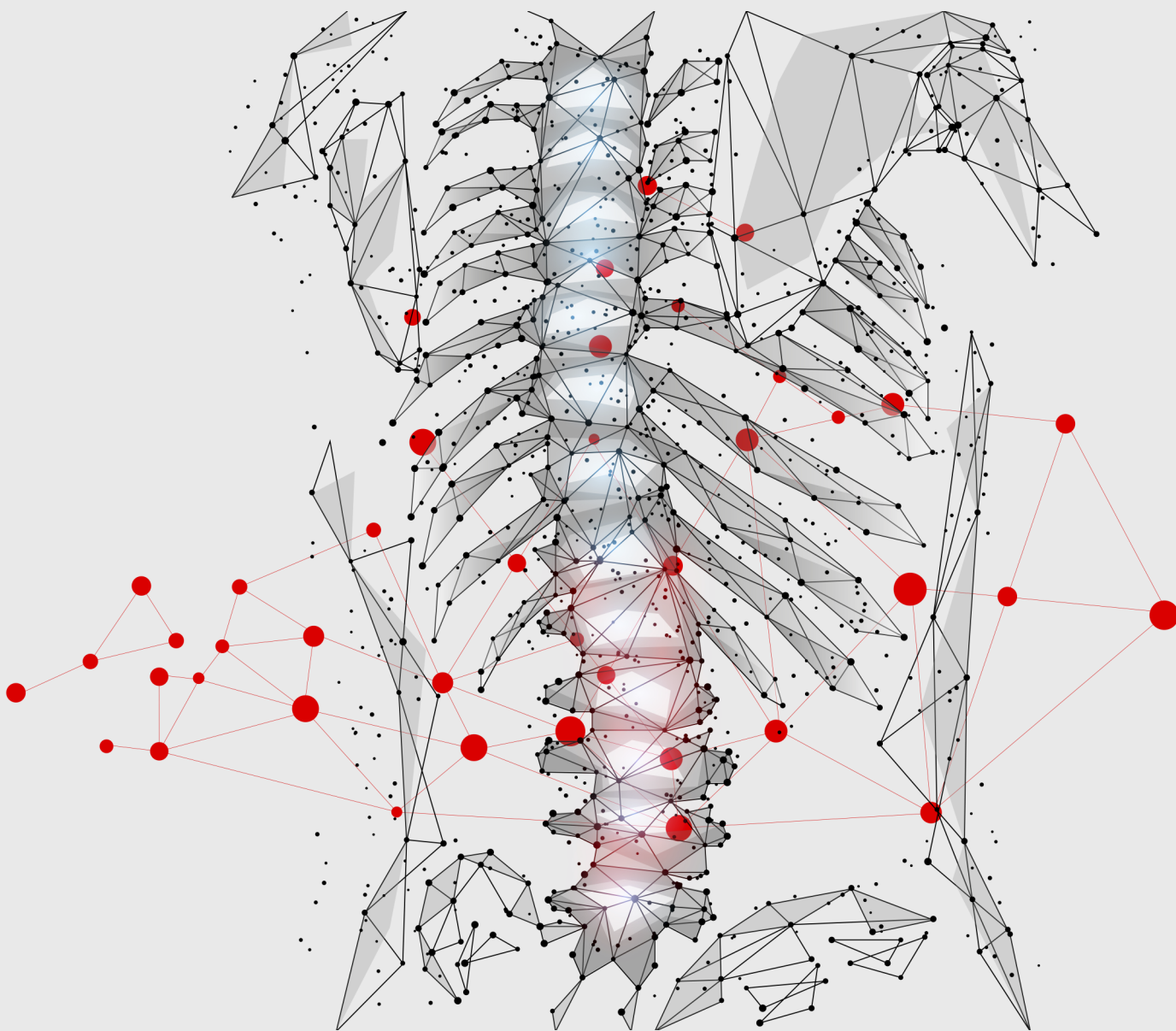
Repository / Repozitorij:

[Repository of University of Applied Sciences
"Lavoslav Ružička" Vukovar](#)



OSNOVE ZDRAVSTVENE NJEGE U FIZIOTERAPIJI

Agneza Aleksijević



Veleučilište „Lavoslav Ružička“ u Vukovaru

Vukovar, 2022.

Agneza Aleksijević

OSNOVE ZDRAVSTVENE NJEGE U FIZIOTERAPIJI

Priručnik je posvećen sinu Marku koji je završio prvo studij Fizioterapije, a zatim upisao i završio drugi studij Dentalne medicine i danas je doktor dentalne medicine. Hvala mu što je uvijek bio uz mene, u svakom trenutku i hrabrio me savjetima vezanim za pisanje ovog uratka.

Osnove zdravstvene njege u fizioterapiji

Autorica: doc. dr. sc. Agneza Aleksijević, mag. med. techn.

Izdavač:

VELEUČILIŠTE „LAVOSLAV RUŽIČKA“ U VUKOVARU

Za izdavača:

doc. dr. sc. Željko Sudarić, prof. struč. stud.

Recenzenti:

doc. dr. sc. Jadranka Pavić, prof. struč. stud.

dr. sc. Slavica Janković, v. pred.

Lektor:

izv. prof. dr. sc. Borko Baraban

Grafičko rješenje naslovnice:

Borovo graf Vukovar

Ovaj nastavni materijal predstavlja elektroničko izdanje priručnika iz predmeta Osnove zdravstvene njege koji se izvodi na preddiplomskom stručnom studiju „Fizioterapija“. Priručnik je dostupan na mrežnim stranicama Veleučilišta „Lavoslav Ružička“ u Vukovaru.

Objavlivanje nastavnog materijala odobrilo je Vijeće Veleučilišta „Lavoslav Ružička“ u Vukovaru na 87. elektroničkoj sjednici održanoj 11. studenog 2022. godine (Odluka o odobrenju izdavanja elektroničkog izdanja, KLASA: 003-01/22-03/87, URBROJ: 2196-115/01-22-05).

ISBN 978-953-7734-44-2

ZAHVALA

Zahvaljujem na motivaciji, poticanju i podršci u pisanju ovoga korisnog uratka, priručnika Osnove zdravstvene njege u fizioterapiji, iz područja zdravstvene skrbi / njege, koji nas vodi putem vizualizacije postupaka k poboljšanju i podizanju kvalitete sveukupne zdravstvene zaštite na svim razinama zdravstvenog sustava:

- dekanu doc. dr. sc. Željku Sudariću, prof. struč. stud.*
- doc. dr. sc. Slobodanu Stojanoviću, prof. struč. stud.. – prodekanu za poslovanje i suradnju s gospodarstvom*
- doc. dr. sc. Sanji Gongeti, prof. struč. stud. – prodekanici za stručni i znanstvenoistraživački rad i međunarodnu suradnju*
- dr. sc. Slavici Janković, v. pred. – pročelnici Odjela za zdravstvene studije*
- mr. sc. Dariji Ivanković, v. pred. – predsjednici Odbora za kvalitetu.*

Zahvaljujem djelatnicima Hrvatske komore medicinskih sestara i predsjedniku Mariju Gaziću, mag. med. techn., na iznimnoj podršci kao i na stručnoj literaturi na kojoj je temeljen ovaj priručnik.

Zahvaljujem kolegicama i kolegama, posebice Ankici Vlačić, mag. med. techn., Nacionalne memorijalne bolnice „Dr. Juraj Njavro“ Vukovar koji su mi sve ove godine pomagali u realizaciji i provođenju kliničke prakse u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti koja je iznimno važna u obrazovanju i oblikovanju svakog profesionalca.

Zahvaljujem suprugu Zoranu i sinu Marku koji su me pratili u svim mojim idejama. Hvala za slobodu koju su mi dali iako sam uvijek bila uz njih i s njima.

PREDGOVOR

Prijedlozi i poticaji studenata i kolega potaknuli su me da oblikujem tekstove kojima se koristimo u nastavi u cjeloviti priručnik *Osnove zdravstvene njege u fizioterapiji* za kolegij Osnove zdravstvene njege za fizioterapeute za visoku naobrazbu. Sadržaj priručnika namijenjen je realizaciji obrazovnih i profesionalnih zadataka i rješenja koji se svakodnevno koriste u suvremenoj dijagnostici, njezi i liječenju.

Pristup ovom uratku rezultat je mogega dugogodišnjeg radnog iskustva u zdravstvenom sustavu i u sustavu obrazovanja gdje sam radila na visokim učilištima kao predavačica dvadesetak godina, u bolničkom zdravstvenom sustavu kao medicinska sestra na odjelima, kao operacijska sestra i u menadžerskom okruženju, kao pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo. Radna i ratna iskustva stekla sam i u Domovinskom ratu radeći u Ratnoj bolnici Vukovar 1991., na odjelu ratne kirurgije.

Progovorit ću ovim putem iz perspektive zdravstvene njege kao dugogodišnja predavačica na visokim učilištima. Cilj je korisniku – studentu omogućiti optimalnu iskoristivost vremena, prostora i materijala.

Osiguranje najkvalitetnije moguće zdravstvene zaštite dio je procesa u kojem je svaki dionik zdravstvenog sustava jednako važan jer svi idemo putem zajedničkog cilja: pružiti najbolju zdravstvenu uslugu u skladu sa zdravstvenim stanjem korisnika. U procesu zdravstvene zaštite izuzetno je važna suradnja i učinkovita komunikacija s bolesnikom i obitelji. Ne zaboravimo da svako liječenje započinje osmijehom.

Poruku studentima šaljem i pjesmama *Komunikacija s bolesnikom* i *Profesionalni san* koje su isključivo prožete mojim životnim i radnim iskustvom.

Zahvaljujem i željom da ovi tekstovi nađu put do vašeg intelekta.

UVOD

Kada je riječ o zdravstvenoj njezi, danas realiziramo aktivnosti koje omogućavaju medicinskim sestrama provoditi zdravstvenu njegu prema najboljim standardima sestrinske prakse i to zahvaljujući Hrvatskoj komori medicinskih sestara i pisanim izdanjima kojima sam se vodila u izradi ovoga priručnika.

U tekstovima će biti prikazan proces zdravstvene njege od njezinih početaka do danas. Tekstovi ne nude odgovore na sva pitanja, ali će pomoći u praksi fizioterapeutu kada se susretne s podacima u svakodnevnome radu. Ova skraćena inačica zdravstvene njege u pisanom obliku informirat će svakog fizioterapeuta o osnovama zdravstvene njege koje odrađuje u zdravstvenom timu, a koje ulaze u okvir radnih obveza ako radi u stacionaru. Istina je da medicinske sestre u okviru svojih kompetencija provode nekoliko stotina postupaka iz područja zdravstvene njege, dijagnostike, primjene lijekova i različitih terapijskih i rehabilitacijskih postupaka. Opisani postupci i pravila zasigurno će pomoći u sprječavanju mogućih i nepoželjnih komplikacija koje mogu biti izazvane neznanjem. Svi moramo štititi bolesnika kvalitetnim i profesionalnim pružanjem skrbi, a ovaj nastavni materijal doprinosi upravo osiguranju sigurne i kvalitetne zdravstvene skrbi. Zdravstvena je njega neizostavan dio liječenja te zahtijeva savjestan i stručan rad onih koji ju provode. Provodi se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razni zdravstvene zaštite.

Priručnik razmatra 15 fokusnih područja osnova zdravstvene njege u fizioterapiji vezanih uz usvajanje znanja, stjecanje vještina i pružanje usluga za uspješnu realizaciju i praćenje prioriteta u okvirima fizioterapijske prakse.

Prvo poglavlje donosi kratak povijesni pregled koji nas navodi na promišljanje da bez prošlosti nema ni budućnosti. Drugo poglavlje definira zdravstvo i zdravstvenu zaštitu uz nezaobilazno financiranje o kojem se danas mnogo govori i piše. Treće poglavlje vodi putem promocije

zdravlja naglašavajući činjenice vezane uz zdravije sutra. Četvrto poglavlje upozorava na ponašanja vezana uz mjere sprječavanja infekcija u funkciji zdravlja. Peto poglavlje educira kako razgovarati s bolesnikom tijekom pružanja zdravstvene skrbi. Šesto poglavlje upućuje u postupke procjene, pregleda i dokumentiranja u fizioterapiji vezano uz stanje bolesnika. Sedmo poglavlje prikazuje kako se dokumentiraju postupci u zdravstvenoj njezi i kako navedeni parametri mogu biti vodilja fizioterapeutu u procesu rada. Predstavlja sustavan, logičan i racionalan pristup koji je usmjeren na bolesnika. Osmo poglavlje naglašava važnost zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba temeljenih na Maslowljevoj piramidi ljudskih potreba: primarnim ili biološkim/fiziološkim potrebama, za sigurnošću, za pripadanjem, za poštovanjem i pronalaženjem najviših potencijala osobe te kreativnim djelovanjem u skladu s njima, samoaktualizacijom i transcendiranjem. Deveto poglavlje educira o važnosti i prihvaćanju „pet pravila“ za primjenu lijekova. Deseto i jedanaesto poglavlje problematiziraju znanja i vještine u kontekstu vitalnih znakova i medicinsko-tehničkih postupaka koje je izradila Hrvatska komora medicinskih sestara. Dvanaesto poglavlje upoznaje studente s komplikacijama dugotrajnoga ležanja i visokim rizikom kojem su izloženi bolesnici. Trinaesto poglavlje naglasak stavlja na područje skrbi o palijativnim bolesnicima koja mora biti strukturirana i povezana kako bi se usluge pružale koordinirano, s voljom i znanjem te pozitivnim entuzijazmom. Četrnaesto poglavlje upućuje u uporabu dnevnika kliničke prakse tijekom boravka na odjelima i klinikama kao obveznog dokumenta koji svjedoči o usvajanju znanja i vještina o zdravstvenoj njezi u fizioterapiji.

Na kraju su prilozi koji upućuju u zakonske akte i ostale dokumente, a temeljni su vodič svakog studenta fizioterapije i fizioterapeuta na svim razinama obrazovanja.

Zdravstveni su djelatnici usmjereni na očuvanje zdravlja pojedinca i zajednice, u konačnici društva u cjelini, sprječavanjem bolesti i brigom o psihički i fizički bolesnim i invalidnim osobama svih životnih dobi. Edukacija bolesnika i obitelji jedna je od najznačajnijih

intervencija u procesu zdravstvene skrbi radi postizanja što veće samostalnosti i zadovoljavajuće kvalitete života bolesnika.

Pristup zdravstvenoj skrbi ključan je za sigurna, uspješna i pravedna društva. Kvalitetu u pružanju zdravstvene skrbi možemo postići ako raspolažemo s dovoljnim brojem zdravstvenih djelatnika, a nedostatak je zdravstvenih djelatnika prijetnja zdravlju na globalnoj razini.

Uz navedeno, posebice se naglašava kako je vrijeme da se poduzmu mjere za rješavanje problema sigurnosti na radnom mjestu te zaštitu fizičkog i mentalnog zdravlja.

KAZALO

1. POVIJESNI PREGLED MEDICINE I ZDRAVSTVENE NJEGE.....	13
2. O ZDRAVSTVU.....	23
2.1. Zdravstvena zaštita	23
2.2. Financiranje zdravstvene zaštite	26
2.3. Razine zdravstvene zaštite.....	28
2.4. Mjere zdravstvene zaštite	30
3. O ZDRAVLJU.....	33
3.1. Temeljne činjenice	33
3.2. Definicija zdravlja	34
3.2.1. Dostupnost.....	35
3.2.2. Pristupačnost	35
3.2.3. Prihvatljivost	36
3.2.4. Kvaliteta	36
3.3. Promocija zdravlja	37
3.4. Penderin model promocije zdravlja.....	38
3.4.1. Karakteristike i pojedinačna iskustva.....	39
3.4.2. Spoznaje i posebni učinci ponašanja.....	39
3.4.3. Rezultati ponašanja	40
4. MJERE SPRJEČAVANJA BOLNIČKIH INFEKCIJA	41
4.1. Visok rizik za infekciju.....	41
4.2. Standardizirani postupak higijene ruku	48
4.3. Primjena rukavica	53
4.3.1. Primjena sterilnih rukavica.....	53
4.3.2. Primjena nesterilnih rukavica.....	53
4.3.3. Rukavice nisu potrebne	54
4.4. Standardizirani postupak kontaktne izolacije bolesnika.....	57
4.5. Antiseptika	60
4.6. Asepsa.....	61
4.7. Dezinfekcija.....	62
4.8. Sterilizacija	62
4.8.1. Sterilizacijski postupci	63
4.8.2. Kontrola postupaka sterilizacije	63
4.8.3. Dokumentiranje postupka sterilizacije	64
5. RAZGOVOR S BOLESNIKOM.....	65
6. FIZIKALNI PREGLED BOLESNIKA	67
6.1. Postupak procjene općeg stanja bolesnika.....	67
6.2. Fizikalni pregled bolesnika u svrhu planiranja zdravstvene njege	68

6.3.	Pregled fizioterapeuta u svrhu fizioterapeutske dijagnoze	70
6.4.	Dokumentiranje u fizioterapiji.....	70
7.	DOKUMENTIRANJE PROCESA ZDRAVSTVENE NJEGE	72
7.1.	Proces zdravstvene njege	72
7.2.	Obrasci sestrinske dokumentacije	72
8.	ZADOVOLJAVANJE OSNOVNIH LJUDSKIH POTREBA – SAMOZBRINJAVANJE	87
8.1.	Postupak hranjenja bolesnika s ograničenom ili potpunom nemogućnošću samostalnog unosa hrane i tekućine	90
8.2.	Postupak hranjenja bolesnika s otežanim žvakanjem, gutanjem i rizikom za aspiraciju.....	92
8.3.	Postupak enteralne prehrane	93
8.4.	Postupak hranjenja na usta bolesnika oboljelog od demencije.....	95
8.5.	Postupak higijene i njege usne šupljine	97
8.6.	Postupak presvlačenja bolesnikove pidžame (košulja i hlače).....	98
8.7.	Postupak kupanja u kadi i tuširanje	99
8.8.	Postupak kupanja nepokretnog bolesnika u krevetu.....	101
8.9.	Postupak stavljanja noćne posude nepokretnom bolesniku.....	102
8.10.	Postupak stavljanja pelena i uložaka inkontinentnom bolesniku u krevetu	103
8.11.	Postupak premještanja nepokretnog bolesnika u ležećem položaju pomoću klizne ploče (rollerboard)	105
8.12.	Postupak premještanja bolesnika iz kreveta u sjedeća kolica.....	106
8.13.	Postupak promjene položaja nepokretnog bolesnika u krevetu.....	108
8.14.	Postupak uporabe ortopedskih pomagala (štapa, hodalice i štaka).....	110
8.15.	Postupak s umrlim na bolničkom odjelu	111
9.	PRIMJENA LIJEKOVA.....	114
9.1.	Standardizirani postupak „pet pravila“ za primjenu lijekova	114
9.2.	Unos lijeka u organizam	115
9.3.	Oblici lijekova	116
9.4.	Čuvanje lijekova	117
10.	POSTUPCI MJERENJA VITALNIH ZNAKOVA	118
10.1.	Standardizirani postupak mjerenja disanja	118
10.2.	Standardizirani postupak mjerenja tjelesne temperature na uho (membrani timpani) elektroničkim termometrom	119
10.3.	Standardizirani postupak mjerenja pulsa palpacijom na arteriji radialis	121

10.4. Standardizirani postupak mjerenja krvnog tlaka auskultacijom – tlakomjerom na pero.....	122
10.5. Standardizirani postupak mjerenja zasićenja krvi kisikom pulsni oksimetrom ...	124
11. MEDICINSKO-TEHNIČKI POSTUPCI.....	126
11.1. Postupak uzimanja uzoraka venske krvi venepunkcijom	126
11.2. Postupak uzimanja uzoraka krvi za hemokulturu.....	127
11.3. Postupak uzimanja iskašljaja za pretragu	129
11.4. Postupak uzimanja uzorka stolice na pretragu	130
11.5. Standardizirani postupak aspiracije sekreta kroz nos (nazofaringealna aspiracija).....	132
11.6. Postupak aspiracije sekreta kroz usta	133
11.7. Postupak postavljanja periferne intravenske kanile.....	135
11.8. Postupak uvođenja nazogastrične sonde.....	137
11.9. Postupak izvođenja klizme	138
11.10. Postupak uvođenja urinarnog katetera.....	140
11.11. Postupak zdravstvene njege kolostome	142
12. KOMPLIKACIJE DUGOTRAJNOG LEŽANJA.....	145
12.1. Postupak masaže kože tijela kao prevencija komplikacija dugotrajnog ležanja	145
12.2. Dekubitus.....	146
12.3. Tromboza i tromboflebitis	155
12.4. Respiratorne komplikacije.....	158
12.5. Nesvjestica.....	159
12.6. Kontrakture.....	160
12.7. Visok rizik za ozljede	160
13. PALIJATIVNA SKRB	167
13.1 Svjetska zdravstvena organizacija o palijativnoj skrbi.....	167
13.2 SPIKES protokol za priopćavanje loše vijesti.....	170
13.3 Područja palijativne skrbi vezana uz bolest i žalovanje	172
13.4 Žalovanje	175
PRILOZI.....	178

Neka priručnik *Osnove zdravstvene njege u fizioterapiji* bude podsjetnik na to kako rutinu učiniti profesionalnom i učinkovitom na dobrobit svih dionika u obrazovnom i zdravstvenom sustavu.

Ovim putem želim svima poslati poruku da svako liječenje počinje osmijehom i lijepom riječi. Pjesma koju sam napisala neka vam bude vodilja u komunikaciji s bolesnicima.

Komunikacija s bolesnikom

Što je komunikacija?

Komunikacija je vaša identifikacija!

Što je loša komunikacija?

To je diskriminacija!

Verbalna ili neverbalna slika

tvoga lika.

Kaži svoje ime

ponosi se njime.

Uniformu urednu obuci

jer svi su bolesnici suci.

Sve vide

nemoj da ti sude!

Ako kažu da si loš

baci uniformu u koš.

Za takve u zdravstvu mjesta nema

to je za svaku kritiku tema.

*Nemojte nervozni biti
takvih su bolesnici siti.
Tim ćeš ponašanjem i posljednju nadu ubiti
možda bolesniku presuditi.*

*S osmijehom kroz zdravstvo hodi
osmijehom vrata bolesničke sobe otvori.
S osmijehom bolesniku dođi
s osmijehom kroz bolesničku sobu prođi.*

*Ovim načinom komunikacije ostavit ćeš neizbrisiv trag
dobrodošao si na bolesnički prag.*

*Rastjerati anksiozni strah
i depresivni mrak.*

*Shvati te bolesne ljude
koji se silno trude.
Trude da bolest prođe
a zdravlje dođe.*

*Imajte na umu
da su sami na tom putu.
Ne mogu sami
u toj bolesnoj tami.*

*Vaša im pomoć treba
bolest i neizvjesnost vreba.
Dajmo sve od sebe da se nadaju
da ne padaju.*

*I vi ćete jednom bolesni biti
svega ćete biti siti.
Činite da se u bolnici osjećaju dobrodošli
jer su ovamo po zdravlje došli.*

Agneza Aleksijević, 2019.

1. POVIJESNI PREGLED MEDICINE I ZDRAVSTVENE NJEGE

Život je kratak, umjetnost je duga; prilika je kratkotrajna; iskustvo je varljivo; odluka je teška. Potrebno je ne samo da liječnik bude spreman učiniti ono što mora biti učinjeno već da u tome sudjeluju i bolesnik, pomoćnici i okolina.

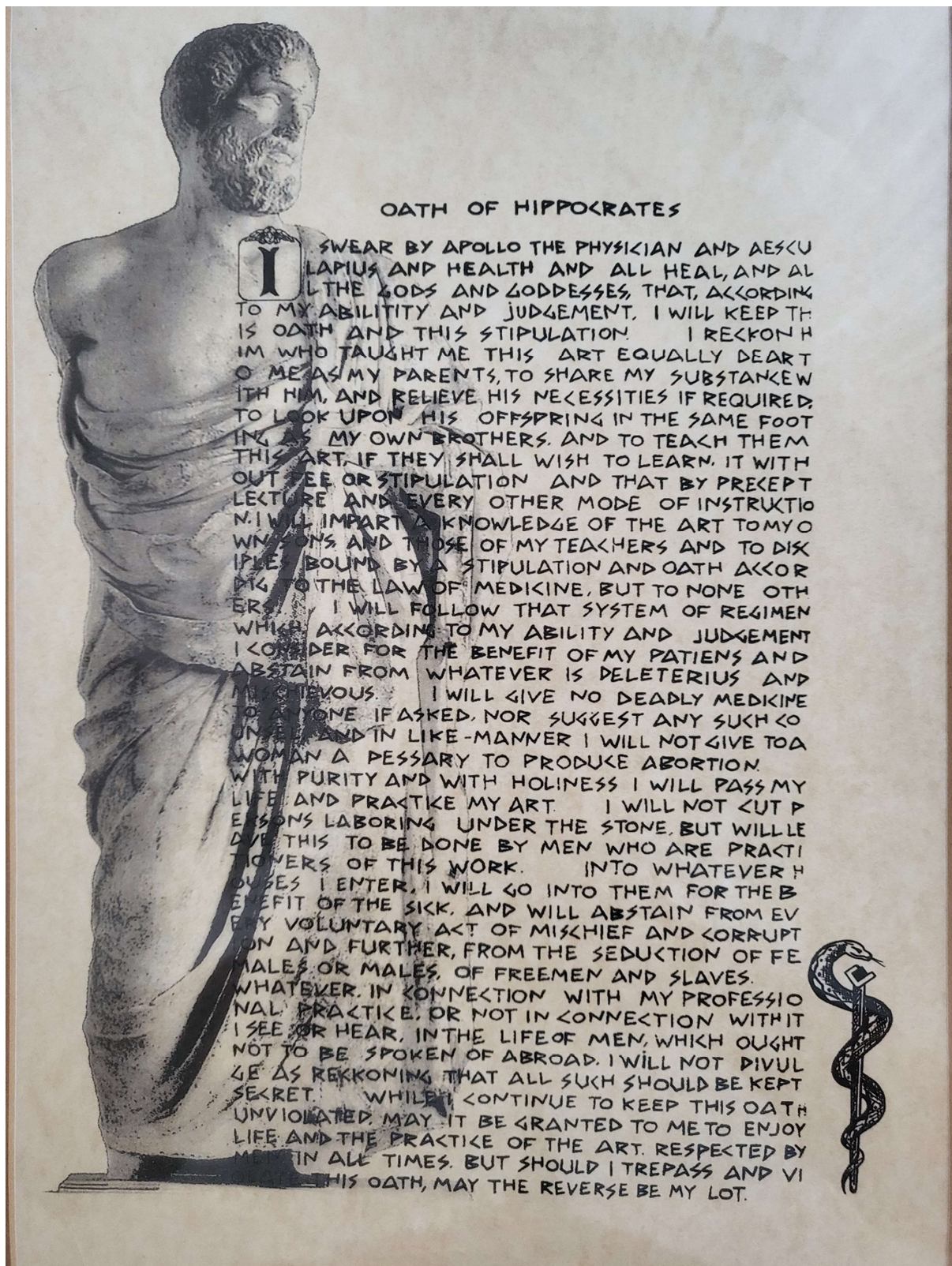
Hipokrat

Danas zdravstvena njega bolesnika – nekad njega bolesnika – stara je koliko i ljudski rod. Njegovanje bolesnika najstarije je zanimanje žena. Ratovi i pojava sve više bolesti i oboljelih zahtijevali su sve veću potrebu za pomoći i njegom, tražeći hranu i biljke za liječenje. Medicina je bila razvijena kod starih civilizacija na što upućuju arheološki nalazi i pisani spomenici kulture. Kod svih naroda starog vijeka liječenje su provodili duhovnici.

Egipatska civilizacija govori o postojanju vjerovanja u mnoge bogove. Bog je Tot najznačajniji. Postoji vjerovanje da je napisao 42 knjige koje bilježe i medicinske sadržaje. Zdravlje ljudi bilo im je važno o čemu svjedoče i zapisi kao najzdravije stare kulture. Papirusi svjedoče o njezi bolesnika i intervencijama postavljanja zavoja i hranjenja bolesnika s tetanusom kao i o postojanju škola za osposobljavanje osoba koje su liječile.

Stari Grci liječe u hramovima zvanim asklepiji, prema Bogu Asklepiju (Eskulap), u medicini prepoznatljivog sa štapom ovijenim zmijom koji zauzima jedno od najčasnijih mjesta i u univerzalnoj povijesti, a ne samo u grčkoj mitologiji. Liječenje je pomiješano s misticizmom (čarolijom i ritualima). Moderna medicina započinje s Hipokratom – ocem medicine i Hipokratovom prisegom (liječnik ne smije naštetiti bolesniku) (Slika 1.). Medicinski kodeks, liječenje i njegovanje bolesnika stvorio je upravo Hipokrat. Njegovo je djelo nepresušno intrigantan fenomen i u medicini i u povijesti. Svoje je iskustvo prenosio svojim učenicima: *Dobar liječnik mora znati što su njegovi prethodnici učinili, što su doživjeli i što su zamislili – upoznajmo prošlost da bismo lakše procijenili sadašnjost i predvidjeli budućnost, ne ponavljajući pritom probleme prethodnika i nastavljajući ono što oni nisu stigli ili nisu mogli učiniti.*

Slika 1. Hipokratova zakletva



Izvor: autorica, otok Kos, Grčka, 2015.

Homerovi epovi *Ilijada* i *Odiseja*, nastali oko 1000. godine prije Krista, svjedoče o zapisima slijepog liječnika o medicini i 141 ratnom ranjavanju uz koje slijede i katkad vrlo precizni

anatomski podatci i opisi kirurških postupaka za zaustavljanje krvarenja i previjanje. Ratnici si međusobno pomažu kao i priučeni vidari i vidarice. U jednom je stihu Ilijade rečeno: „*Više vrijedi jedan liječnik nego sto običnih ljudi.*“

Rimska medicina razvijala se osvajanjem Grčke odakle dolaze liječnici kojima nisu vjerovali kako ih ne bi otrovali lijekovima. Aulo Kornelije Celzo – enciklopedist – piše prvo djelo o medicini na latinskom *De re medica (O medicini)* u kojem opisuje bolesti iz područja kirurgije, dermatologije i mentalne prirode, piše o lijekovima, zavojima i dijetama. Grk Galen, liječnik i ljekarnik, piše medicinsko djelo *Ars parva*. Higijena je bila na visokoj razini – gradili su valetudinarije – vojne institucije, vodovode i kanalizacije.

Kršćanstvo upućuje na ljubav prema bližnjem, a sve se više žena počinje baviti njegom i karitativnim radom.

U srednjem vijeku njegom se bolesnika bave osobe koje služe i rade u samostanima. Posvećene su njezi i higijeni te podižu razinu kvalitete rada.

U 16. stoljeću samostani su zatvorenog tipa i ukidaju se religiozni redovi, a uvjeti su u bolnicama loši.

Od 17. do 19. stoljeća bilo je pokušaja da se unaprijedi njega bolesnika. Primjer je tomu pokušaj Agnese de Gasparin koja piše o sestrama i traži školovanje za sestre, plaću i slobodu. Njemačke sestre traže razvoj sestara bolničarki.

U 18. stoljeću dolazi do prevrata, grade se bolnice, ali je razina njege bolesnika i dalje niska.

U 19. stoljeću njega se podiže na višu razinu. Florence Nightingale uvodi nova načela bolničkih uvjeta i njege bolesnika. Postavila je temelje sestrinske službe i sestrinstva. Zahvalnost i poštovanje i danas izričemo „Dami sa svjetiljkom“ (slike 2. i 3.), kako su je prozvali u Krimskom ratu gdje odlazi s 38 sestara na Krim.

Slika 2. Dama sa svjetiljkom, Florence Nightingale



Izvor: autorica, London, Museum Florence Nightingale, 1998.

Slika 3. Uniforma Florence Nightingale



Izvor: autorica, London, Museum Florence Nightingale, 1998.

Florence Nightingale utemeljiteljica je modernog sestriinstva koja promiče sestriinstvo u profesiju navodeći činjenice u svojoj knjizi *Notes on Nursing*.

U Hrvatskoj se prva bolnica osniva godine 1352. u Dubrovniku, Domus Cristi.

Prva se primalja spominje godine 1454. u Zagrebu, imena Elizabeta. Prva je škola za primalje otvorena godine 1786. u Rijeci.

Bit je njege bolesnika bila bolest potkraj 19. i početkom 20. stoljeća, a provodile su je bolničarke (prolazile su kratke tečajeve) i redovnice. U Zagrebu 1921. godine započinje s radom prva škola za sestre pomoćnice u koju se upisalo deset učenica građanki i 30 redovnica.

Danas su medicinske sestre uz temeljnu naobrazbu – petogodišnje srednjoškolsko strukovno obrazovanje – i prvostupnice, diplomirane sestre i magistre sestrinstva, ali i doktorice znanosti koje doprinose oblikovanju zdravstvene politike, oblikovanju profesije sestrinstva, unaprjeđenju zdravlja, prevenciji bolesti, zdravstvenoj njezi i rehabilitaciji.

Sestrinstvo obuhvaća autonomnu i suradničku skrb za pojedince svih dobi, obitelji, grupa i zajednica, bolesnih ili zdravih i u svim okruženjima. Sestrinstvo uključuje promicanje zdravlja, prevenciju bolesti i njegu bolesnih, invalidnih i umirućih osoba. Zagovaranje, promicanje sigurnog okoliša, istraživanje, sudjelovanje u oblikovanju zdravstvene politike te u upravljanju bolesnicima i zdravstvenim sustavima kao i edukacija ključne su uloge medicinskih sestara.

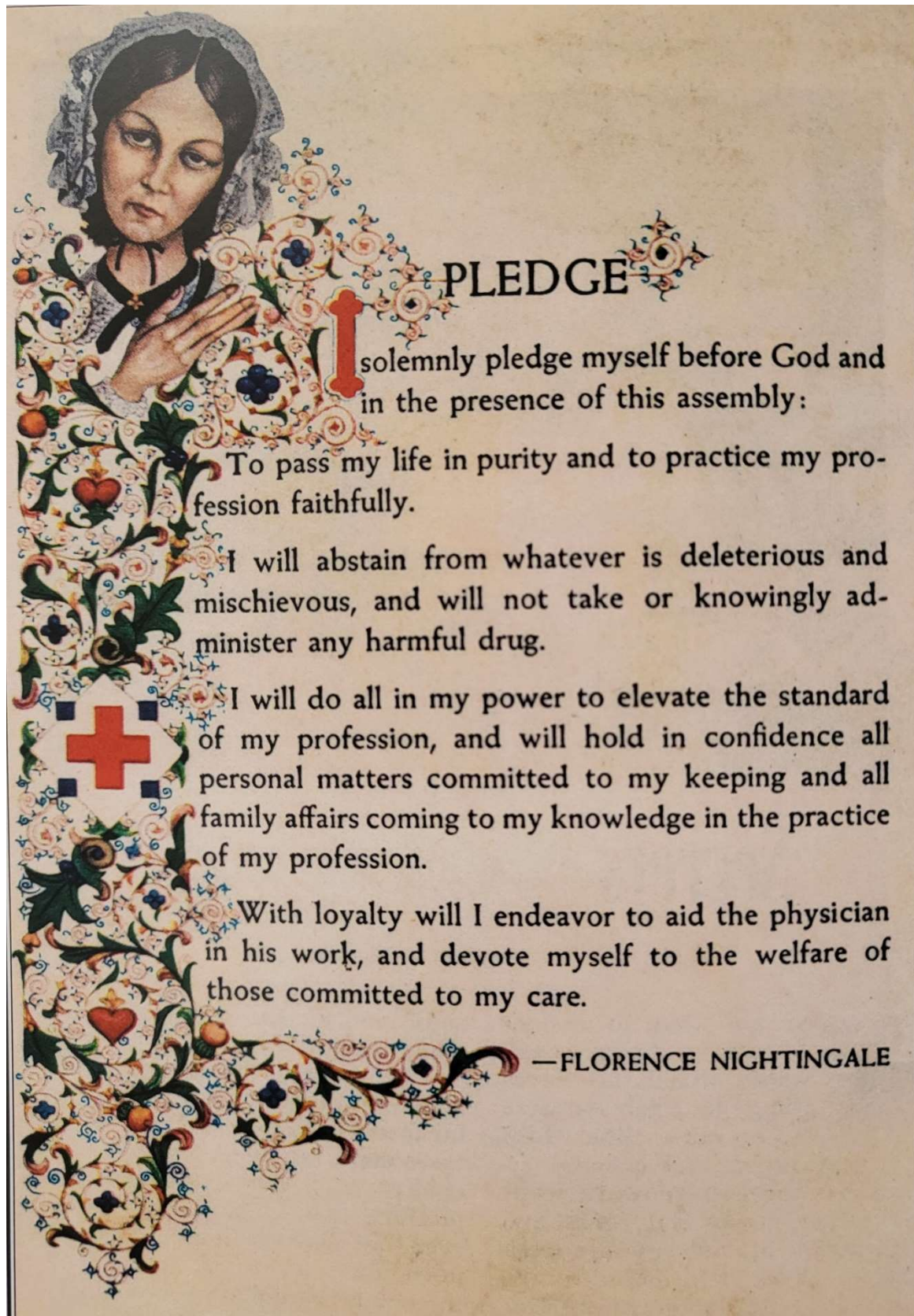
Medicinska je sestra pripremljena i ovlaštena: (1) sudjelovati u općem djelokrugu sestrinske prakse, uključujući promicanje zdravlja, prevenciju bolesti i njegu tjelesno bolesnih, duševno bolesnih i invalidnih osoba svih dobnih skupina te u svim zdravstvenim i druge postavke zajednice; (2) izvoditi nastavu zdravstvene njege; (3) u potpunosti sudjelovati kao članica zdravstvenog tima; (4) nadzirati i osposobljavati pomoćne medicinske sestre i zdravstvenu njegu; i (5) biti uključena u istraživanje.

Prema Izvješću o stanju o sestrinstvu u svijetu (2020.) i Izvješću o stanju o primaljstvu u svijetu (2021.), Svjetska je zdravstvena organizacija objavila:

- otprilike 27 milijuna muškaraca i žena čini globalnu radnu snagu za medicinske sestre i primalje što je gotovo 50 % globalne zdravstvene radne snage
- postoji globalni nedostatak zdravstvenih radnika, posebno medicinskih sestara i primalja, koji predstavljaju više od 50 % trenutnog nedostatka zdravstvenih radnika
- najveći je nedostatak medicinskih sestara i primalja temeljen na potrebama u jugoistočnoj Aziji i Africi
- kako bi sve zemlje postigle 3. cilj održivog razvoja o zdravlju i dobrobiti, Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da će svijetu trebati dodatnih devet milijuna medicinskih sestara i primalja do 2030. godine
- medicinske sestre imaju ključnu ulogu u promicanju zdravlja, prevenciji bolesti i pružanju primarne skrbi i skrbi u zajednici – pružaju skrb u hitnim slučajevima i bit će ključne za postizanje univerzalne zdravstvene pokrivenosti
- postizanje zdravlja za sve ovisit će o postojanju dovoljnog broja dobro obučanih i obrazovanih, reguliranih i dobro podržanih medicinskih sestara i primalja koje primaju plaću i priznanje razmjerno uslugama i kvaliteti skrbi koju pružaju
- ulaganje u medicinske sestre i primalje dobra je vrijednost za novac – Izvješće Visoke komisije UN-a o zapošljavanju u zdravstvu i gospodarskom rastu zaključuje da ulaganja u obrazovanje i otvaranje radnih mjesta u zdravstvenom i socijalnom sektoru rezultiraju trostrukim povratom poboljšanih zdravstvenih ishoda, globalne zdravstvene sigurnosti i uključivog gospodarskog rasta
- globalno, 70 % zdravstvene i socijalne radne snage jesu žene u usporedbi s 41 % zastupljenosti žena u svim sektorima zapošljavanja iz čega proizlazi da zanimanja medicinskih sestara i primalja predstavljaju značajan udio ženske radne snage.

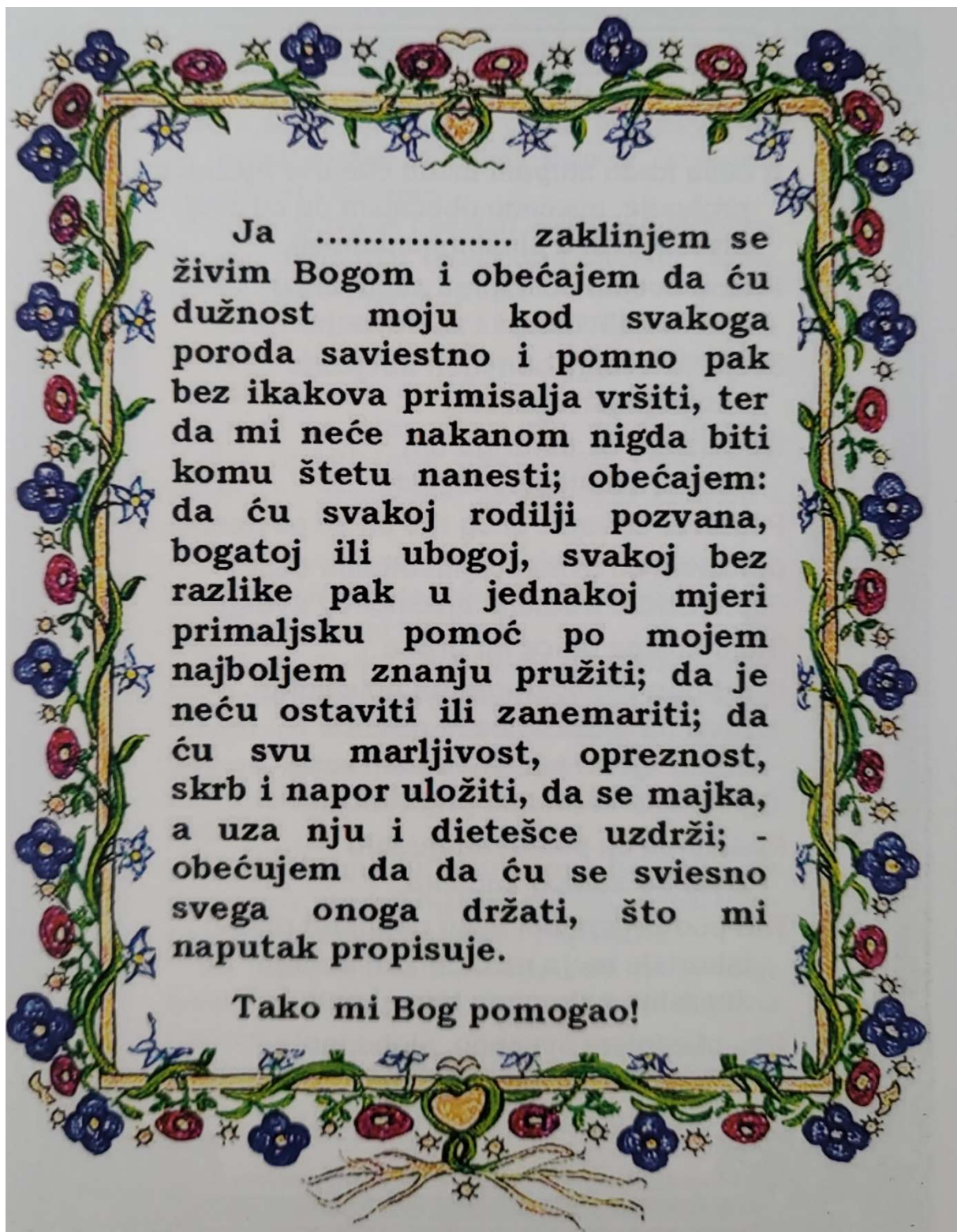
Medicinske sestre (Slika 4.) i primalje (Slika 5.) ključne su za primarnu zdravstvenu skrb i često su prvi, a ponekad i jedini zdravstveni djelatnici koje ljudi vide, a kvaliteta je njihove početne procjene, njege i liječenja ključna. One su također dio svoje lokalne zajednice – dijele njezinu kulturu, snagu i ranjivost te mogu oblikovati i pružiti učinkovite intervencije kako bi se zadovoljile potrebe pacijenata, obitelji i zajednica.

Slika 4. Jedna od novijih modifikacija Zavjeta Florence Nightingale



Izvor: Škrobonja, A., 2017.

Slika 5. Zakletva hrvatskih primalja u 19. stoljeću



Izvor: Škrobonja, A., 2017.

2. O ZDRAVSTVU

Ni društvo ni pojedinac, a ni bilo koje dobro ne smiju prelaziti granice koje je postavila priroda.

Hipokrat

Vizija je zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj „da će unaprijediti kvalitetu života i stvoriti uvjete za gospodarski rast kroz očuvanje i unaprjeđenje zdravlja svakog pojedinca i cijele populacije. Poštujući činjenicu da na zdravlje utječe veliki broj čimbenika izvan sustava zdravstva, zdravstveni sustav ojačat će svoj kapacitet za suradnju s drugim sektorima i unaprijediti vlastiti kapacitet za preoblikovanje kako bi se odgovorilo na nove zdravstvene izazove i potrebe stanovništva. Zdravstveni sustav Republike Hrvatske će na djelotvoran i racionalan način provoditi mjere zaštite i unaprjeđenja zdravlja te liječenja i rehabilitacije bolesnika pri čemu će se uvijek voditi znanstveno utemeljenim spoznajama. Sustav će bolesnicima dati središnju i aktivnu ulogu, a temeljit će se na visokim etičkim i moralnim normama“.

Misija je zdravstvenog sustava „zaštita, očuvanje i unaprjeđenje zdravlja stanovništva, uključujući kao posebnu skupinu radno sposobnu populaciju kroz zaštitu javnozdravstvenog interesa, rano prepoznavanje rizika bolesti i profesionalnih bolesti vezanih uz rad, sprečavanje bolesti, ozljeda na radu te liječenje i rehabilitaciju bolesnih“.

2.1. Zdravstvena zaštita

Pravo na zdravstvenu zaštitu ustavno je pravo svakog građanina Republike Hrvatske. Zakonski okvir uključuje tri zakona:

- Zakon o zdravstvenoj zaštiti

Tim su Zakonom uređena načela i mjere zdravstvene zaštite, prava i obveze osoba u korištenju zdravstvene zaštite, nositelji društvene skrbi za zdravlje stanovništva, sadržaj i organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti te nadzor nad obavljanjem zdravstvene djelatnosti.

- Zakon o zdravstvenom osiguranju

Tim se Zakonom uređuje obvezno zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj, opseg prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava i obveze osoba obvezno osiguranih prema tom Zakonu, uvjeti i način njihova ostvarivanja i financiranja kao i prava i obveze nositelja obveznoga zdravstvenog osiguranja, uključujući i prava i obveze ugovornih subjekata nositelja provedbe zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

- Zakon o pravima pacijenata

Tim se Zakonom određuju prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite te način zaštite i promicanja tih prava.

Bolesnikom u smislu toga Zakona smatra se svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije.

Ministarstvo zdravstva (MZ) upravlja sustavom zdravstvene zaštite (Slika 6.).

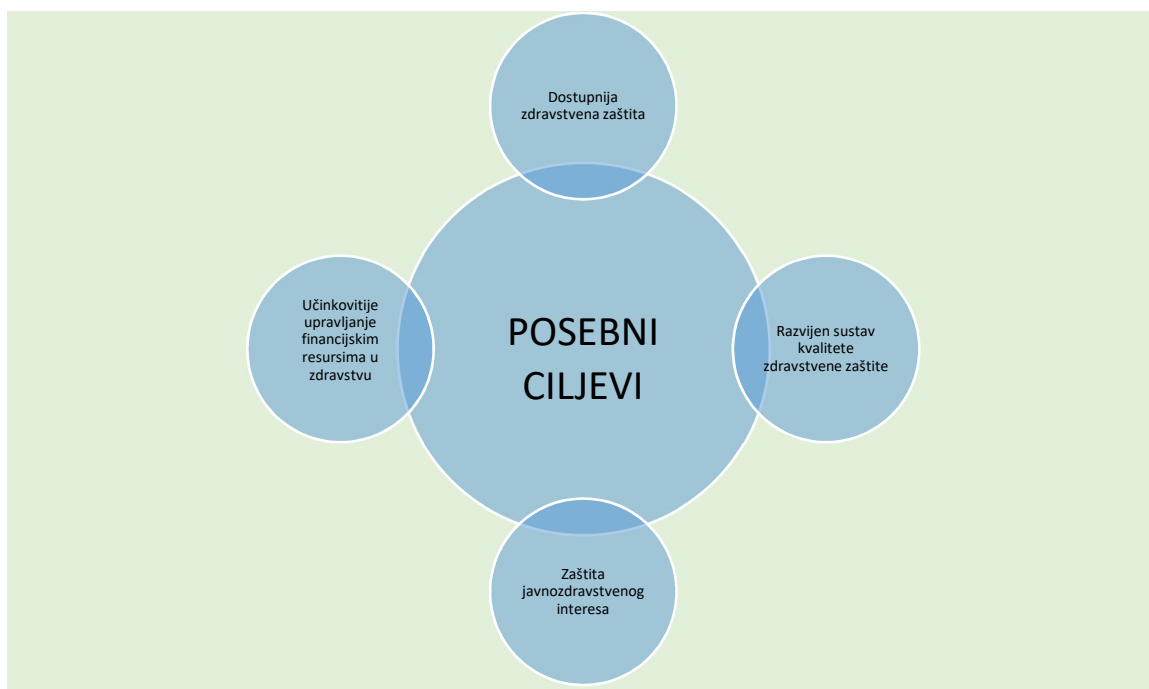
Slika 6. Uloga Ministarstva zdravstva



Izvor: autorica, 2022., prema <https://zdravlje.gov.hr/o-ministarstvu/9>

Opći cilj MZ-a zaštita, unaprjeđenje i očuvanje zdravlja. Posebni ciljevi uključuju dostupniju zdravstvenu zaštitu, razvijen sustav kvalitete zdravstvene zaštite, zaštitu javnozdravstvenog interesa i učinkovitije upravljanje financijskim resursima u zdravstvu (Slika 7.).

Slika 7. Posebni ciljevi MZ-a



Izvor: autorica, 2022., prema <https://zdravlje.gov.hr/o-ministarstvu/9>

2.2. Financiranje zdravstvene zaštite

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji financiranje zdravstva ključna je funkcija zdravstvenih sustava koja može omogućiti napredak prema univerzalnoj zdravstvenoj pokrivenosti poboljšanjem učinkovite pokrivenosti zdravstvenim uslugama. Danas milijuni ljudi nemaju pristup uslugama zbog cijene. Mnogi dobivaju usluge loše kvalitete čak i kada plaćaju iz vlastitih sredstava. Pozorno osmišljene i provedene politike financiranja zdravstva mogu pomoći u rješavanju tih problema. Na primjer, dogovori o ugovaranju i plaćanju mogu potaknuti koordinaciju skrbi i poboljšati kvalitetu skrbi; dostatna i pravovremena isplata sredstava pružateljima usluga može pomoći u osiguravanju odgovarajućeg osoblja i lijekova za liječenje bolesnika.

Pristup Svjetske zdravstvene organizacije financiranju zdravstva usredotočen je na ključne funkcije:

- povećanje prihoda (izvori sredstava, uključujući državne proračune, obvezne ili dobrovoljne unaprijed plaćene programe osiguranja, izravna plaćanja korisnika iz vlastitih sredstava i vanjska pomoć)
- udruživanje sredstava (akumulacija unaprijed plaćenih sredstava u ime dijela ili cijele populacije)
- kupnja usluga (plaćanje ili dodjela sredstava pružateljima zdravstvenih usluga).

Sve zemlje imaju politiku o uslugama na koje stanovništvo ima pravo, čak i ako to vlada nije izričito navela; dodatno one usluge koje nisu pokrivene obično plaćaju bolesnici (ponekad se nazivaju participacijama).

Vodeća načela reforme financiranja zdravstva mogu se sažeti kao skup „putokaza“ koji se mogu koristiti za provjeru reformske strategije ili za njihovu provedbu, kreće li se u pravom smjeru:

- kreće se prema pretežitom oslanjanju na javne izvore financiranja
- smanjenje fragmentacije u načinu na koji se sredstva udružuju ili ublažavanje posljedica
- pomicanje prema strateškoj kupnji zdravstvenih usluga, povezivanje plaćanja pružatelja usluga s podacima o njihovoj uspješnosti i zdravstvenim potrebama populacije kojoj služe.

Podrška Svjetske zdravstvene organizacije zemljama u politici povećanja prihoda vođena je načelima i preporukama koji su sažeti u nastavku:

- Kako bi postigle napredak, zemlje se moraju pomaknuti prema pretežitom oslanjanju na javno financiranje svojeg zdravstvenog sustava. Javno financiranje uključuje ona financiranja koja su obvezna i unaprijed plaćena što znači da su plaćena prije nego što se utvrdi ili pristupi potrebi za skrbi. To obično podrazumijeva poreze. Obvezni izvor znači da vlada zahtijeva od nekih ili svih ljudi da provedu plaćanje, bez obzira na to koriste li se zdravstvenim uslugama ili ne koriste.
- Plaćanja iz vlastitih sredstava gotovo su uvijek regresivna, tj. kućanstva s nižim prihodima suočavaju se s većim financijskim teretom.
- Unatoč rastućem interesu za nove poreze, opseg prikupljanja značajnih sredstava iz tih izvora često je ograničen; nadalje, opća izdvajanja mogu se smanjiti, učinkovito nadoknađujući nove prihode tamo gdje su namjenski.
- Namjensko izdvajanje prihoda ne dovodi automatski do povećanja razine ili predvidljivosti javnog financiranja zdravstva: važnije je političko opredjeljenje da se zdravstveni sektor primjereno financira, a ne jesu li sredstva namjenska.

Vodeći se tim načelima, Svjetska zdravstvena organizacija podržava zemlje u razvoju praktične strategije provedbe koja je osjetljiva na lokalne političke, društvene i ekonomske okolnosti.

Svi zaposleni i poslodavci obvezni su izdvajati za zdravstveno osiguranje. Uzdržavani članovi obitelji pokriveni su radno aktivnim članovima. Socijalno su osjetljive kategorije oslobođene plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje, umirovljenici i osobe s niskim primanjima. Građani koji plaćaju dopunsko zdravstveno osiguranje oslobođeni su participacije i sudjelovanja u troškovima u iznosu 20 % pune cijene, maksimalno 2000 kuna pri bolničkom liječenju, a kada je riječ o odlasku kod obiteljskog liječnika, oslobođeni su i naknade za izdavanje recepata u iznosu deset kuna.

Subjekti su zdravstvenoga sustava: građani, pružatelji zdravstvenih usluga i posredna institucija.

Zdravstvene se usluge kupuju kao i sve druge usluge, a tržište određuje cijene. Modeli su financiranja modeli tržišta:

1. Beveridgeov model – građani plaćaju porez, a iz poreza se financira zdravstvo.
2. Bismarckov model – model koji počiva na načelima solidarnosti i uzajamnosti.
3. Mješoviti model – kombinacija Beveridgeova i Bismarckova modela.

Ako je ekonomika racionalna upotreba raspoloživih sredstava, a sredstva su ograničena i potrebe neograničene, nameće se pitanje kako funkcionira zdravstveni sustav i može li se zdravlje vrjednovati kao roba? Akteri su zdravstvenog sustava građani, osiguranici i bolesnici, a s druge strane pružatelji zdravstvenih usluga i institucije koje prikupljaju prihode i udružuju financijska sredstva te plaćaju zdravstvene usluge.

2.3. Razine zdravstvene zaštite

Zdravstvena zaštita iz obveznog zdravstvenog osiguranja na razini zdravstvenih zavoda provodi se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite te putem posebnih programa (Slika 8.).

Slika 8. Razine zdravstvene zaštite



Izvor: autorica, 2022., prema <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>

Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti:

- opću/obiteljsku medicinu
- zdravstvenu zaštitu predškolske djece
- zdravstvenu zaštitu žena
- patronažnu zdravstvenu zaštitu
- zdravstvenu njegu u kući bolesnika
- stomatološku zdravstvenu zaštitu (polivalentnu)
- higijensko-epidemiološku zdravstvenu zaštitu
- preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata
- laboratorijsku dijagnostiku
- ljekarništvo
- hitnu medicinsku pomoć.

Zdravstvena djelatnost na sekundarnoj razini obuhvaća specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i bolničku zdravstvenu zaštitu.

Zdravstvena djelatnost na tercijarnoj razini obuhvaća obavljanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističko-konzilijarnih i bolničkih djelatnosti.

2.4. Mjere zdravstvene zaštite

Mjere zdravstvene zaštite podrazumijevaju skup aktivnosti, odnosno preventivnih, dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacijskih medicinskih postupaka u provođenju zdravstvene zaštite na razinama usmjerenim postizanju određenog cilja.

Plan i program mjera zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj ima pet osnovnih ciljeva:

- unaprjeđenje zdravlja stanovništva u cjelini
- povećanje očekivanog trajanja života i smanjenje smrtnosti
- povećanje broja godina života bez bolesti i/ili invalidnosti
- osiguranje najviše moguće razine fizičkog i psihičkog zdravlja uz brigu za poboljšanje kvalitete života očuvanjem zdravlja i funkcionalnog kapaciteta
- jačanje odgovornosti svakog građanina za svoje zdravlje, osobito oralno.

Mjere su zdravstvene zaštite:

1. zaštita od ekoloških čimbenika štetnih za zdravlje, uključujući sve mjere za očuvanje, unaprjeđenje, praćenje i poboljšanje zdravstvenih i higijenskih uvjeta za život i rad čovjeka
2. provođenje zdravstvenog odgoja, prosvjećivanje i promicanje zdravlja radi unaprjeđenja psihofizičkih sposobnosti osoba

3. otkrivanje i otklanjanje uzroka bolesti, odnosno sprječavanje i suzbijanje bolesti te ozljeda i njihovih posljedica
4. mjere i aktivnosti za sprječavanje, pravodobno otkrivanje i suzbijanje zaraznih i kroničnih nezaraznih bolesti, uključujući i provođenje nacionalnih preventivnih programa
5. mjere i aktivnosti vezane uz zaštitu i unaprjeđenje oralnog zdravlja stanovništva
6. mjere zdravstvene zaštite u vezi s radom i radnim okolišem (specifična zdravstvena zaštita radnika)
7. liječenje, zdravstvena njega i rehabilitacija oboljelih i ozlijeđenih osoba te osoba s invaliditetom
8. posebne mjere zdravstvene zaštite stanovništva starijeg od 65 godina života
9. posebne mjere zdravstvene zaštite hrvatskih branitelja sukladno posebnim propisima
10. osiguravanje palijativne skrbi
11. osiguravanje cjelovite (preventivne, kurativne i rehabilitacijske) zdravstvene zaštite djece i mladeži
12. osiguravanje cjelovite zdravstvene zaštite žena, a posebice u vezi s planiranjem obitelji, trudnoćom, porođajem i majčinstvom
13. opskrba lijekovima i medicinskim proizvodima za zdravstvenu zaštitu
14. pregledi umrlih te utvrđivanje vremena i uzroka smrti
15. mjere vezane uz zaštitu i unaprjeđenje zdravlja sportaša.

Mjere su zdravstvene zaštite podijeljene u sljedeće zasebne cjeline:

- mjere zdravstvene zaštite u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
- mjere zdravstvene zaštite u specijalističko-konzilijarnoj i stacionarnoj (bolničkoj) zdravstvenoj zaštiti
- mjere zdravstvene zaštite koje provodi Hrvatski zavod za javno zdravstvo i zavodi za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba
- mjere zdravstvene zaštite za značajne zdravstvene probleme
- ostale mjere.

3. O ZDRAVLJU

Tko želi ostati snažan, zdrav i mlad te si produljiti život, neka bude umjeren u svemu. Neka diše svjež zrak, neka njeguje i vježba tijelo, neka čuva hladnu glavu i tople noge, a bolesti neka si liječi postom, a ne lijekovima.
Hipokrat

3.1. Temeljne činjenice

- Ustav Svjetske zdravstvene organizacije (1946.) predviđa „...najviši dostižni standard zdravlja kao temeljno pravo svakog ljudskog bića.“
- Razumijevanje zdravlja kao ljudskog prava stvara zakonsku obvezu država da osiguraju pristup pravovremenoj, prihvatljivoj i pristupačnoj zdravstvenoj skrbi odgovarajuće kvalitete kao i osiguravanju temeljnih odrednica zdravlja kao što su: sigurna i pitka voda, sanitarni uvjeti, hrana, stanovanje, informiranje i obrazovanje u vezi sa zdravljem i ravnopravnost spolova.
- Obveza država da podupiru pravo na zdravlje – uključujući dodjelu „maksimalnih raspoloživih resursa” za postupno ostvarenje ovog cilja – preispituje se različitim međunarodnim mehanizmima za ljudska prava kao što je Univerzalni periodični pregled ili Odbor za ekonomska, socijalna pitanja i kulturna prava. U mnogim je slučajevima pravo na zdravlje usvojeno u domaćim zakonima ili ustavnim zakonima.
- Pristup zdravlju koji se temelji na pravima zahtijeva da zdravstvena politika i programi prvo daju prioritet potrebama onih koji su najudaljeniji prema većoj pravednosti što je načelo koje se ponavlja u nedavno usvojenoj Agendi 2030. za održivi razvoj i opću zdravstvenu pokrivenost.
- Pravo na zdravlje mora se uživati bez diskriminacije na temelju rase, dobi, etničke pripadnosti ili bilo kojeg drugog statusa. Nediskriminacija i jednakost zahtijevaju od država da poduzmu korake kako bi ispravile svaki diskriminirajući zakon, praksu ili politiku.
- Još jedna značajka pristupa koji se temelje na pravima jest smisljeno sudjelovanje. Sudjelovanje znači osigurati da su nacionalni dionici – uključujući nedržavne

aktere poput nevladinih organizacija – smisleno uključeni u sve faze programiranja: procjenu, analizu, planiranje, provedbu, praćenje i evaluaciju.

„Pravo na najviši mogući standard zdravlja” podrazumijeva jasan skup zakonskih obveza država da osiguraju odgovarajuće uvjete za uživanje zdravlja za sve ljude bez diskriminacije.

Pravo na zdravlje jedno je od niza međunarodno dogovorenih standarda ljudskih prava i neodvojivo je ili nedjeljivo od drugih prava. To znači da je ostvarivanje prava na zdravlje ključno i ovisi o ostvarivanju drugih ljudskih prava, na hranu, stanovanje, rad, obrazovanje, informiranje i sudjelovanje.

Pravo na zdravlje, kao i druga prava, uključuje i slobode i prava:

- slobode uključuju pravo na kontrolu vlastitog zdravlja i tijela (na primjer, seksualna i reproduktivna prava) i pravo na slobodu od upletanja (na primjer, bez mučenja i medicinskog liječenja i pokusa bez pristanka)
- pravo na sustav zdravstvene zaštite koji svima daje jednaku mogućnost uživanja najviše moguće razine zdravlja.

3.2. Definicija zdravlja

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) zdravlje opisuje kao psihičko, fizičko i socijalno blagostanje, a ne samo puku odsutnost bolesti ili slabosti.

Znanstveni dokazi potvrđuju doprinos zdravlja kvaliteti života pojedinaca i populacije. Više od pristupa zdravstvenim uslugama bilo koje kvalitete, potrebno je suočiti se s odrednicama zdravlja u cijelosti što zahtijeva zdrave javne politike, učinkovitu međusektorsku artikulaciju javne moći i mobilizaciju stanovništva. Autori ponovno razmatraju pojavu i razvoj promicanja zdravlja, fokusirajući se na analizu najperspektivnijih zdravstvenih strategija za povećanje

kvalitete života, posebice u društvima s visokom socijalnom i zdravstvenom nejednakosti. Takve su se strategije konkretizirale na zdravim općinama i međusektorskim aktivnostima, u zdravstvu i u svim politikama koje se suočavaju s društvenim odrednicama, kroz vlastite temelje i prakse koje su usko povezane s inovacijama u javnom upravljanju za integrirani i održivi lokalni razvoj, a s obzirom na Agendu 2030. i njezine ciljeve održivog razvoja.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, pravo na zdravlje uključuje sljedeće temeljne sastavnice:

3.2.1. Dostupnost

Dostupnost se odnosi na potrebu za dovoljnom količinom funkcionalnih javnih zdravstvenih i zdravstvenih ustanova, dobara i usluga kao i programa za sve. Dostupnost se može mjeriti analizom raščlanjenih podataka prema različitim i višestrukim stratifikatorima, uključujući dob, spol, lokaciju i socioekonomski status te kvalitativne ankete za razumijevanje nedostataka u pokrivenosti zdravstvene radne snage.

3.2.2. Pristupačnost

Pristupačnost zahtijeva da zdravstvene ustanove, dobra i usluge moraju biti dostupni svima.

Pristupačnost ima četiri prožimajuće dimenzije:

- nediskriminaciju
- fizičku dostupnost
- ekonomičnu dostupnost
- dostupnost informacija.

Procjena pristupačnosti može zahtijevati analizu prepreka – fizičkih, financijskih ili drugih – koje postoje i kako one mogu utjecati na najranjivije te uspostavljanje ili primjenu jasnih normi

i standarda u zakonu i politici za rješavanje tih prepreka kao i robusni sustav praćenja informacija o zdravlju i dopiru li te informacije do svih populacija.

3.2.3. Prihvatljivost

Prihvatljivost se odnosi na poštivanje medicinske etike, kulturološki prikladno i osjetljivost na spol. Prihvatljivost zahtijeva da su zdravstvene ustanove, roba, usluge i programi usmjereni na ljude i da zadovoljavaju specifične potrebe različitih skupina stanovništva te da su u skladu s međunarodnim standardima medicinske etike za povjerljivost i informirani pristanak.

3.2.4. Kvaliteta

Objekti, roba i usluge moraju biti znanstveno i medicinski odobreni. Kvaliteta je ključna sastavnica univerzalne zdravstvene zaštite, a uključuje iskustvo kao i percepciju zdravstvene skrbi. Kvalitetne zdravstvene usluge trebaju biti:

- **sigurne** – izbjegavanje ozljeda osoba kojima je skrb namijenjena
- **učinkovite** – pružanje zdravstvenih usluga utemeljenih na dokazima onima kojima su potrebne
- **usmjerene na ljude** – pružanje skrbi koja odgovara individualnim preferencijama, potrebama i vrijednostima
- **pravovremene** – smanjenje vremena čekanja i ponekad štetnih kašnjenja
- **pravedne** – pružanje skrbi koja ne varira u kvaliteti na temelju spola, etničke pripadnosti, geografskog položaja i socioekonomskog statusa
- **integrirane** – pružanje skrbi koja čini dostupnim cijeli niz zdravstvenih usluga tijekom cijelog života
- **učinkovite** – maksimiziranje koristi od dostupnih resursa i izbjegavanje rasipanja.

3.3. Promocija zdravlja

Promicanjem zdravlja svijet želimo učiniti sigurnim, a služiti ranjivima. Strategije za promicanje zdravlja moraju biti integrirane u cjelokupno društvo, ciljeve kao i suvremene ekonomske pristupe i druge instrumente kojima je cilj povećanje pravednosti.

Svi sektori, a ne samo zdravstvo, pozvani su raditi na promociji zdravlja kao dijelu svih politika i strategija. Svi moramo ulagati u zdravlje kroz unaprjeđenje i stvaranje potencijala za zdravlje prije nego što nastane zdravstveni problem.

Služba za promicanje zdravlja Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo definira promicanje zdravlja kao proces koji omogućuje ljudima da unaprijede svoje zdravlje i osposobe se za kontrolu vlastitog zdravlja.

Zadatci Službe za promicanje zdravlja:

- provedba projekta *Živjeti zdravo*
- predlagati, poticati i sudjelovati u organizaciji i provođenju programa promicanja zdravlja
- osigurati potrebne preporuke i promicati zdraviji način življenja (nepušenje, pravilna prehrana, redovita tjelesna aktivnost, odgovorno spolno ponašanje, jačanje sposobnosti pojedinca za prevladavanje kriznih stanja i sl.) putem zdravstvenog odgoja i prosvjećivanja kao i sredstava javnog priopćavanja
- izraditi stručne predloške i/ili edukacijske i promidžbene materijale
- osigurati stručnu pomoć i podršku programima mijenjanja po zdravlje štetnih životnih navika

- poticati stvaranje preduvjeta da zdraviji način življenja bude jednostavniji i privlačniji od drugih mogućnosti
- posebnu pozornost posvetiti poticanju stvaranja takvog društvenog okruženja koje daje potporu usvajanju zdravijeg načina življenja, uključujući odgovarajuće legislativne aspekte
- na području promicanja zdravlja unaprjeđivati suradnju s drugim sektorima (prosvjeta, prehrambena industrija, poljoprivreda...)
- provoditi praćenje i evaluaciju programa.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, ulaganja u promicanje zdravlja pozitivno utječu na smanjenje siromaštva, spol, jednakost, gospodarski rast i otpornost te potiču zajednice da budu uključeniije, snažne i miroljubive. Dobro je zdravlje dobra politika. Hrabro političko vodstvo vrsta je vodstva kojemu bismo trebali težiti. To je ključ koji će otključati budućnost koja je puna nade, održiva i zdrava za sve.

3.4. Penderin model promocije zdravlja

Nola Pender američka je medicinska sestra koja je razvila model promocije zdravlja. Glavno obilježje tog modela prevencije jest naglasak na onim preventivnim mjerama koje ljudi moraju poduzeti kako bi izbjegli bolesti općenito.

Model opisuje važne uloge medicinskih sestara u pomaganju bolesnicima u prevenciji bolesti putem brige o sebi i pametnih odluka. Tijekom svoje duge karijere Nola Pender podržavala je i nastavlja podržavati različite organizacije povezane sa sestrinštvom, doprinoseći svojim vremenom, uslugom i znanjem.

Pender je osmislila model promocije zdravlja kao dopunski pandan postojećim modelima zdravstvene zaštite. Definira zdravlje kao pozitivno dinamičko stanje, a ne samo kao odsutnost bolesti. Promicanje je zdravlja usmjereno na povećanje razine dobrobiti bolesnika, opisujući višedimenzionalnu prirodu ljudi dok su u interakciji unutar svojeg okruženja tražeći dobrobit.

Penderin je model usmjeren na tri područja:

- karakteristike i pojedinačna iskustva
- spoznaje i posebni učinci ponašanja
- rezultati ponašanja.

3.4.1. Karakteristike i pojedinačna iskustva

Teorija navodi da svaka osoba ima jedinstvene karakteristike i iskustva koja utječu na njihove naknadne aktivnosti. Skup varijabli za specifično znanje i utjecaj ponašanja ima važno motivacijsko značenje. Varijable se mogu modificirati djelovanjem za njegu.

Promicanje zdravlja željeni je ishod ponašanja. Takva ponašanja trebala bi rezultirati boljim zdravljem, boljom funkcionalnom sposobnošću i boljom kvalitetom života u svim fazama razvoja.

Na konačnu bihevioralnu potražnju također utječu potražnja i neposredne konkurentske preferencije koje mogu poremetiti planirane aktivnosti za promicanje dobrobiti.

3.4.2. Spoznaje i posebni učinci ponašanja

Osobni se čimbenici dijele na biološke, psihološke i sociokulturne. Ti su čimbenici prediktivni za određeno ponašanje i vođeni su prirodom objektivnog ponašanja koje se razmatra.

Biološki osobni čimbenici uključuju varijable kao što su indeks tjelesne mase po dobi, aerobni kapacitet, snaga, agilnost ili ravnoteža.

Osobni psihološki čimbenici uključuju varijable kao što su samopoštovanje, osobna samoprocjena, percepcija zdravstvenog stanja i definicija zdravlja.

Osobni sociokulturni čimbenici uzimaju u obzir čimbenike kao što su rasna etnička pripadnost, kultura, obrazovanje i socioekonomski status.

Situacijski su utjecaji osobne i kognitivne percepcije koje mogu olakšati ili ometati ponašanje. Oni uključuju percepciju dostupnih mogućnosti kao i karakteristike potražnje i estetske karakteristike okoliša u kojem se predlaže promicanje zdravlja.

3.4.3. Rezultati ponašanja

Unutar rezultata ponašanja postoji predanost akcijskom planu. Koncept namjere i identifikacija planirane strategije vodi k provedbi zdravstvenog ponašanja.

Konkurentni su zahtjevi ona alternativna ponašanja nad kojima ljudi imaju kontrolu. To se događa zbog svakodnevnih nepredviđenih okolnosti kao što su radne obveze ili obiteljska skrb.

Ponašanje promicanja zdravlja konačan je rezultat ili aktivnost usmjerena na postizanje pozitivnog zdravstvenog rezultata, optimalnog blagostanja, osobnog ispunjenja i produktivnog života.

Sažetije rečeno, teorija uzima u obzir važnost društvenog i kognitivnog procesa kao i važnost koju oni imaju u ponašanju pojedinca te činjenicu kako sve to utječe na promicanje zdravlja u osobi.

4. MJERE SPRJEČAVANJA BOLNIČKIH INFEKCIJA

Usvoji dvije navike: pomogni ili bar ne naškodi.

Hipokrat

Infekcije povezane sa zdravstvenom zaštitom predstavljaju veliko opterećenje za zdravstveni sustav jer povećavaju morbiditet i mortalitet hospitaliziranih bolesnika i tako produljuju boravak bolesnika u bolnici i troškove njihova liječenja.

4.1. Visok rizik za infekciju

Prema Šepec i suradnicima, *visok rizik za infekciju* stanje je u kojem je bolesnik izložen riziku nastanka infekcije uzrokovane patogenim mikroorganizmima koji potječu iz endogenog i/ili egzogenog izvora.

Prikupljanje podataka

1. Napraviti fizikalni pregled i procijeniti stanje postojećih oštećenja na koži i sluznicama, (stanje dekubitusa, rana, kirurške incizije – izgled, sekreciju, crvenilo, edem, bol).
2. Izmjeriti vitalne znakove.
3. Procijeniti stupanj svijesti.
4. Prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti.
5. Prikupiti podatke o kognitivno-senzornom deficitu.
6. Prikupiti podatke o aktualnoj terapiji i liječenju.
7. Prikupiti podatke o mogućim izvorima infekcija.
8. Procijeniti druge čimbenike rizika: urinarni kateter, ET tubus ili trahealna kanila, i. v. kateter, centralni venski ili arterijski kateter, drenovi, gastične sonde i stome.

9. Prikupiti podatke o vrsti i intenzitetu bola.

Kritični čimbenici

Medicinska stanja / bolesti:

- kronične bolesti
- poremećaj prehrane
- oslabljen imunološki sustav – leukopenija
- trudnoća – mogućnost puknuća amnionske membrane

Lijekovi / medicinski postupci:

1. Postojanje ulaznog mjesta za mikroorganizme:

- intravenski/arterijski kateter
 - kirurški zahvat
 - drenaža
 - fiksator
 - dijaliza
 - endotrahealna intubacija
 - urinarni kateter
 - stome

2. Kemoterapija

3. Primjena imunosupresiva

4. Dugotrajna primjena antibiotika

Osobni / okolinski čimbenici:

- dugotrajna hospitalizacija
- kontakt s infektivnim tvarima/materijalima
- neupućenost – nedostatak znanja o prijenosu infekcija
- loše higijenske navike
- oštećenje tkiva (opekline, ugrizi životinja, radijacija)

Dobni čimbenici:

- nedostatna stečena imunost
- nezrelost imunološkog sustava
- svježa umbilikalna rana
- nedostatna imunizacija

Mogući ciljevi

1. Tijekom hospitalizacije neće biti simptoma ni znakova infekcije:

- bolesnik će biti afebrilan, (temp. 36 – 37°C)
- laboratorijski će nalazi (leukociti, SE) biti unutar referentnih vrijednosti
- bolesnik neće imati pojačanu sekreciju iz dišnih putova, bronhalni će sekret biti proziran i bez mirisa
- urin će biti makroskopski čist, svijetlo žute boje, bez mirisa i sedimenta
- ubodna će mjesta intravaskularnih katetera biti bez znakova infekcije
- rana i mjesta incizije ostat će čista, bez crvenila i purulentne sekrecije
- uzorci prikupljeni i poslani na bakteriološku analizu ostat će sterilni.

2. Bolesnik će usvojiti znanja o načinu prijenosa i postupcima sprječavanja infekcije, demonstrirat će pravilnu tehniku pranja ruku.

3. Bolesnik će znati prepoznati znakove i simptome infekcije.

Intervencije

1. Mjeriti vitalne znakove (tjelesnu temperaturu afebrilnim bolesnicima mjeriti dva puta dnevno te izvijestiti o svakom porastu iznad 37°C).

2. Pratiti promjene vrijednosti laboratorijskih nalaza i izvijestiti o njima.

3. Pratiti izgled izlučevina.

4. Bronhalni sekret poslati na bakteriološku analizu.

5. Poslati urin na bakteriološku analizu prije uvođenja urinarnog katetera.

6. Urin iz urinarnog katetera poslati na bakteriološku analizu.

7. Vrh urinarnog katetera nakon promjene poslati na bakteriološku analizu.

8. Napraviti brisove:

- operacijske rane
- vrha endovenoznog katetera
- mjesta insercije katetera

9. Održavati higijenu ruku prema standardu.

10. Obući zaštitne rukavice prema standardu.

11. Primijeniti mjere izolacije bolesnika prema standardu.

12. Odjenuti zaštitnu odjeću prema standardu:

- kapa
- maska
- ogrtač
- nazuvci za cipele
- naočale

13. Podučiti posjetitelje higijenskom pranju ruku prije kontakta s bolesnikom.

14. Podučiti posjetitelje ponašanju u uvjetima izolacije.

15. Održavati higijenu prostora prema standardnoj operacijskoj proceduri (SOP).

16. Ograničiti širenje mikroorganizama u okolinu zrakom (prašina, rastresanje posteljnog rublja, održavanje filtera klima-uređaja i sl.).

17. Prikupiti i poslati uzorke na analizu prema pisanoj odredbi liječnika (urin, krv, ispljuvak, drenaža, brisovi i sl.) te evidentirati i izvijestiti o nalazu.

18. Podučiti bolesnika o važnosti održavanja higijene ruku.

19. Pomoći oprati ruke bolesniku.

20. Održavati higijenu perianalne regije nakon eliminacije prema standardu.

21. Provoditi higijenu usne šupljine prema standardu.

22. Aspirirati dišni put prema standardu.

23. Uvoditi i održavati intravenozne / arterijske katetere prema standardu.

24. Održavati drenažne katetere prema standardu.
25. Aseptično previjati rane.
26. Njegovati i previjati stomu prema standardu.
27. Zbrinuti infektivni i oštri materijal prema standardnoj operacijskoj proceduri (SOP).
28. Pratiti pojavu simptoma i znakova infekcije.
29. Održavati setove i instrumente prema standardnoj operacijskoj proceduri (SOP).
30. Njega i. v. i arterijskog katetera, urinarnih katetera, ET tubusa, trahealnih kanila, NG sonda i prema standardu.
31. Provoditi mjere sprječavanja respiratornih poslijeoperacijskih komplikacija:
 - provoditi vježbe disanja
 - provoditi vježbe iskašljavanja
 - provoditi aktivne i pasivne vježbe ekstremiteta
 - mijenjati drenažne položaje
32. Održavati optimalne mikroklimatske uvjete.
33. Primijeniti antibiotsku profilaksu prema pisanoj odredbi liječnika.
34. Educirati bolesnika i obitelj o:
 - čimbenicima rizika za nastanak infekcije
 - načinu prijenosa infekcije
 - mjerama prevencije infekcije

- ranim simptomima i znakovima infekcije
- zbrinjavanju infektivnog otpada

Mogući ishodi / evaluacija

1. Tijekom hospitalizacije nije došlo do pojave infekcije.

- Bolesnikova je tjelesna temperatura ____°C.
- Mikrobakteriološki su nalazi uzoraka sterilni.
- Nema pojačane sekrecije iz dišnih putova, iskašljaj je serozan.
- Urin je bistar, svijetlo žute boje, bez mirisa i sedimenta.
- Nema znakova infekcije na mjestu insercije i. v. ili i. a katetera
- Rana je bez simptoma i znakova infekcije, per primam.

2. Bolesnik demonstrira pravilnu tehniku pranja ruku.

3. Bolesnik nabraja simptome infekcije.

4. Bolesnik nabraja čimbenike rizika za nastanak infekcije.

5. Došlo je do pojave infekcije:

- operacijska je rana crvena, inflamirana, gnojna
- mikrobakteriološka analiza uzorka pokazuje prisutnost patogenih mikroorganizama
- urin je mutan, zaudara, bolesnik se tuži na bol u donjem dijelu trbuha
- na mjestu insercije i. v ili i. a katetera pojavilo se crvenilo, bol i pečenje
- tjelesna je temperatura ____°C

4.2. Standardizirani postupak higijene ruku

Prema Šepec i suradnicima *Higijena ruku* obvezni je postupak svih sudionika u radnim procesima u zdravstvenim ustanovama.

Ignaz Philipp Semmelweis bio je mađarski ginekolog koji je poznat kao prvi liječnik u povijesti medicine koji je otkrio da se učestalost puerperalne groznice („dječja groznica“) može drastično smanjiti korištenjem dezinfekcije ruku u porodničkim klinikama. Također se opisuje kao „spasitelj majki“ i „otac kontrole infekcija“. Puerperalna groznica bila je uobičajena u bolnicama sredinom 19. stoljeća.

NAZIV POSTUPKA

Higijena ruku

DEFINICIJA POSTUPKA

Jedna od najvažnijih mjera u sprječavanju unakrsnih širenja infekcija u zdravstvenim ustanovama.

PROVODITELJ POSTUPKA

Postupak provode medicinske sestre svih razina obrazovanja u svakodnevnom radu.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Potrebno je od 30 do 60 sekundi.

SVRHA POSTUPKA

Odstraniti patogene mikroorganizme koji prolazno kontaminiraju ruke pri radu. Na rukama mogu postojati prolazni i trajni mikroorganizmi. Prolazni mikroorganizmi nisu dio normalne flore i predstavljaju svježu kontaminaciju i obično preživljavaju samo ograničeno vrijeme. Ruke se njima kontaminiraju u kontaktu s bolesnikom ili okolinom. Prolazna flora uključuje

većinu mikroorganizama odgovornih za unakrsne infekcije, npr. gram-negativne štapiće (*Escherichia coli*, *Klebsiella* spp i *Pseudomonas* spp.), *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus* i viruse, npr. rotaviruse. Odstranjuju se pravilnim pranjem ruku. Trajni su mikroorganizmi normalna flora kože i uključuju koagulaza-negativne stafilokoke (uglavnom *Staphylococcus epidermidis*), članove roda *Corynebacterium* i *Propionibacterium* spp. Obično su smješteni duboko u epidermisu i ne mogu se lako odstraniti jednokratnim pranjem ruku. Rijetko uzrokuju infekcije, osim kada je riječ o implantatima i intravenskim mjestima.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

- Primjena metode higijene ruku ovisi o procesu rada.
- Ruke i zapešće moraju biti oslobođeni svakog nakita (prsten, sat, narukvice i sl.), nokti na rukama moraju biti kratko podrezani, ne smiju biti umjetni.
- Koža ruku ne smije biti oštećena.
- Vidljiva oštećenja moraju biti zaštićena nepropusnim flasterom.
- Higijena ruku jedna je od najjeftinijih, najjednostavnijih i najučinkovitijih metoda u cilju sprječavanja i prijenosa bolničkih patogenih mikroorganizama s bolesnika na zdravstveno osoblje i obrnuto.

HIGIJENSKO PRANJE/DEZINFEKCIJA RUKU

- Ruke se moraju oprati prije i poslije svakog postupka.
- Ruke su vidljivo prljave iznimno rijetko, pri kontaktu s tjelesnim tekućinama i izlučevinama, i to ako se ne koriste rukavice ili ako se tijekom takvog rada rukavice poderu.
- Prljave ruke napraviti čistima može se samo pranjem sapunom pod tekućom vodom, losionom ili deterdžentnim antiseptikom (Slika 9.).

Slika 9. Vaših pet trenutaka za higijenu ruku



1	PRIJE KONTAKTA S BOLESNIKOM	KADA? Očistite ruke prije doticanja bolesnika, kada mu prilazite
		ZAŠTO? Da zaštitite bolesnika od štetnih mikroorganizama koje nosite na rukama
2	PRIJE ASEPTIČKIH POSTUPAKA	KADA? Očistite ruke neposredno prije bilo kojeg aseptičkog postupka
		ZAŠTO? Da zaštitite bolesnika od ulaska štetnih mikroorganizama u njegovo tijelo uključujući njegove vlastite mikroorganizme
3	NAKON RIZIKA IZLAGANJU TJELESNIM TEKUĆINAMA	KADA? Očistite ruke neposredno nakon rizika izlaganju tjelesnim tekućinama (i nakon skidanja rukavica)
		ZAŠTO? Da zaštitite sebe i okolinu od štetnih bolesnikovih mikroorganizama
4	NAKON KONTAKTA S BOLESNIKOM	KADA? Očistite ruke nakon dodirivanja bolesnika i njegove neposredne okoline, kada odlazite
		ZAŠTO? Da zaštitite sebe i okolinu od štetnih bolesnikovih mikroorganizama
5	NAKON KONTAKTA S OKOLINOM BOLESNIKA	KADA? Očistite ruke nakon dodirivanja bilo kojeg predmeta ili namještaja u neposrednoj blizini bolesnika, kada odlazite – čak i ako niste dodirivali bolesnika
		ZAŠTO? Da zaštitite sebe i okolinu od štetnih bolesnikovih mikroorganizama

čist = bez štetnih mikroorganizama



WHO zahtijeva Svjetskiškolj bolnici u Ženski (HUK), osobito članovima Programa za kontrolu infekcija, za njihovo aktivno sudjelovanje u stvaranju ovog materijala



Svjetska Zdravstvena Organizacija

Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija, 2012.

DEZINFEKCIJA RUKU UTRLJAVANJEM ALKOHOLNIH PREPARATA Ruke su „nečiste” ako i nisu vidljivo prljave. Čiste ruke podrazumijevaju ruke slobodne od štetnih mikroorganizama.

Utrljavanje se alkoholnih preparata provodi:

- prije kontakta s bolesnikom – prije aseptičnih postupaka
- nakon izlaganju tjelesnim tekućinama
- nakon kontakta s bolesnikom
- nakon kontakta s okolinom bolesnika (Slika 10.).

Slika 10 . Higijensko utrljavanje u ruke



Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija, 2012.

PROCJENA:

Metoda za higijenu ruku ovisi o:

- vrsti radnog procesa
- tehničkim mogućnostima primjene određene metode
- osjetljivosti korisnika na preparate.

ZA PROVOĐENJE POSTUPKA POTREBNO JE OSIGURATI:

- umivaonike s pripadajućom opremom i priborom (sredstva za higijenu ruku u odgovarajućim dozatorima, kvalitetne papirnate ručnike u zatvorenim kutijama, sredstvo za njegu ruku)
- sredstava za higijenu ruku (tekući sapun/losion, deterdžentni antiseptik, alkoholni dezinficijens), sredstva moraju biti djelotvorna, ali istovremeno slabo iritativna
- alkoholni pripravak lako dostupan u zoni bolesnika, tj. na mjestu skrbi, džepno pakiranje (100 ml) ili odgovarajući dozator (500 ml).

4.3. Primjena rukavica

4.3.1. Primjena sterilnih rukavica

- svaki kirurški postupak
- vaginalni porod
- invazivne radiološke pretrage
- svaki kontakt s krvlju
- kod parenteralne prehrane
- kod kemoterapijskih lijekova

4.3.2. Primjena nesterilnih rukavica

- kod kontakta s krvlju

- kod kontakta s tjelesnim tekućinama i izlučevinama
- kod kontakta s vidljivo kontaminiranim predmetima s krvlju i tjelesnim tekućinama

Izravan kontakt s bolesnikom

- kontakt s krvlju
- kontakt s oštećenom i neoštećenom kožom
- pri sumnji na zarazne infektivne bolesti, epidemije
- postavljanje i odstranjivanje intravenozne kanile
- oštećenje intravenozne kanile
- ginekološki pregled
- pri aspiriranju endotrahealnog tubusa

Neizravan kontakt s bolesnikom

- pražnjenje bubrežnjaka
- pranje i dezinfekcija instrumenata
- rukovanje s infektivnim otpadom (tjelesne tekućine)

4.3.3. Rukavice nisu potrebne

(osim u slučaju opreza pri kontaktu s krvlju, tjelesnim tekućinama ili kontaminiranim predmetima)

Izravan kontakt s bolesnikom

- mjerenje tlaka
- mjerenje tjelesne temperature
- primjena subkutane i intramuskularne injekcije
- kupanje i oblačenje bolesnika

- transport bolesnika
- toaleta očiju i ušiju (bez sekreta)
- toaleta intravenozne kanile bez prisustva krvi

Neizravan kontakt s bolesnikom

- uporaba telefona
- pisanje u bolesnikov karton
- davanje oralne terapije
- odlaganje i skupljanje bolesnikovih stvari
- mijenjanje posteljine na krevetu
- primjena maski za kisik
- premještanje bolesnikova namještaja

Piramida rukavica Svjetske zdravstvene organizacije pomaže u donošenju odluka o tome kada nositi, a kada ne nositi rukavice (Slika 11.).

Slika 11. Piramida rukavica Svjetske zdravstvene organizacije



Izvor: SZO, Informativni letak SZO-a o upotrebi rukavica

Postoji mnogo zablude o tome kada i gdje nositi jednokratne rukavice i u zdravstvenom okruženju i izvan njega. Ono što je važno zapamtiti jest da rukavice nisu zamjena za higijenu ruku. U zdravstvenom okruženju one su važne za smanjenje infekcija među radnicima i bolesnicima, ali se moraju na odgovarajući način koristiti kako bi bili učinkovite.

4.4. Standardizirani postupak kontaktne izolacije bolesnika

NAZIV POSTUPKA

Provođenje mjera kontaktne izolacije bolesnika.

Prema Šepec i suradnicima *Kontaktna izolacija* skup je mjera kojima se sprječava prijenos mikroorganizama izravnim kontaktom – nakon dodirivanja bolesnika, ili neizravnim – nakon dodirivanja kontaminirane okoline ili predmeta.

PROVODITELJI MJERA

Svi članovi zdravstvenog tima i pomoćno osoblje.

TRAJANJE PROVOĐENJA POJEDINIH MJERA

Trajanje provođenja mjera može se podijeliti na:

- pripremu sobe za izolaciju i osnovne opreme
- 30 minuta (ako ne postoji pripremljena soba za izolaciju)
- oblačenje zaštitne odjeće pet minuta prije ulaznja u prostor izolacije
- postupak s bolesnikom prema standardu određenog postupka
- svlačenje zaštitne odjeće tri minute nakon izlaženja iz prostora izolacije

SVRHA PROVOĐENJA MJERA IZOLACIJE

Spriječiti prijenos i širenje mikroorganizama od bolesnika:

- 1) ako postoji sumnja na infekciju (pojava znakova ili simptoma infekcije)
- 2) ako je dokazano da boluje od infektivne bolesti
- 3) ako je kliconoša (mikrobiološki nalaz koji upućuje na potrebnu primjenu mjera izolacije)

4) ako je inficiran uzročnicima koji predstavljaju moguću opasnost za ostale bolesnike i osoblje.

OSNOVNA OBILJEŽJA

Bolesti koje zahtijevaju kontaktnu izolaciju jesu:

- crijevne infekcije (salmonele, šigele, Clostridium difficile, rotavirusi, adenovirusi)
- respiratorne infekcije (RSV, parainfluenza, enterovirusne infekcije)
- kožne infekcije (skabijes, stafilokokne i streptokokne infekcije)
- multirezistentni uzročnici (npr. Methicillin-rezistentni Staphylococcus aureus (MRSA), Vancomycin-rezistentni enterokoki (VRE), Imipenem rezistentni pseudomonas i dr.)

Bolesnik se smješta u zasebnu sobu. Ako nije moguće izolirati bolesnika, treba ga kohortirati (grupirati u istu sobu s istom infekcijom), a bez drugih infekcija i omogućiti najmanje jedan metar razmaka među krevetima. Ako nije moguća kohorta, potrebno je bolesnika odvojiti od ostalih bolesnika paravanom uz primjenu svih ostalih mjera sprječavanja infekcija koje vrijede za postupak kontaktne izolacije (Slika 12.).

Slika 12. Postupak provođenja mjera kontaktne izolacije

POSTUPAK PROVOĐENJA MJERA KONTAKTNE IZOLACIJE U FUNKCIJI SIGURNOSTI BOLESNIKA

Agneza Aleksijević
Ankica Vlačić

UVOD
Kontaktna izolacija je skup mjera kojima se sprečava prijenos mikroorganizama direktnim kontaktom - nakon dodirivanja bolesnika ili indirektnim kontaktom - nakon dodirivanja kontaminirane okoline ili predmeta.

CILJ rada je prikazati značaj pripremnih radnji vezano za kontaktnu izolaciju za sigurnost bolesnika

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- oznaka na vratima o vrsti izolacije / KONTAKTNA IZOLACIJA (Slika 1)
- priprema bolesničke sobe
- priprema pribora za higijensko pranje ruku (Slika 2)
- priprema pribora za siguran rad unutar bolesničke sobe (Slika 3)
- pribor za mjerenje vitalnih funkcija

IZVOĐENJE POSTUPKA

-PRIPREMA PROSTORJE ZA IZOLACIJU-

- postaviti na vrata oznaku vrste izolacije
- u bolesničku sobu ulazi samo nužno osoblje
- postaviti unutar sobe pribor za higijensko pranje i brisanje ruku (Slika 4)
- postaviti pribor za siguran rad unutar bolesničke sobe (Slika 5)
- postaviti pribor za osobnu higijenu, pribor za mjerenje vitalnih funkcija (Slika 6)
- koristiti jednokratni materijal za rad.

ULAŽENJE U PROSTOR IZOLACIJE

- u bolesničku sobu ulazi samo planirano osoblje
- prije ulaska u sobu higijenski oprati i posušiti ruke (Slika 7)
- obući zaštitnu odjeću i obući
- VRATA IZOLACIJE UVIJEK MORAJU BITI ZATVORENA (Slika 8)

POSTUPAK S PACIJENTOM

- planirati više radnji i postupaka prilikom ulaska u izolaciju
- predstaviti se, objasniti postupak, dopustiti pitanja (Slika 9)
- osobnu higijenu bolesnika provoditi po preporuci *Povjerenstva za bolničke infekcije* (Slika 10)
- posteljno rublje odvajati zasebno u crvene vreće s oznakom odjela
- pribor za višekratnu uporabu se dekontaminira u prostoru za izolaciju, te se u zatvorenoj posudi iznosi za daljnju obradu (pranje i sterilizaciju)
- bolesnik iz sobe izlazi samo u slučaju dijagnostičkih i terapijskih postupaka
- na pretrage ide posljednji i ne zadržava se u čekaonici.

IZLAZAK OSOBLJA IZ PROSTORA IZOLACIJE

- rukavice svući i odložiti u infektivni otpad (Slika 11)
- skinuti zaštitnu odjeću
- oprati i posušiti ruke
- izaći iz izolacije zatvoriti vrata higijenski utrljati alkoholnim antiseptikom ruke
- dokumentirati postupak i stanje bolesnika (Slika 12)
- obavijestiti *Tim za kontrolu bolničkih infekcija* o otpustu bolesnika iz izolacije.



Slika 1. Prikaz oznake na vratima



Slika 2. Priprema pribora i zaštitne odjeće



Slika 3. Zaštitna odjeća



Slika 4. Pribor za higijensko pranje i brisanje ruku



Slika 5. Pribor za rad unutar bolesničke sobe



Slika 6. Pribor za mjerenje vitalnih funkcija



Slika 7. Oblačenje zaštitne odjeće



Slika 8. Vrata izolacije uvijek zatvorena



Slika 9. Predstavljanje, objašnjenje postupka i pitanja



Slika 10. Preporuke Povjerenstva za bolničke infekcije



Slika 11. Svlačenje rukavica i odlaganje u infektivni otpad



Slika 12. Dokumentiranje postupaka i stanja bolesnika



Slika 13. Kanta za infektivni otpad

ZAKLJUČAK
Za kvalitetu pripremnih radnji odgovorni su zdravstveni i nezdravstveni djelatnici, koji ispravnim postupcima sprječavaju širenje infekcije, a bolesniku olakšavaju boravak u izolaciji.

LITERATURA

1. Španić S. i sur. (2012). *Smjernice za sprječavanje i kontrolu bolničkih infekcija*. Zagreb.
2. Pačić S. (2014). *Priručnik za zdravstveni osoblje: higijena i kontrola bolničkih infekcija*. Zagreb.
3. Pačić S. (2015). *Priručnik za zdravstveni osoblje: higijena i kontrola bolničkih infekcija*. Zagreb.
4. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2017). *Priručnik za sprječavanje i kontrolu bolničkih infekcija*. Zagreb.

Croatian Thoracic Society, 26-29. travnja 2017., Zagreb.

Izvor: Aleksijević, A., Vlačić, A., 2017.

PRIMJENJUJU SE STANDARDNE MJERE ZAŠTITE:

- higijena ruku
- nošenje zaštitne maske, pregače i kape, rukavice koje se skidaju unutar sobe i odlažu u crvenu vreću ili kantu za infektivni otpad, čišćenje okoline bolesnika, dekontaminacija

Zaštitne se naočale primjenjuju ako se očekuje prskanje tjelesnih tekućina. Prema procjeni, koriste se zaštitna pregača ili ogrtač. Ogrtač koji nije za jednokratnu uporabu može se koristiti dvadeset četiri sata nakon čega se odlaže u vreću za infektivno rublje. Nakon svakog skidanja ogrtač za višekratnu uporabu vješa se na vješalicu u prostoru izolacije – unutarnja strana prema unutra. Izolacija mora biti vidno označena oznakom „KONTAKTNA IZOLACIJA“. Poželjno je da soba za izolaciju ima pretprostor i sanitarni čvor. Ako nema pretprostora, pribor za zaštitu i higijenu mora biti uz vrata sobe s vanjske strane u ormariću, osiguran od kontaminacije. Vrata sobe za izolaciju moraju biti zatvorena. Racionalno planirati broj ulazaka i osoblja. U izolaciju ne ulaze djeca, trudnice i imunokompromitirano osoblje. Tim za kontrolu hospitalnih infekcija sudjeluje u nadzoru mjera izolacije. Izolacija može utjecati na psihofizičko stanje bolesnika što može izazvati promjenu ponašanja.

PROCJENA

- prostora namijenjenog za izolaciju
- psihofizičkog stanja bolesnika
- pribora i opreme

4.5. Antiseptika

Antiseptika je niz postupaka koje provodimo na živome tkivu i predmetima kojima se služimo kako bismo spriječili infekcije.

Antisepsu je primijenio Lister 1867. godine (pranje ruku u 5 %-tnoj karbolnoj kiselini, stavljanje zavoja namočenih u nju na ranu i prskanje operacijskoga polja). Pronašao je učinkovit antiseptik – karbolnu kiselinu koja se već koristila kao sredstvo za čišćenje kanalizacijskih cijevi neugodnog mirisa i empirijski je savjetovana kao obloga za rane 1863. godine. Lister je prvi put uspješno upotrijebio svoju novu metodu 12. kolovoza 1865., a u ožujku 1867. objavio je niz slučajeva. Rezultati su bili dramatični. Između godine 1865. i 1869. kirurška je smrtnost pala s 45 na 15 posto u njegovu odjelu kirurgije.

4.6. Asepsa

Asepsa (grč. A – bez, sepein – trunti, gnjiti) je postupak kojim se potpuno ili najvećim dijelom uništavaju mikroorganizmi na predmetima koji dolaze u dodir s ranom te se isključuje svaka mogućnost vanjske kontaminacije radnog polja i zagađenja rane kao i svega što se upotrebljava pri operacijama i u liječenju rana.

Njemački kirurg Bergman godine je 1890. primijenio u kirurgiji aseptičnu tehniku. Na X. međunarodnom kongresu kirurga u Berlinu 1890. godine načela asepe u liječenju rana bila su općepriznata. Na tom kongresu E. Bergman demonstrirao je bolesnike koji su uspješno operirani u aseptičnim uvjetima bez uporabe Listerovih antiseptika. Ovdje je službeno usvojen glavni postulat asepe: „Sve što dođe u dodir s ranom mora biti sterilno.“ Za sterilizaciju obloga prvenstveno se koristi visoka temperatura.

Pet osnovnih pravila asepe:

- priprema bolesnika
- priprema prostora
- priprema osoblja
- priprema pribora
- postupak s ranom

Asepsu postižemo dezinfekcijom i sterilizacijom.

4.7. Dezinfekcija

Dezinfekcijom uništavamo ili slabimo virulenciju mikroorganizama pomoću kemijskih sredstava koja djeluju bakteriostatski (zaustavljaju razmnožavanje bakterija) i baktericidno (izazivaju smrt bakterija) u ovisnosti o koncentraciji (u manjoj koncentraciji može biti antiseptičko).

4.8. Sterilizacija

Sterilizacija je metoda kojom uništavamo sve vrste i oblike mikroorganizama (patogeni, apatogeni i njihove spore) na predmetima koje podvrgavamo sterilizaciji.

R. Koch i E. Esmarch (1881.) predložili su metodu sterilizacije „tečnom parom“. U isto vrijeme u Rusiji je L. L. Heidenreich prvi put u svijetu dokazao da je visokotlačna parna sterilizacija najbolja te je 1884. godine predložio korištenje autoklava za sterilizaciju. Iste 1884. godine A. P. Dobroslavin, profesor na Vojnomedicinskoj akademiji u Sankt Peterburgu, predložio je za sterilizaciju solnu pećnicu u kojoj je djelatna tvar bila otopina soli kuhana na 108 °C. Sterilni materijal zahtijeva posebne uvjete skladištenja i čistoću okoline. Tako se postupno formirala struktura operacijskih sala i svlačionica. Ovdje velika zasluga pripada ruskim kirurzima M. S. Subbotinu i L. L. Levshinu koji su stvorili prototip modernih operacijskih dvorana. N. V. Sklifosovsky bio je prvi koji je predložio razliku između operacijskih dvorana za operacije različite u smislu zarazne kontaminacije. Izjava poznatog kirurga Volkmanna (1887.) djeluje vrlo čudno: „Naoružan antiseptičkom metodom, spreman sam za operaciju u željezničkom zahodu“, ali još jednom naglašava golem povijesni značaj Listerovih antiseptika. Rezultati primjene asepsa bili su toliko impresivni da se uporaba antiseptika smatrala nepotrebnom i nedoraslom znanstvenom spoznajom. No ta je zabluda ubrzo prevladana.

4.8.1. Sterilizacijski postupci

- *Sterilizacija suhom toplinom* sterilizira u sterilizatorima na suhi zrak. Tim postupkom steriliziramo predmete koji podnose visoku temperaturu – stakleni i metalni predmeti.
- *Sterilizacija vlažnom toplinom* sterilizira vodenom parom pod tlakom u autoklavima. Tim postupkom steriliziraju se tekstil, metalni predmeti, gumeni predmeti i stakleni predmeti.
- *Sterilizacija kemijskim sredstvima* uključuje sterilizaciju etilen-oksidom, sterilizaciju formaldehidom, sterilizaciju potapanjem u antiseptike.
- *Sterilizacija ionizirajućim zrakama* sterilizira gama-zrakama. Primjenjuje se u tvornicama koje proizvode pribor i medicinske instrumente za jednokratnu upotrebu.
- *Plazma sterilizacija* sterilizira vodikov peroksid koji se visokofrekventnom električnom energijom pretvara u plazmu.

4.8.2. Kontrola postupaka sterilizacije

Obratiti pozornost na pravilnu pripremu materijala, pravilno punjenje i slaganje setova, izabrati pravilan program sterilizacije i pravilno rukovanje sterilizatorom.

Za kontrolu sterilizacije koriste se:

- fizikalne metode – uključuju tehničku provjeru i kontrolu temperature, tlaka, zasićenje vodenom parom, koncentraciju plina i trajanje sterilizacije
- kemijske metode – uključuju pokazatelje nadzora izlaganja svakog pojedinog seta putem papirnatih traka zalijepljenih na setove, a mijenjaju boju pri izlaganju određenoj temperaturi i vlazi
- biološke metode – provjeravaju uspješnost sterilizacije biološkim indikatorom – *Bacillus stearothermophilus* spore (za autoklav) i *Bacillus subtilis* spore (suhim zrakom i etilen-oksidom). Uništene spore govore o uspješnosti sterilizacije.

4.8.3. Dokumentiranje postupka sterilizacije

Poslije završenog ciklusa sterilizacije i kontrole sterilizacije sve dokumentiramo (u jedinici centralne sterilizacije) i pohranjujemo u povijest bolesti (sve što je odrađeno u operacijskim salama) i u arhivu. Pisač na sterilizatoru upisuje i ispisuje sve parametre koje provjeravamo i pohranjujemo. Sva održavanja i postupke održavanja dokumentiramo.

5. RAZGOVOR S BOLESNIKOM

Zapravo, važnije je poznavati bolesnu osobu nego bolest od koje ta osoba boluje.

Hipokrat

Razgovorom dajemo i primamo obavijesti. Ta se vještina koristi da bismo bolesniku objasnili njegovo stanje i postupak kojemu će biti podvrgnut. Filozof Epiktet smatra da je priroda dala čovjeku jedan jezik, ali dva uha – da bi dva puta više slušao, a ne govorio. Slušanje nije samo pristojna šutnja dok sugovornik govori ni razmišljanje o tome što ćemo odgovoriti ili pitati, nego aktivno nastojanje da razumijemo što nam sugovornik nastoji poručiti. Svrha komunikacije s bolesnikom jest zadovoljavanje potreba za pripadanjem, znači darivanje sebe drugima. U cijelom procesu te komunikacije bitni su holistički pristup i interdisciplinarnost. Aktivno slušanje uključuje i izražavanje poštivanja i prihvaćanja bolesnika, prihvaćanje bolesnikova prava da sam donosi odluke, poznavanje komunikacijskih tehnika i vještina zbog boljeg razumijevanja bolesnika, konstruktivnu i odgovarajuću primjenu šutnje te prepoznavanje mogućih komunikacijskih prepreka. Razgovor s bolesnikom važan je jer je to najbolji način komunikacije koje imamo.

Odnos i razgovor može se usporediti s ledenjakom na moru. Samo jedna desetina vidljiva je iznad vode, a devet je desetina skriveno pod vodom. Nevidljivi dio odgovara teže prepoznatljivom, skrivenom i podsvjesnom dijelu odnosa i razgovora u njima, a taj drugi dio bitno utječe na kvalitetu vidljivog dijela odnosa i razgovora.

U razgovoru s bolesnikom potrebno je promisliti o izgovorenoj, ali i neizgovorenoj poruci koju šaljemo, o razumljivosti poruke o odnosu prema sadržaju, ali i odnosu prema bolesniku i u tome pomažu vještine govora. Izuzetno je bitno, da bi razgovor bio uspješan, razgovarati usklađeno što znači da se izgovoreno i neizgovoreno u razgovoru slažu i upotpunjuju. Ako dolazi do neslaganja, razgovor nije usklađen, odnosno nije iskren i otvoren i komunikacija se često zatvara i prekida. Da bi razgovor bio otvoren, poruke je bitno slati u ja-obliku, a izbjegavati poruke u ti-obliku i mi-obliku.

Tijek razgovora s bolesnikom:

- predstavite se
- osigurajte privatnost
- pobrinite se da se bolesnik osjeća ugodno
- navedite koja vam je namjera i iskažite empatiju
- provjeravajte povremeno razumije li vas bolesnik tijekom razgovora
- objasnite namjeru jednostavnim jezikom i kratkim rečenicama
- utvrdite koliko zna bolesnik o svojem stanju i što želi znati (dajte letak ako ga imate)
- razgovorom zaključite što brine bolesnika
- budite iskreni
- informirajte bolesnika u svezi s pretragom ili postupkom (razloge, opis, rizike, alternative, ishode)
- dajte mogućnost za pitanja i nedoumice bolesniku
- zahvalite bolesniku.

Komunikacija je ključna za stvaranje, provođenje, suočavanje i uklanjanje stigmati povezanih sa zdravljem, ona se presijeca sa stigmom na međuljudskim, grupnim, institucijskim razinama te razinama zajednice i javnosti.

6. FIZIKALNI PREGLED BOLESNIKA

Pregledavajući zdravo ili bolesno tijelo da bismo doznali istinu, moramo se okrenuti prirodi.

Hipokrat

6.1. Postupak procjene općeg stanja bolesnika

NAZIV POSTUPKA

Procjena općeg stanja bolesnika.

Prema Šepec i suradnicima *procjena općeg stanja bolesnika* postupak je kada se pomoću mjerenja i fizikalnog pregleda te intervjuiranjem bolesnika procjenjuje njegovo opće stanje.

PROVODITELJ POSTUPKA

Prvostupnik/prvostupnica sestrinstva.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 15 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Svrha je postupka utvrđivanje općeg stanja bolesnika i planiranje zdravstvene njege.

Osnovna obilježja postupka

Procjena općeg stanja bolesnika postupak je pri kojem medicinska sestra detaljno prikuplja podatke o stanju bolesnika i njegovih organskih sustava. Medicinska sestra prikuplja podatke intervjuom – razgovorom s bolesnikom o njegovim poteškoćama, promatranjem bolesnika (inspekcija), mjerenjem, palpacijom, auskultacijom i perkusijom. Detaljna procjena stanja provodi se pri primitku bolesnika na liječenje, a učestalost i detaljnost kasnijih procjena ovisi o stanju bolesnika.

Prikupljeni podatci čine sestrinsku anamnezu – skup podataka o tjelesnim, psihološkim i socijalnim aspektima prošlog i sadašnjeg zdravstvenog stanja i ponašanja zdravog ili bolesnog čovjeka koji prikuplja medicinska sestra u svrhu utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom.

Na osnovi prikupljenih podataka postavljaju se sestrinske dijagnoze, planira i provodi zdravstvena njega.

PROCJENA

- prisutnosti bola kod bolesnika
- vitalnih funkcija bolesnika
- stanja svijesti bolesnika
- mogućnost komunikacije s bolesnikom
- psihofizičkog i socijalnog stanja bolesnika

6.2. Fizikalni pregled bolesnika u svrhu planiranja zdravstvene njege

POSTUPAK PROCJENE MIŠIĆNO-KOŠTANOG I NEUROLOŠKOG SUSTAVA BOLESNIKA

NAZIV POSTUPKA

Procjena mišićno-koštanog i neurološkog sustava bolesnika.

Prema Šepec i suradnicima *procjena mišićno-koštanog i neurološkog sustava bolesnika* postupak je pri kojem medicinska sestra procjenjuje mišićno-koštani i neurološki sustav mjerenjem, palpiranjem, perkusijom, promatranjem te intervjuiranjem bolesnika.

PROVODITELJ POSTUPKA

Prvostupnik/prvostupnica sestrinstva.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 6 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Svrha je postupka utvrđivanje stanja bolesnika i planiranje zdravstvene njege.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Procjena stanja bolesnika postupak je pri kojem medicinska sestra detaljno prikuplja podatke o stanju bolesnika i njegovih organskih sustava. Medicinska sestra prikuplja podatke intervjuom – razgovorom s bolesnikom o njegovu funkcioniranju i poteškoćama vezanim uz pokretljivost, promatranjem bolesnika (inspekcija), mjerenjem, palpacijom i perkusijom. Detaljna procjena stanja provodi se pri primitku bolesnika na liječenje, a učestalost i detaljnost kasnijih procjena mišićno-koštanog i neurološkog sustava ovisi o stanju bolesnika. Na osnovi prikupljenih podataka postavljaju se sestrinske dijagnoze, planira i provodi zdravstvena njega.

PROCJENA:

- prisutnosti bola u mišićima i kostima, stabilnosti tijekom hodanja, sjedenja, premještanja bolesnika
- prirode i opsega mišićno-koštanoga bola: lokacija, trajanje, ozbiljnost čimbenika koji doprinose i pojačavaju bol, čimbenika koji smanjuju bol, karakteristike bola, pojačava li se bol pri kretanju
- slabosti i smanjenih osjeta u ekstremitetima bolesnika, glavobolje, tremora, vrtoglavice – neosjetljivosti pojedinih dijelova tijela bolesnika
- promjene govora i promjene vida bolesnika
- utjecaj poteškoća na aktivnosti samozbrinjavanja i socijalne uloge
- prisutnosti otežanog disanja kod bolesnika

- prisutnosti anksioznosti kod bolesnika
- mogućnosti komunikacije s bolesnikom
- uzimanja analgetika, antipsihotika, antidepressiva, stimulatora SŽS-a i ostalih lijekova
- ozljede leđne moždine, ostale bolesti kod bolesnika

6.3. Pregled fizioterapeuta u svrhu fizioterapeutske dijagnoze

Prema *Hrvatskoj komori fizioterapeuta* i *Standardima fizioterapijske prakse* fizioterapeut obavlja prvi pregled/procjenu i evaluaciju kako bi postavio fizioterapeutsku dijagnozu i prognozu prije intervencije/tretmana.

Pregled fizioterapeuta:

- dokumentiran je, datiran i pravilno autoriziran od strane fizioterapeuta koji ga je izveo
- identificira fizioterapijske potrebe bolesnika/ klijenta
- uključuje odgovarajuće testove i mjerenja koji opravdavaju mjerne rezultate
- predočava podatke koji su dostatni, a uzimaju u obzir evaluaciju, fizioterapeutsku dijagnozu, prognozu i postavljanje plana fizioterapijske skrbi/intervencije/tretmana
- može rezultirati preporukama za dodatne usluge u skladu s potrebama bolesnika/ klijenta
- pruža pisani dokaz bolesniku / klijentu ili skrbniku zašto se ne provodi daljnja fizioterapijska skrb

6.4. Dokumentiranje u fizioterapiji

Prema *Hrvatskoj komori fizioterapeuta* i *Standardima fizioterapijske prakse* fizioterapeut dokumentira sva polja bolesnikove / klijentove skrbi u upravljanju u fizikalnoj terapiji, uključujući i rezultate prvog pregleda/procjene i evaluacije, fizioterapeutske dijagnoze, prognoze, plana skrbi/intervencije / tretmana, odgovora na intervenciju / tretman, promjene u

bolesnikovu / klijentovu stanju vezanim uz intervencije/tretman, ponovni pregled i prijedlog za otpuštanje / prestanak intervencije / tretmana i drugim aktivnostima u fizikalnoj terapiji.

Fizioterapeuti osiguravaju da je taj sadržaj dokumentacije:

- točan, cjelokupan, čitak i zaključen pravodobno
- datiran i odgovarajuće potpisan od fizioterapeuta
- napravljena zabilježba za opremu posuđenu i/ili izdanu bolesniku / klijentu
- uključuje kad je bolesnik / klijent otpušten prije postizanja ciljeva i ishoda, njegov status i logičan razlog prestanka fizioterapijske usluge
- ako je moguće, uključuje navođenje izvora odgovarajućih mjernih rezultata.

Fizioterapeuti osiguravaju da se dokumentacija koristi pravilno tako da je:

- uvijek pohranjena sigurno u skladu sa zakonskim potrebama za privatnost i povjerljivost osobnih zdravstvenih podataka.

7. DOKUMENTIRANJE PROCESA ZDRAVSTVENE NJEGE

Dobro poznavanje prirodnih znanosti mora biti, prije svega, primijenjeno u majstorstvu medicinskog umijeća.

Hipokrat

7.1. Proces zdravstvene njege

Proces zdravstvene njege predstavlja sustavan, logičan i racionalan pristup koji je usmjeren na bolesnika, koji bolesnika doživljava kao subjekt i koji bolesnika holistički zbrinjava. Proces otkriva i rješava problem sestrinske skrbi. Ključna je riječ problem koji odstupa od fiziološkog stanja, a zahtijevaju određene intervencije. Koraci su u procesu zdravstvene njege povezani i ovisni jedan o drugom u rješavanju zdravstvenih problema bolesnika, a temeljeni na timskom radu i praćenju kvalitete zdravstvene njege. Proces čini sinergiju između bolesnika i medicinske sestre.

Pristup je temeljen na procjenjivanju i odlučivanju temeljen na znanju, a odvija se u četiri faze:

- utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom
- planiranje zdravstvene njege
- provođenje zdravstvene njege
- evaluacija zdravstvene njege

7.2. Obrasci sestrinske dokumentacije

Sestrinska je dokumentacija sastavljena tako da sestre mogu procijeniti stanje bolesnika i na temelju toga donijeti zaključke, dijagnosticirati problem i odrediti intervencije. Taj je instrument put daljnjeg razvoja zdravstvene njege u sestrinstvu i put za poboljšanje kvalitete sveukupne zdravstvene skrbi.

Sestrinska lista sadrži anamnezu, demografske podatke, fizikalni pregled, sestrinske dijagnoze i osobitosti o bolesniku (slike 13. i 14.).

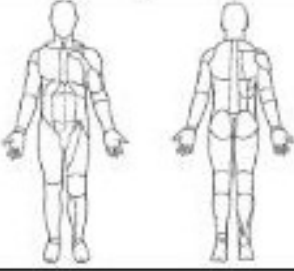
Slika 13. Sestrinska lista

Prilog I

USTANOVA		SESTRINSKA DOKUMENTACIJA	
Matični broj	Datum i sat prijama	Način prijama Hitni <input type="checkbox"/> Radovni <input type="checkbox"/> Premještaj <input type="checkbox"/>	Odjel
Ime i prezime	Datum rođenja	Adresa i br. telefona	Zanimanje
	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>		Radni status
Med. dijagnoza		Osoba za kontakt (ime, prezime, adresa, br. telefona)	
		Osiguranje	
Izabrani liječnik	Patronažna sestra - D. Z.	Planirani otpust.....Stvarni..... kući <input type="checkbox"/> druga ustanova <input type="checkbox"/> sanitet <input type="checkbox"/> vlastiti prijevoz <input type="checkbox"/>	
Broj hospitalizacije		Obitelj udomitelja-skrbnika	
Alergije DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	LIJEKOVI..... OSTALO.....		
Procjena samostalnosti	1 - samostalan/potrebno pomagalo <input type="checkbox"/>	2 - ovisan u višem stupnju <input type="checkbox"/> 3 - ovisan u visokom stupnju <input type="checkbox"/>	4 - potpuno ovisan <input type="checkbox"/>
Samozbrinjavanje	higijena - 1, 2, 3, 4 hranjenje - 1, 2, 3, 4	eliminacija - 1, 2, 3, 4 oblačenje - 1, 2, 3, 4	ostalo
Fizičke aktivnosti	hodanje - 1, 2, 3, 4 premještanje - 1, 2, 3, 4	sjedenje - 1, 2, 3, 4 stajanje - 1, 2, 3, 4	okretanje - 1, 2, 3, 4 ostalo
Oprema i pomagala	štaka <input type="checkbox"/> štap <input type="checkbox"/> hodalice <input type="checkbox"/> kolica <input type="checkbox"/> proteza <input type="checkbox"/> trapez <input type="checkbox"/>	ostala pomagala i osobitosti	
Podnošenje napora	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti		
Prehrana	Dijeta	oralna prehrana <input type="checkbox"/> parenteralna prehrana <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> stoma <input type="checkbox"/> ostalo.....	
Apetit	normalan <input type="checkbox"/> povećan <input type="checkbox"/> smanjen <input type="checkbox"/> mučnina <input type="checkbox"/> povraćanje <input type="checkbox"/> uzrok.....	Žvakanje bez teškoća <input type="checkbox"/> teško <input type="checkbox"/> uzrok.....	
Gutanje	bez teškoća <input type="checkbox"/> otežano <input type="checkbox"/> teško <input type="checkbox"/> ostalo..... uzrok.....	Zubna proteza DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti.....	
Sluznica	normalna <input type="checkbox"/> suha <input type="checkbox"/> naslage <input type="checkbox"/> oštećena <input type="checkbox"/>	Osobitosti i opis	
Eliminacija Eliminacija stolice	Zadnja defekacija	inkontinencija <input type="checkbox"/> proljev <input type="checkbox"/> opstipacija <input type="checkbox"/> ileostoma <input type="checkbox"/> kolostoma <input type="checkbox"/> rektalno pražnjenje <input type="checkbox"/> ostalo.....	
Eliminacija urina	normalna <input type="checkbox"/> inkontinencija <input type="checkbox"/> vrsta inkontinencije..... urin. kateter <input type="checkbox"/> zadnja promjena.....urostoma <input type="checkbox"/>	osobitosti	
Znojenje	normalno <input type="checkbox"/> smanjeno <input type="checkbox"/> povećano <input type="checkbox"/>	Drenaža	
Iskašljavanje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	bez teškoća <input type="checkbox"/> otežano <input type="checkbox"/> sluz <input type="checkbox"/> gnoj <input type="checkbox"/> krv <input type="checkbox"/>	osobitosti	Kašalj DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti.....
Perceptivne sposobnosti	Vid dobar <input type="checkbox"/> oštećen <input type="checkbox"/> slijep <input type="checkbox"/>	Naočale <input type="checkbox"/> leće <input type="checkbox"/> Očna proteza <input type="checkbox"/>	osobitosti
Sluh	dobar <input type="checkbox"/> oštećen <input type="checkbox"/> gluhi <input type="checkbox"/> ostalo.....	Slušni aparat DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Drugo	osobitosti
Bol	DA <input type="checkbox"/> opis bola (lokalizacija, jačina, vrsta.....) NE <input type="checkbox"/>		
Govor	bez teškoća <input type="checkbox"/> afazija <input type="checkbox"/> ostalo		
Spavanje	Nesanica DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti spavanja..... Hodanje u snu DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		

Slika 14. Sestrinska lista

Prilog 2

Svijest	očuvana <input type="checkbox"/> somnolencija <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> koma <input type="checkbox"/>		Procjena na Glasgow koma skali.....
	ostalo.....		
	iluzije <input type="checkbox"/> halucinacije <input type="checkbox"/> konfuzija <input type="checkbox"/> ostali poremećaji svijesti.....		
Seksualnost	Prva menstruacija..... Zadnja menstruacija.....	Osobitosti vezane uz spolnost	
Aktivnosti koje utječu na zdravlje	Pušenje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> kom/dan...../god.....	Alkohol DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> količina/dan...../god.....	droge..... ostalo.....
Prihvatanje zdravstvenog stanja	neprihvatanje <input type="checkbox"/> prilagođivanje <input type="checkbox"/> prihvatanje <input type="checkbox"/> ostali oblici ponašanja.....		
Vjerska uvjerenja	ograničenja..... potrebe.....	Samopercepcija sigurnost, strah.....	
Doživljavanje hospitalizacije			
FIZIKALNI PREGLED pregledavanje		visina..... težina.....ITM.....	Promjena tjelesne težine
Puls/min	Temperatura i način mjerenja	Krvni tlak: D.R..... L.R.....	
<u>Disanje i osobitosti</u>			
<u>Koža - izgled i promjene</u>		<u>Glava i vrat</u>	
<u>Braden skala - bodovi</u>			<u>Legenda:</u> D=Dekubitus E=Edemi H=Hematom R=Oštećenja tkiva
<u>Toraks</u>			<u>Kateteri</u>
<u>Abdomen</u>			CVK-mjesto:..... Dat. uvođenja:..... Tko je uveo:
<u>Gornji ekstremiteti</u>			<u>I.V. kanila:</u> mjesto..... izgled.....
<u>Donji ekstremiteti</u>			<u>Nazogastrična sonda:</u> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
<u>Terapija koju uzima:</u>			
Znanje o:	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	Rizik za: pad <input type="checkbox"/> povrede <input type="checkbox"/> infekciju <input type="checkbox"/> ostalo.....	<u>I.V. kanila:</u> mjesto..... izgled.....
<u>bolesti</u>	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	Elektrostimulator: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	<u>Nazogastrična sonda:</u> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
<u>terapiji</u>	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>		<u>Tubus</u>
<u>načinu života</u>	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>		
Sestrinske dijagnoze			
Osobitosti o pacijentu:			
Potpis med. sestre, broj registra			

Legenda: 1-samostalan/potrebno pomagalo, 2-ovisan u višem stupnju=treba pomoć druge osobe,
3-ovisan u visokom stupnju=treba pomagalo i pomoć druge osobe, 4-potpuno ovisan

Praćenje stanja bolesnika tijekom hospitalizacije uključuje stupnjeve samozbrinjavanja i fizičkih aktivnosti, bodove skala, broj razine bola, toleranciju napora s DA ili NE, određenu kategorizaciju bolesnika. Trajno praćenje postupaka provodi se sukladno preporukama, a mogu se upisati i drugi postupci (Slika 15.). Tim načinom rada omogućuje se brza procjena i uvid u opće stanje bolesnika.

Obrazac *Procjena bola* primjenjuje se kod bolesnika koji imaju prisutnu bol (Slika 20.).

Slika 20. Procjena bola

PROCJENA BOLA																
Ime i prezime:					Odjel:			Matični broj:								
LEGENDA																
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
bez bola		podnošljiva bol			jaka bol			vrlo jaka bol		nepodnošljiva bol						
Početak bola:																
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:	
Opis bola:				Vrijeme javljanja:				Reakcija na bol:				Trajanje bola:				
<input type="checkbox"/> oštra bol		<input type="checkbox"/> na pritisak		<input type="checkbox"/> neočekivano		<input type="checkbox"/> u mirovanju		<input type="checkbox"/> mirovanje		<input type="checkbox"/> akutno		<input type="checkbox"/> kronično				
<input type="checkbox"/> žareća bol		<input type="checkbox"/> na lupkanje		<input type="checkbox"/> u kretanju		<input type="checkbox"/> kratko poslije jela		<input type="checkbox"/> plakanje		<input type="checkbox"/> bijedilo kože		<u>UČESTALOST</u>				
<input type="checkbox"/> pulsirajuća bol		<input type="checkbox"/> na dodir		<input type="checkbox"/> danju		<input type="checkbox"/> noću		<input type="checkbox"/> znojenje		<input type="checkbox"/> mučnina/povraćanje		<input type="checkbox"/> kontinuirano				
<input type="checkbox"/> grčevita bol - kolike		<input type="checkbox"/> spontano		<input type="checkbox"/> često		<input type="checkbox"/> povremeno		<input type="checkbox"/> širenje zjenica		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> sijevasuća bol		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> šetajuća bol		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Postupci sestre:																
Primjena analgetika:				Ostali postupci:				Evaluacija:			Potpis med. sestre:					
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija	
Primjena analgetika:				Ostali postupci:				Evaluacija:			Potpis med. sestre:					
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija	
Primjena analgetika:				Ostali postupci:				Evaluacija:			Potpis med. sestre:					
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija	
Primjena analgetika:				Ostali postupci:				Evaluacija:			Potpis med. sestre:					
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija	
Primjena analgetika:				Ostali postupci:				Evaluacija:			Potpis med. sestre:					

Izvor: HKMS, 2011.

U listu Izvješće o incidentu unosimo spriječene ili nastale incidente tijekom hospitalizacije (Slika 22.).

Slika 22. Izvješće o incidentu

Prilog 12

USTANOVA

IZVJEŠĆE O INCIDENTU (SPRIJEČENOM ILI NASTALOM)

Ime i prezime	Matični broj	Odjel
Datum izvješća	Datum incidenta	Vrijeme incidenta
MJESTO INCIDENTA:		
Opis incidenta (spriječenog ili nastalog): 	<input type="checkbox"/> bolnička soba <input type="checkbox"/> kupaonica <input type="checkbox"/> hodnik <input type="checkbox"/> operacijska soba <input type="checkbox"/> drugo mjesto:	
Uzrok incidenta:	Vrsta incidenta: <input type="checkbox"/> pad <input type="checkbox"/> terapija <input type="checkbox"/> opekotina <input type="checkbox"/> drugo:	
Izvješće medicinske sestre		
Izvješće bolesnika		
Izvješće druge osobe		
Odredbe liječnika po incidentu	Terapija: Potpis liječnika	
Odredbe i postupci medicinske sestre Potpis medicinske sestre		
OSTALE NAPOMENE (materijalna šteta i slično): Obavijest dostaviti:		

Potpis med. sestre Radno mjesto Datum

Izvor: HKMS, 2011.

Otpusno pismo zdravstvene njege izdaje se bolesniku ako je potrebna kontinuirana zdravstvena njega (slike 23. i 24.).

Slika 23. Otpusno pismo zdravstvene njege I

Prilog 13

USTANOVA		OTPUSNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE			
Pacijent	Datum rođenja	Adresa Tel.:		Grad/građsko područje	
Zakonski odgođeni slobnik	Brodstvo	Adresa slobnika Tel.:			
Datum prijama	Vrijeme otpusta (datum, sat):		Klinika/Odjel		
Medicinska dijagnoza kod otpusta				Izabrani obiteljski liječnik Šifra:	
SOCIJALNI STATUS					
Živi sam: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Socijalno stanje		Tko mu može pružiti pomoć po otpustu iz bolnice	
Živi sa:		Korisnik socijalne pomoći <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Suprug-a <input type="checkbox"/> Roditelj <input type="checkbox"/> Dijeca <input type="checkbox"/> Brat/sestra <input type="checkbox"/> Prijatelj <input type="checkbox"/> Susjed-a <input type="checkbox"/> Niko	
				U sklopu do prijama u bolnicu bili uključeni: <input type="checkbox"/> Članovi obitelji <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega u kući <input type="checkbox"/> Neprofitna organizacija <input type="checkbox"/> Dostava hrane iz..... <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega koju sam plaća <input type="checkbox"/> Kućna pomoćnica <input type="checkbox"/> Niko, nije trebalo	
U kojim segmentu njege, značajne osobe ne mogu pomoći: <input type="checkbox"/> Kod specifičnih postupaka (stoma, nazogastrična sonda, peritonealna dijaliza, ...) <input type="checkbox"/> U opskrbi rane <input type="checkbox"/> Kod prevencije komplikacija dugotrajnog ležanja <input type="checkbox"/> Kod osobne higijene inkontinentnog pacijenta <input type="checkbox"/> Kod kupanja, tuširanja <input type="checkbox"/> Drugo:					
PROVEDENA ZDRAVSTVENA NJEGA U BOLNICI/POSTUPCI					
Koliko je pacijent informisan i educiran u bolnici o svom novonastalom zdravstvenom stanju Informiran: Educiran: <input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Djelomično <input type="checkbox"/> Djelomično <input type="checkbox"/> Nikako <input type="checkbox"/> Nikako <input type="checkbox"/> Značajna osoba P <input type="checkbox"/> Značajna osoba P Pacijentu date pisane upute o:			Nakon novonastalog zdravstvenog stanja, po otpustu iz bolnice, što pacijent zna i može uraditi sam u procesu samozbrinjavanja		
UTVRĐIVANJE POTREBA ZA KONTINUIRANOM ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI					
<input type="checkbox"/> Pacijent treba, po otpustu iz bolnice, zdravstvenu njegu u kući <input type="checkbox"/> Informacije patološke MS <input type="checkbox"/> Informacije MS drugo kliničko/odjela ili stacionarne ustanove			Vremenasto razdoblje - sudnost ovih postupaka Živi u kući <input type="checkbox"/> Vrlo HETNO-na dan otpusta <input type="checkbox"/> Treći dan po otpustu <input type="checkbox"/> HETNO-pri dan po otpustu <input type="checkbox"/> Tjedan dana po otpustu <input type="checkbox"/> Drugi dan po otpustu		
Fizičko stanje		Mentalno stanje		Aktivnost	
<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Prilagodljivo <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Apetičan, pasivan <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Konfuzan <input type="checkbox"/> Vrlo loše <input type="checkbox"/> Stuporan		<input type="checkbox"/> Pokretan <input type="checkbox"/> Može uz pomoć <input type="checkbox"/> Vezan na kolicu <input type="checkbox"/> Vezan na krevet		<input type="checkbox"/> Puna <input type="checkbox"/> Ograničana <input type="checkbox"/> Vrlo ograničena <input type="checkbox"/> Nepokretan	
Inkontinencija		Prehrana		Tekućina	
<input type="checkbox"/> Nije <input type="checkbox"/> Povremeno <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Kompletan		<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Osnovno <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne jede		<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Osnovno <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne pije	
Dehidracija: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Druge rane: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Specifične potrebe	
Lokalizacija: Stupanj: Veličina: Sekrecija: Procjena rizika po Braden skali:		Tip rane: Lokalizacija: Veličina: Starost rane: Sekrecija: Kvalitativno opis:		<input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Kanila <input type="checkbox"/> Nazogastrična sonda <input type="checkbox"/> Peritonejska dijaliza <input type="checkbox"/> Kronična hemodijaliza <input type="checkbox"/> Trajna episkuralna analgezija <input type="checkbox"/> Urinarni kateter <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> Drugo	

Izvor: HKMS, 2011.

Slika 24. Otpusno pismo zdravstvene njege II

SESTRINSKE DIJAGNOZE PRI OTPUSTU IZ BOLNICE	
Opis pacijentovih problema, uzroka, simptoma	Kategorija pacijenta <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
PREPORUKE ZDRAVSTVENE NJEGE	
Preporučen plan postupaka u ZNJKoliko puta u tjednu	
POTREBNI MATERIJALI/POMAGALA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU	
<input type="checkbox"/> Prevoj, toaleta rane <input type="checkbox"/> Inkontinencija <input type="checkbox"/> Retencija urina <input type="checkbox"/> Klizma <input type="checkbox"/> Njega stome <input type="checkbox"/> Njega karila <input type="checkbox"/> Hranjenje na sondu <input type="checkbox"/> Toaleta CVK <input type="checkbox"/> Hranjenje na sondu Drugo:	Opis preporučenog materijala/opreme
POTREBNA TERAPIJA/LIJEKOVI KOD KUĆE	
Popis propisanih lijekova, dnevna doza, način uzimanja	Mogućnost uzimanja/primjene lijekova <input type="checkbox"/> Pacijent može sam redovito uzimati lijekove <input type="checkbox"/> Potrebna kontrola kod uzimanja lijekova <input type="checkbox"/> Pacijentu treba druga osoba davati lijekove <input type="checkbox"/> Potrebna primjena parenteralne terapije
DRUGI ZDRAVSTVENI RADNICI KOJI SU, UZ LIJEČNIKA, UKLJUČENI U LIJEČENJE U BOLNICI	
<input type="checkbox"/> Fizioterapeut <input type="checkbox"/> Dijetetičar <input type="checkbox"/> Psiholog <input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Drugi:	Daljnji tretman <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Kada: Kome:
PACIJENTOVO DOŽIVLJAVANJE OTPUSTA (i njegovih značajnih osoba)	

Datum:.....

Potpis VMS odjela.....

Telefon:.....

Izvor: HKMS, 2011.

Obrasci se koriste ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom. U svim fazama procesa zdravstvene njege bolesnik ulaže laička iskustva, a medicinska sestra profesionalna znanja. Treba pokazati razumijevanje za probleme koje bolesnik navodi s realnim mogućnostima za rješavanje. Proces zdravstvene njege omogućuje rješavanje većeg broja bolesnikovih problema.

8. ZADOVOLJAVANJE OSNOVNIH LJUDSKIH POTREBA – SAMOZBRINJAVANJE

Kada bismo svakom pojedincu mogli odrediti odgovarajuću količinu hrane i vježbi, ni previše, ni premalo, pronašli bismo najsigurniji put do zdravlja.

Hipokrat

Opće prihvaćena definicija zdravstvene njege na ovim prostorima jest ona Virginije Henderson (1897. – 1996.):

„Jedinstvena je funkcija medicinske sestre pomoći pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje doprinose zdravlju ili njegovu oporavku (ili mirnoj smrti) koje bi obavljao bez pomoći da je imao potrebnu snagu, volju ili znanje.” Aktivnosti koje doprinose zdravlju ili njegovu oporavku ili mirnoj smrti čine 14 sastavnica prema Virginiji Henderson (Slika 25.).

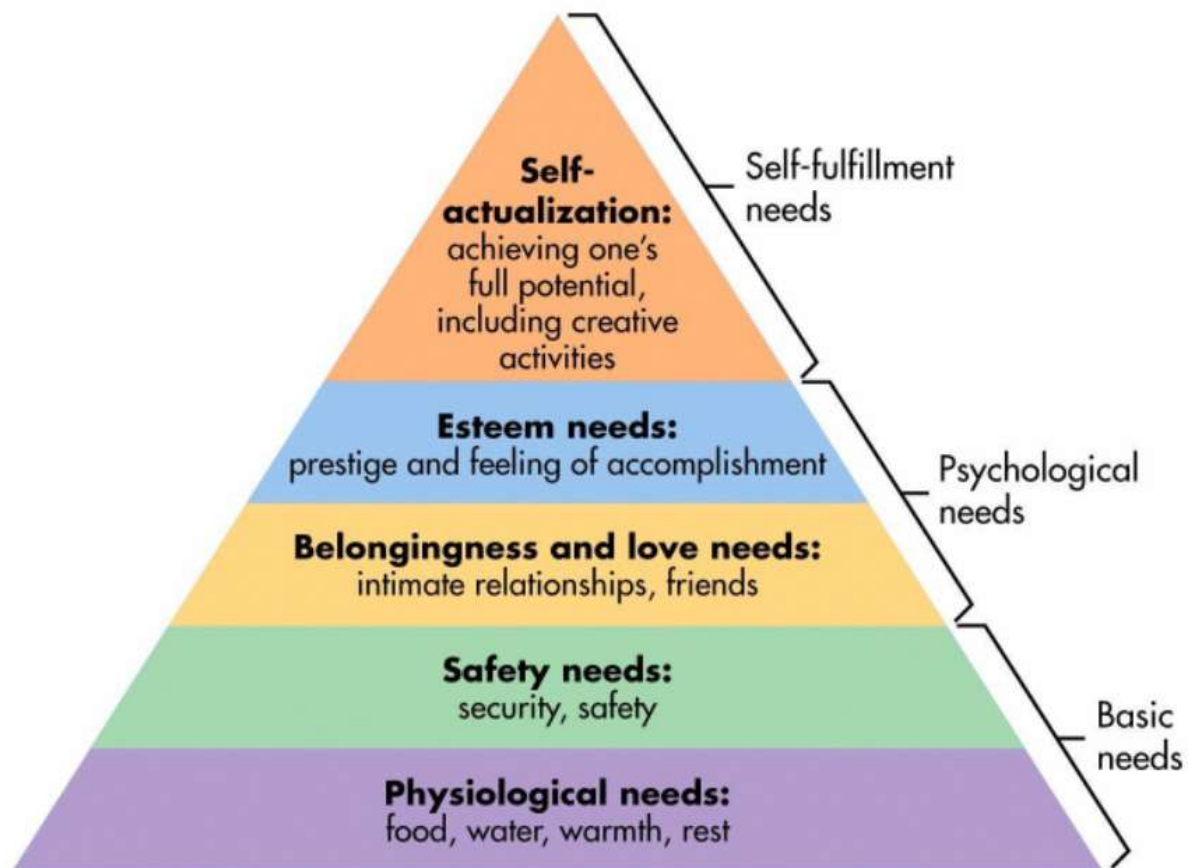
Slika 25. 14 aktivnosti Virginije Henderson



Izvor: Nurseslabs, 2022.

Koncepcija zadovoljavanja osnovnih potreba s gledišta zdravstvene njege temelji se na teoriji motivacije Abrahama Maslowa (1943.). Pet hijerarhijskih razina potreba zajedničke su svim ljudima: fiziološke potrebe, potreba za sigurnošću, potreba za ljubavlju i pripadanjem, potreba za samopoštovanjem i potreba za samoaktualizacijom (Slika 26.).

Slika 26. Pet hijerarhijskih potreba



Izvor: McLeod, S., 2007.

Postoji mnogo sličnosti između 14 sastavnica V. Henderson i hijerarhije potreba Abrahama Maslowa. Sastavnice 1 do 9 pripadaju Maslowljevim fiziološkim potrebama, dok je 9. sastavnica komplementarna sigurnosnim potrebama. 10. i 11. sastavnica pripadaju kategoriji Ljubav i pripadnost, a 12., 13. i 14. sastavnica kategoriji Potrebe za samopoštovanjem (Slika 27.).

Slika 27. 14 sastavnica V. Henderson primijenjene na Maslowljevoj hijerarhiji potreba

Henderson's 14 Needs as Applied to Maslow's Hierarchy of Needs

<https://nurseslabs.com/nursing-theories/>



Izvor: Nurseslabs, 2022.

„Potpuna je istina da čovjek živi samo od kruha — kad kruha nema. No što se događa s čovjekovim željama kad ima kruha u izobilju i kad mu je trbuh kronično pun?

Istodobno se pojavljuju druge (i „više“) potrebe i one, umjesto fiziološke gladi, dominiraju tijelom. A kad su one zadovoljene, opet se pojavljuju nove (i dalje „više“) potrebe i tako dalje. To je ono što mislimo kada kažemo da su osnovne ljudske potrebe organizirane u hijerarhiju relativne prepotencije” (Maslow, 1943.).

Naglašene su promjene izvornog modela s pet stupnjeva i uključuju model sa sedam stupnjeva i model s osam stupnjeva; oba su se razvila tijekom 1960-ih i 1970-ih.

1. *biološke i fiziološke potrebe* – zrak, hrana, piće, zaklon, toplina, seks, san itd.

2. *sigurnosne potrebe* – zaštita od elemenata, sigurnost, red, zakon, stabilnost, sloboda od straha

3. *potrebe za ljubavlju i pripadnosti* – prijateljstvo, intimnost, povjerenje i prihvaćanje, primanje i davanje naklonosti i ljubavi; povezivanje, biti dio grupe (obitelj, prijatelji, posao)

4. *potrebe za poštovanjem* – Maslow ih je svrstao u dvije kategorije: (i) poštovanje samog sebe (dostojanstvo, postignuće, majstorstvo, neovisnost) i (ii) potreba da drugi budu prihvaćeni i cijenjeni (npr. status, prestiž).

5. *kognitivne potrebe* – znanje i razumijevanje, znatiželja, istraživanje, potreba za smislom i predvidivost

6. *estetske potrebe* – uvažavanje i potraga za ljepotom, ravnotežom, oblikom itd.

7. *potrebe za samoaktualizacijom* – ostvarivanje osobnog potencijala, samoispunjenje, traženje osobnog rasta i vrhunskih iskustava; želja „da se postane sve što netko može postati” (Maslow, 1987, str. 64.).

8. *transcendentne potrebe* – osoba je motivirana vrijednostima koje nadilaze osobno ja (npr. mistična iskustva i određena iskustva s prirodom, estetska iskustva, seksualna iskustva, služenje drugima, potraga za znanošću, religijska vjera itd.).

8.1. Postupak hranjenja bolesnika s ograničenom ili potpunom nemogućnošću samostalnog unosa hrane i tekućine

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- kratko razgovarajte o opuštajućoj temi s bolesnikom
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *postupak hranjenja bolesnika s ograničenom ili potpunom nemogućnošću unosa hrane i tekućine* provodi se kada bolesnik ne može samostalno uzimati hranu i tekućinu.

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra/tehničar.

TRAJANJE POSTUPKA

Hranjenje bolesnika traje 20 – 30 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Hranjenjem bolesnika zadovoljava se osnovna ljudska potreba za hranom.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Ovisno o psihofizičkom stanju, bolesnika se može hraniti u sjedećem, bočnom i ležećem položaju. Kod poremećaja svijesti bolesnike se ne hrani na usta. Neposredno prije hranjenja provjeriti zubnu protezu. Ako je to potrebno, prije hranjenja bolesnik se treba iskašljati. Pola sata prije obroka provjeriti potrebu za eliminacijom urina i stolice te omogućiti istu. Bolesnika poticati na sudjelovanje u hranjenju sukladno njegovim mogućnostima.

PROCJENA

- psihofizičkog stanja bolesnika
- bolesnikove sluznice nosa i prohodnosti nosnih školjki
- bolesnikove usne šupljine: izgleda sluznice, stanja zuba, zubne proteze, sposobnosti otvaranja usta, sposobnosti gutanja
- respiratornog statusa bolesnika: frekvencije disanja, ritma, dubine, trajanja faza disanja, poremećenih oblika disanja, šumova, hropaca, krkljanja

8.2. Postupak hranjenja bolesnika s otežanim žvakanjem, gutanjem i rizikom za aspiraciju

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- kratko razgovarajte o opuštajućoj temi s bolesnikom
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *postupak hranjenja bolesnika s otežanim žvakanjem, gutanjem i rizikom za aspiraciju* posebno je prilagođen način pripreme i sigurnog unosa hrane i tekućine.

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra/tehničar.

TRAJANJE POSTUPKA

Hranjenje bolesnika s rizikom za aspiraciju traje 30 – 40 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Hranjenjem bolesnika s rizikom za aspiraciju postupak je kojim se zadovoljava osnovna ljudska potreba za sigurnim unosom hrane prema propisanoj dijeti.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Ovisno o procjeni stanja, bolesnika se može hraniti u sjedećem, bočnom i ležećem položaju. Kod poremećaja svijesti bolesnik se ne hrani na usta. Neposredno prije hranjenja provjeriti zubnu protezu koja može biti smetnja u slučaju aspiracije hrane. Kod rizika za aspiraciju treba

voditi računa o konzistenciji hrane. Potrebno je pripremiti aspirator koji će biti potreban ako dođe do aspiracije hrane. Ako je potrebno, prije hranjenja bolesnik se treba iskašljati i očistiti nos. Pola sata prije obroka provjeriti potrebu eliminacije stolice i urina i omogućiti istu. Bolesnika poticati da sudjeluje u hranjenju primjereno svojim mogućnostima.

PROCJENA

- psihofizičkog stanja bolesnika i mogućnosti komunikacije
- stanja sluznice nosa i prohodnosti nosnih školjki bolesnika
- bolesnikove usne šupljine: izgleda sluznice, stanja zuba, zubne proteze, sposobnosti otvaranja usta, sposobnosti gutanja
- respiratornog statusa bolesnika: frekvencije disanja, ritma, dubine, trajanja faza disanja, poremećenih oblika disanja, šumova, hropaca, krkljanja

8.3. Postupak enteralne prehrane

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite značaj postupka bolesniku
- kratko razgovarajte o opuštajućoj temi s bolesnikom
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *enteralna prehrana* označava unos hrane, nutritivnih otopina ili pripravaka sondom u želudac ili u početne dijelove tankog crijeva kada nije moguć unos hrane na usta zbog različitih bolesti ili stanja.

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra/tehničar.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Kada se bolesnik hrani na sondu pomoću štrcaljke, potrebno je 30 minuta. Ako bolesnik nema uvedenu želučanu sondu, trajanje se postupka produljuje za onoliko koliko traje uvođenje sonde prema standardu.

SVRHA POSTUPKA

Zadovoljiti energetske i nutritivne potrebe organizma, održati cjelovitost sluznice tankog i debelog crijeva, ali i osigurati dobrobit i kvalitetu života bolesnika.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Enteralna se prehrana provodi kroz uvedenu sondu u želudac ili početni dio tankog crijeva. Sonda se uvodi kroz nos, a kroz usta samo u slučaju mehaničke opstrukcije ili oštećenja nosnica. Konzistencija hrane mora biti prilagođena promjeru sonde. U prehrani sondom mogu se koristiti gotovi industrijski pripravci ili hrana pripremljena u bolničkim odjelima prehrane. Unos hrane kroz sondu izvodi se štrcaljkama od 50 do 100 ml pomoću pumpe i sustava za hranjenje i gravitacijskog sustava.

Trajanje i vrstu prehrane pomoću pumpe ili sustava „kap po kap” određuje liječnik. Enteralna prehrana štrcaljkom mora trajati koliko bi trajao i obrok kada bi bolesnik mogao uzimati hranu na usta. Kada bolesnika hranimo štrcaljkom, hrana se unosi najmanje pet puta dnevno u količinama 100 – 400 ml. Hranu je potrebno primijeniti polagano, bez uporabe sile. Pri hranjenju krevet treba uspraviti u Fowlerov ili visoki Fowlerov položaj. U tom položaju bolesnik ostaje pola sata po završetku hranjenja. Enteralna se prehrana dijeli na elementarne, monomerne, oligomerne i polimerne pripravke. Razlika je u veličini, količini i vrsti prisutnih

molekula. Pripravci koji sadrže veći broj molekula imaju i veću osmolalnost pa mogu prouzročiti nuspojave poput proljeva.

Za enteralnu su prehranu optimalne silikonske sonde koje omogućuju dulju primjenu i rjeđe oštećuju sluznicu nosa.

U slučaju potrebe trajne enteralne prehrane, prednost se daje perkutanoj gastrostomi.

PROCJENA

- radne okoline za izvođenje postupka
- svjetla, dovoljno mjesta, mikroklimatskih uvjeta
- psihofizičkog stanja bolesnika, suradljivosti prilikom izvođenja postupka i mogućnosti komunikacije
- pozicije i prohodnosti sonde
- ispravnosti enteralne pumpe i ostalog pribora
- bolesnikova stanja sluznica nosa i usta
- temperature i konzistencije hrane
- odgovarajuće hrane prema propisanoj dijeti
- mogućeg zauzimanja položaja bolesnika tijekom hranjenja

8.4. Postupak hranjenja na usta bolesnika oboljelog od demencije

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- kratko razgovarajte o opuštajućoj temi s bolesnikom

- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *postupak hranjenja na usta bolesnika oboljelog od demencije* označava siguran unos primjereno pripremljene hrane i tekućine.

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra/tehničar.

TRAJANJE POSTUPKA

Ako nema komplikacija, hranjenje bolesnika oboljelog od demencije traje 30 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Hranjenjem bolesnika zadovoljava se osnovna ljudska potreba za unosom hrane. Svrha je zadovoljiti energetske i nutritivne potrebe koje omogućavaju normalan metabolizam.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Ovisno o procjeni stanja, bolesnika se može hraniti u sjedećem, bočnom i ležećem položaju. Neposredno prije hranjenja provjeriti zubnu protezu koja može biti smetnja u slučaju aspiracije hrane. Zbog prirode bolesti, postoji rizik za aspiraciju, dehidraciju i pothranjenost uslijed otežanog gutanja i smanjenog unosa hrane i tekućine. Treba voditi računa o konzistenciji hrane i podršci koja će trebati sestri ako dođe do aspiracije. Ako je to potrebno, prije hranjenja bolesnik se treba iskašljati. Pola sata prije obroka provjeriti potrebu eliminacije stolice i urina i omogućiti istu. Bolesnika poticati na sudjelovanje u hranjenju. Ako dođe do aspiracije hrane, postupiti prema standardiziranom postupku za aspiraciju.

PROCJENA

- psihofizičkog stanja bolesnika
- stanja sluznice nosa i prohodnosti nosnica

- usne šupljine bolesnika: izgleda sluznice, stanja zuba, zubne proteze, sposobnosti otvaranja usta, sposobnosti gutanja
- respiratornog statusa bolesnika: frekvencije disanja, ritma, dubine, trajanja faza disanja, poremećenih oblika disanja, šumova, hropaca, krkljanja – mogućnosti žvakanja sa zubnom protezom ili bez nje

8.5. Postupak higijene i njege usne šupljine

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- kratko razgovarajte o opuštajućoj temi s bolesnikom
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *njega usne šupljine* označava postupak održavanja usne šupljine čistom i vlažnom čime se sprječavaju infekcije i stvaranje naslaga.

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra/tehničar, odnosno dvije medicinske sestre / dva tehničara kod nemirnog i nesuradljivog bolesnika.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Sprječavanje infekcija usne šupljine, održavanje sluznice čistom i vlažnom, podizanje razine samopoštovanja i ugone.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Mnogi postupci u skrbi za bolesnika kao i stanje bolesnika doprinose suhoći sluznice, stoga je potrebno njegu usne šupljine provoditi nekoliko puta dnevno. Postupak se provodi tako da se očuva integritet sluznice i zubnog mesa. Prilagodba izvođenja postupka ovisi o stanju sluznice usne šupljine i stanja svijesti bolesnika.

PROCJENA

- mogućnosti suradnje bolesnika
- općeg stanja i stanja svijesti bolesnika
- postojanja kontraindikacija za postupak (specifični medicinski postupci i stanja)
- bolesnikova stanja sluznice usne šupljine, usnica, jezika i zubi (zubna proteza)

8.6. Postupak presvlačenja bolesnikove pidžame (košulja i hlače)

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- kratko razgovarajte o opuštajućoj temi s bolesnikom
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *presvlačenje bolesnikove pidžame* označava postupak održavanja urednosti i čistoće bolesnika.

PROVOĐENJE POSTUPKA

Medicinska sestra/tehničar, odnosno dvije medicinske sestre / dva medicinska tehničara kod nepokretnog bolesnika.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 5 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Očuvanje urednosti bolesnika, očuvanje samopoštovanja, sprječavanje širenja neugodnih mirisa i infekcije.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Bolesnička pidžama presvlači se kada je zaprljana ili mokra. Nakon kupanja oblači se čista pidžama. Presvlači se na različite načine, ovisno o kroju košulje (kada se otvara sprijeda, straga, ili preko glave) i pokretljivosti bolesnika. Pri svlačenju prvo se svlači zdrava strana tijela, tijekom oblačenja prvo se oblači bolesna strana tijela. Bolesnik nikada ne smije ostati potpuno razodjeven.

PROCJENA

- općeg stanja bolesnika (stanje kože, alergija na materijale, stupanj pokretljivosti...)
- postojanje povreda kod bolesnika
- prisutnosti i vrste bola
- mogućnosti komunikacije s bolesnikom

8.7. Postupak kupanja u kadi i tuširanje

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku

- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- kratko razgovarajte o opuštajućoj temi s bolesnikom
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *kupanje u kadi i tuširanje* označava postupak kojim se održava higijena kože tijela.

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra/tehničar.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 20 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Obavljanje osobne higijene, relaksacija.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Kupanje u kadi i tuširanje provodi se svakodnevno i prema potrebi bolesnika. Bolesnik se može kupati i tuširati samostalno ili uz djelomičnu ili potpunu pomoć medicinske sestre / tehničara. Kupanjem i tuširanjem bolesnika unaprjeđuje se zdravlje, postiže se osjećaj ugone i samopoštovanja, pravovremeno se uočavaju i sprječavaju neželjene komplikacije koje mogu nastati zbog bolesnikova stanja.

PROCJENA

- samostalnosti bolesnika
- pokretljivosti i mogućnosti suradnje bolesnika

- psihofizičkog stanja i stanja svijesti bolesnika
- postojanje kontraindikacija za postupak – hemoptoa, vrlo nemiran bolesnik...
- bolesnikova stanja kože i sluznica

8.8. Postupak kupanja nepokretnog bolesnika u krevetu

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- kratko razgovarajte o opuštajućoj temi s bolesnikom
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *kupanje nepokretnog bolesnika* dio je osobne higijene tijela kojim se održava čistoća kože i sluznica.

PROVODITELJ POSTUPKA

Dvije medicinske sestre/ dva tehničara.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 40 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Održavanje čistoće kože, noktiju i sluznica, uklanjanje mikroorganizama i neugodnog mirisa, poticanje cirkulacije, osiguravanje udobnosti, dobrog općeg osjećanja i samopoštovanja.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Kupanjem bolesnika unaprjeđuje se zdravlje, postiže udobnost, pravovremeno se uočavaju i sprječavaju neželjene komplikacije koje mogu nastati zbog bolesnikova stanja. Tijekom kupanja medicinska sestra uspostavlja primjerenu komunikaciju i odnos povjerenja s bolesnikom.

PROCJENA

- pokretljivosti bolesnika, mogućnosti suradnje i komunikacije
- općeg stanja bolesnika – kontraindikacija za postupak
- vitalne ugroženosti bolesnika
- stanja kože i sluznica bolesnika

8.9. Postupak stavljanja noćne posude nepokretnom bolesniku

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- kratko razgovarajte o opuštajućoj temi s bolesnikom
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *stavljanje noćne posude* služi nepokretnom bolesniku za eliminaciju stolice i urina.

PROVOĐENJE POSTUPKA

Medicinska sestra / tehničar, odnosno dvije medicinske sestre kod nepokretnog bolesnika.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje postupka potrebno je 15 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Eliminacija stolice i urina.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Eliminacija stolice i urina u noćnu posudu postupak je kojim se osigurava pražnjenje crijeva i mokraćnog mjehura bolesnicima koji su nepokretni, a nisu inkontinentni, u ležećem, prisilnom ili sjedećem položaju, u krevetu ili na stolcu. Noćna posuda treba biti ergonomskog oblika, neoštećena, bez oštrih rubova, prilagođena temperaturi tijela.

PROCJENA

- općeg stanja bolesnika (stupnja pokretljivosti, mogućnosti samozbrinjavanja...)
- prisutnosti povreda i oštećenja kože gluteusa i trtice bolesnika
- bola u leđima, kukovima, trtici bolesnika
- psihičkog stanja bolesnika i mogućnosti komunikacije s bolesnikom
- poremećaja i poteškoća pri defekaciji

8.10. Postupak stavljanja pelena i uložaka inkontinentnom bolesniku u krevetu

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- kratko razgovarajte o opuštajućoj temi s bolesnikom
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *stavljanje pelena i uložaka inkontinentnom bolesniku* postupak je kojim se omogućava ugodan i dostojanstven način eliminacije stolice i urina, smanjuje rizik za iritaciju kože i pojavu komplikacija ležanja na najmanju moguću mjeru.

PROVOĐENJE POSTUPKA

Dvije medicinske sestre / dva tehničara.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Eliminacija stolice i urina.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Eliminacija stolice i urina u pelenu ili uložak postupak je kojim se osigurava pražnjenje crijeva i mokraćnog mjehura bolesnicima koji su nepokretni i inkontinentni, u ležećem, prisilnom ili sjedećem položaju u krevetu. Pelene ili uložak te mrežaste gaćice trebaju biti odgovarajuće veličine i moći upijanja s indikatorom vlažnosti i elastičnom trakom protiv istjecanja sadržaja. Pelena i uložak mijenjaju se kada indikator vlažnosti promijeni boju.

PROCJENA

- općeg stanja bolesnika (stupanj pokretljivosti i mogućnosti samozbrinjavanja...)
- prisutnosti povreda i oštećenja glutealnog dijela kože bolesnika
- bola u lumbosakralnom dijelu leđa i kukovima bolesnika
- psihičkog stanja bolesnika i mogućnosti komunikacije s bolesnikom

- poremećaja i poteškoća pri defekaciji i uriniranju

8.11. Postupak premještanja nepokretnog bolesnika u ležećem položaju pomoću klizne ploče (*rollerboard*)

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- kratko razgovarajte o opuštajućoj temi s bolesnikom
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *premještanje nepokretnog bolesnika u ležećem položaju* postupak je kojim se pomoću klizne ploče bolesnik premješta s jednog ležaja na drugi.

PROVODITELJ POSTUPKA

Dvije medicinske sestre/ dva tehničara, odnosno četiri do pet osoba za premještaj vrlo pretilih bolesnika ili bolesnika čije zdravstveno stanje zahtijeva sudjelovanje više osoba za premještanje.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 8 – 10 minuta, ovisno o zdravstvenom stanju bolesnika, njegovoj tjelesnoj građi i okolinskim uvjetima u kojima se bolesnik premješta.

SVRHA POSTUPKA

Brzo i lagano, ugodno za bolesnika, fizički neopterećujuće za osoblje (čuvanje kralježnice osoblja) premještanje nepokretnog bolesnika s jednog ležaja na drugi.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Za provođenje postupka potrebno je oba ležaja postaviti u istu razinu. Ploču postaviti tako da je polovica klizne ploče uzdužno ispod bolesnika, a druga je polovica ploče na ležaju na koji premještamo bolesnika. Podučiti osoblje korištenju klizne ploče.

PROCJENA

- općeg stanja i stanja svijesti bolesnika
- sposobnosti razumijevanja i mogućnosti suradnje bolesnika
- tjelesne građe i zdravstvenog stanja bolesnika (smije li se bolesnik poleći na ravno i na leđa, potreba za većim brojem medicinskih sestara / tehničara)
- okolinskih uvjeta za izvođenje postupka (ima li mjesta u sobi za usporedno postavljanje kreveta, može li se izravnati krevet...)

8.12. Postupak premještanja bolesnika iz kreveta u sjedeća kolica

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- kratko razgovarajte o opuštajućoj temi s bolesnikom

- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema HKMS-u *premještanje bolesnika iz kreveta u sjedeća kolica* postupak je kojim se omogućava promjena položaja bolesnika.

PROVOĐENJE POSTUPKA

Medicinska sestra / tehničar, odnosno dvije medicinske sestre / dva tehničara ako je bolesnik lošeg općeg stanja.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 7 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Sigurno premještanje bolesnika iz kreveta u kolica radi promjene položaja, sprječavanja komplikacija ležanja ili zbog prijevoza bolesnika.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Premještanje bolesnika s kreveta na sjedeća kolica provodi se u slučaju nemogućnosti samostalnog premještanja ili bolesniku propisanog ograničenja pokretljivosti. Premještanje se provodi poticanjem bolesnika na suradnju i korištenjem njegovih preostalih mogućnosti. Premještanje bolesnika mora biti sigurno za bolesnika i provoditelje postupka.

PROCJENA

- psihofizičkog stanja bolesnika (stupanj pokretljivosti, mišićne snage, podnošenja napora, mogućnosti komunikacije i suradnje...)
- prisutnosti povreda, oštećenja, propisanih ograničenja bolesnika

- prisutnosti i vrste bola
- ispravnosti sjedećih kolica

8.13. Postupak promjene položaja nepokretnog bolesnika u krevetu

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- kratko razgovarajte o opuštajućoj temi s bolesnikom
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *promjena položaja nepokretnog bolesnika u krevetu* postupak je kod kojeg bolesnik sam, uz pomoć pomagala, jedne ili više medicinskih sestara mijenja položaj u krevetu.

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra / tehničar kada je potrebna pomoć bolesniku pri okretanju, odnosno dvije ili više medicinskih sestara u slučaju potpune nepokretnosti i ovisno o težini stanja bolesnika.

TRAJANJE POSTUPKA

Postupak se izvodi 5 – 10 minuta, ovisno o težini stanja bolesnika.

SVRHA POSTUPKA

Svrha je postupka spriječiti komplikacije dugotrajnog ležanja, omogućiti podnošljivim prisilni položaj koji određuje bolest ili neki medicinsko-tehnički zahvat i osigurati udobnost bolesnika.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Bolesnik može u krevetu promijeniti položaj na dva načina:

- 1.) aktivno: svojom snagom ili koristeći se pomagalima – trapezom, uzdama, električnim podizanjem i nagibanjem kreveta
- 2.) pasivno: uz pomoć druge osobe, druge osobe i pomagala (ovisno o stupnju mogućnosti samozbrinjavanja i stanju bolesnika)

Frekvencija promjene položaja i broj potrebnih sestara određuje se na temelju stanja bolesnika. Bolesniku se mijenja položaj svaka dva sata ako planom zdravstvene njege nije drugačije određeno. Tijekom izvođenja postupka treba prikladno komunicirati s bolesnikom. Pri svakoj promjeni položaja izbjegavati trenje i razvlačenje bolesnikove kože.

PROCJENA

- psihofizičkog stanja bolesnika
- rizika za nastanak oštećenja kože koristeći se Bradenovom skalom
- bolesnikove mogućnosti uporabe pomagala
- bolesnikova respiratornog statusa i podnošenja napora
- rizika za pad – koristeći se Morseovom skalom
- potrebnog broja medicinskih sestara za promjenu položaja

8.14. Postupak uporabe ortopedskih pomagala (štapa, hodalice i štaka)

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- kratko razgovarajte o opuštajućoj temi s bolesnikom
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *korištenje štapa, hodalice i štaka* postupak je kojim se omogućava kretanje i iskorištavanje bolesnikovih mogućnosti.

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra / tehničar.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje ovog postupka potrebne su 4 minute. Ako se prati bolesnika, vrijeme odgovara vremenu provedenom u pratnji.

SVRHA POSTUPKA

Svrha je postupka pomoću pomagala omogućiti bolesniku samostalno kretanje ili uz pomoć druge osobe.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Pomagala za kretanje jesu: štap, štake, hodalice. Štap može biti s jednom ili više nožica. Štap i hodalice koriste se za siguran hod kod nestabilnih pacijenata. Za održavanje ravnoteže štap se drži u dominantnoj ruci, osim u slučaju bolesti ili slabosti dominantne ruke kada se drži u zdravoj ruci. Hodalice mogu biti različitih modela, s kotačićima i kočnicama te bez kotačića. Štaka mogu biti podlaktične i potpazušne. Koriste se za rasterećenje oboljelog donjeg ekstremiteta. Sva navedena pomagala moraju imati mogućnost regulacije visine. Sestra treba poticanjem, nadzorom i pomaganjem postići sigurno i optimalno kretanje i svladavanje straha u korištenju pomagala. Edukaciju o načinu korištenja pomagala provode fizioterapeuti. Nepravilnim korištenjem pomagala za kretanje postoji visok rizik za pad i povredu bolesnika.

PROCJENA:

- pokretljivosti i ograničenja bolesnika
- mišićne snage ekstremiteta bolesnika
- držanja tijela bolesnika
- bolesnikova podnošenja napora
- psihičkog stanja bolesnika i mogućnosti komunikacije
- podova – ravnina, skliskost, oštećenost i bolesnikove okoline – ometači nesmetanog kretanja – stolice, stalci za infuzije, sanitetska kolica, stolići za hranjenje, papuče uz krevet

8.15. Postupak s umrlim na bolničkom odjelu

Prema Šepec i suradnicima *postupak s umrlim* dio je sestrinske skrbi nakon smrti bolesnika.

TRAJANJE POSTUPKA

Za postupak je potrebno 20 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Njega umrlog na propisan način poštujući dostojanstvo mrtvog tijela i pripremiti ga za prijevoz u mrtvačnicu.

PROVODITELJ POSTUPKA

Dvije medicinske sestre / dva tehničara.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Njega umrle osobe započinje nakon što je liječnik utvrdio smrt. Umrlog se preporučuje smjestiti u zasebnu prostoriju, a ako to nije moguće, krevet treba zaštititi paravanom. Prije prijevoza u mrtvačnicu umrla osoba ostaje na odjelu dva sata. Bilježi se točno vrijeme smrti, provjerava se identitet i dokumentacija. Po isteku dva sata provjeravaju se sigurni znakovi smrti te se umrli prevozi u mrtvačnicu. Obavješćavanje se obitelji provodi po pravilima zdravstvene ustanove. Članovima obitelji umrloga treba izreći sućut, pružiti podršku i pomoć u okviru svojih kompetencija i prema pravilima zdravstvene ustanove. Postupak označavanja umrlog novorođenčeta isti je kao i odraslog uz dodatak identifikacijske narukvice s brojem te imenom i prezimenom majke. Identifikacijsku karticu treba dobro učvrstiti da se spriječi ispadanje. Ako se zahtijeva obdukcija umrle osobe, zubna se proteza ne stavlja u usnu šupljinu, nego se prevozi s tijelom. Elektrostimulator srca, mokraćnog mjehura ili kakav drugi elektrostimulator uklanja liječnik.

PROCJENA

- postojanja sigurnih znakova smrti
- čistoće umrlog tijela
- postojanja drenova, katetera, sondi, kanila, tubusa, proteza – zubne proteze, proteze ekstremiteta, očne proteze, stoma vrećica, elektrostimulatora – srca, urinarnog mjehura na tijelu umrle osobe
- stupnja relaksacije mišića (zbog inkontinencije stolice i urina)

9. PRIMJENA LIJEKOVA

Najprije riječ, onda tek lijek.

Hipokrat

Lijek je tvar ili smjesa tvari koje su u propisanim količinama, obliku i uvjetima primjene namijenjene za liječenje. Prema podrijetlu mogu biti prirodni i umjetni.

9.1. Standardizirani postupak „pet pravila“ za primjenu lijekova

Prema Šepec i suradnicima *pet pravila* označava postupak čijim se odrednicama osigurava pravilna primjena lijekova.

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra / tehničar svih razina obrazovanja.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Provjera „pet pravila“ traje od 1 do 3 minute.

SVRHA POSTUPKA

Sigurna primjena svih pisano ordiniranih lijekova.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

„Pet pravila“ obvezni je postupak koji mora provesti svaka medicinska sestra / tehničar prije primjene lijekova. Prije primjene lijekova pročitati upute o lijeku – prospekt, poštivati preporuke proizvođača i rok trajanja (Slika 28.).

Slika 28. Pet pravila primjene lijekova

PRAVILA	
1.	PRAVI PACIJENT
	-identificirati pacijenta: direktnim pitanjem - „Kako se zovete?“, u slučaju nemogućnosti komunikacije s pacijentom provjeriti - pomoću identifikacijske narukvice, provjerom dokumentacije, uvažavati kognitivne sposobnosti pacijenta.
2.	PRAVI LIJEK
	- usporediti ime propisanog lijeka s imenom lijeka na originalnom pakiranju
	- provjeriti rok trajanja
	- provjeriti miris, boju, izgled, svojstva
3.	PRAVA DOZA
	- odabrati i pripremiti propisanu dozu
	- provjeriti ordiniranu dozu s uputama proizvođača (minimalna i maksimalna doza)
4.	PRAVO VRIJEME
	- ordinirani lijek primijeniti u propisano vrijeme
5.	PRAVI NAČIN
	- provjeriti način primjene propisanog lijeka na terapijskoj listi
	- usporediti ih s uputama koje se nalaze u originalnom pakiranju
	- poštivati upute proizvođača (prije jela, poslije jela, tijekom jela)
	- dokumentirati primjenu lijeka

Izvor: Šepec, 2010:138

9.2. Unos lijeka u organizam

Lijek se u organizam može unijeti na više načina, a koji je put primjene lijeka najprikladniji za određenog bolesnika, ovisi o farmakološkim odrednicama lijeka kao i o terapijskim razlozima (Slika 29.).

Slika 29. Putovi unosa lijeka

NAČIN UNOSA LIJEKA U ORGANIZAM		OBLIK LIJEKA
ENTERALNO	PERORALNO (kroz usta)	tablete, dražeje, kapsule, otopine
	SUBLINGVALNO (ispod jezika)	lingvalette
	REKTALNO (preko debelog crijeva)	supozitoriji, ljevakovite klizme
PARENTERALNO	INTRAKUTANO (u kožu)	injekcije
	SUPKUTANO (pod kožu)	injekcije
	INTRAMUSKULARNO (u mišić)	injekcije
	INTRAARTIKULARNO (u zglob)	injekcije
	INTRAVENSKI (u venu)	injekcije, otopine
LOKALNO	PERKUTANO (preko kože)	masti, paste, kreme, otopine
	REKTALNO (kroz čmar)	supozitoriji, masti
	VAGINALNO (kroz rođnicu)	vaginalette
	ORALNO (u usnu šupljinu)	Otopine, lingvalette
	PREKO SLUZNICE UHA, NOSA I OKA	kapljice, masti

Izvor: Carev, M.

9.3. Oblici lijekova

Prema agregatnom stanju:

Čvrsti oblici lijekova: prašci, kapsule, tablete, čepići

Polučvrsti oblici lijekova: masti, paste kreme, žele

Tekući oblici lijekova: otopine, kapi, injekcije

Plinoviti oblici lijekova: aerosoli, inhalacije

Lijekovi se nikada ne smiju ostaviti uz bolesnika kako bi ih on eventualno uzeo kasnije (bolesnik mora popiti lijek u nazočnosti odgovorne osobe), osim ako je to izričito drukčije propisano (nitroglicerina, antacidi).

9.4.Čuvanje lijekova

- Lijekovi se na kliničkom odjelu čuvaju u ormaru za lijekove.
- Opijati se čuvaju u zasebnom ormariću ili sefu u ormaru za lijekove pod ključem.
- Lijekovi za peroralnu i vanjsku uporabu čuvaju se odvojeno od lijekova za parenteralnu primjenu.
- Lijekovi se moraju čuvati na sobnoj temperaturi, zaštićeni od sunca i izvora topline, a lijekovi koji se moraju čuvati na niskim temperaturama stavljaju se u hladnjak.
- Svi se lijekovi moraju čuvati u originalnim pakiranjima u kojima se nalaze i podatci o lijeku.
- Lijekovi se ne smiju premještati (iz bočice u bočicu, iz kutije u kutiju)!
- Na bočicama i kutijama mora postojati jasno naznačen rok trajanja.

10. POSTUPCI MJERENJA VITALNIH ZNAKOVA

Hodanje je čovjeku najbolji lijek.

Hipokrat

10.1. Standardizirani postupak mjerenja disanja

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *mjerenje disanja* postupak je kojim se utvrđuju frekvencija, dubina, ritam, trajanje i zvuk faza disanja.

PROVODITELJ POSTUPKA

Postupak provodi svaka medicinska sestra / tehničar.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 5 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Svrha je postupka mjerenje vitalne funkcije – disanja.

OSNOVNA OBILJEŽJA VJEŠTINE

Disanje je izmjena kisika i ugljičnog dioksida između atmosfere i tjelesnih stanica. Medicinska sestra prati disanje mjereći brzinu, dubinu, ritam respiratornih kretanja i zvukove disanja, stavljajući dlan na prsni koš, koristeći slušalice ili monitor. Tijekom disanja prsni se koš lagano diže i spušta. Zdrav odrastao čovjek normalno diše kroz nos, bez napora, jedva čujno, u

frekvenciji 16 – 20 udaha i izdaha u minuti. Disanje se mjeri 60 sekundi. Kako bi se tijekom mjerenja izbjegla svjesna promjena disanja kod bolesnika, disanje se može mjeriti tako da se broje bolesnikove respiracije odmah nakon mjerenja pulsa i dalje držeći prste na bolesnikovoj palčanoj arteriji. Normalna brzina i ritam disanja naziva se eupneja. Tahipneja je disanje brže od 20 udaha u minuti. Porast tjelesne temperature za 1 °C ubrzava disanje za četiri udaha u minuti. Usporeno, ujednačeno disanje, jednakog trajanja koje se odvija tijekom sna naziva se bradipneja. Bradipneju još mogu izazvati tumori mozga, opijati, alkohol i metaboličke bolesti. Neke bolesti mogu izazvati i druge patološke oblike disanja. Kussmaulovo je disanje karakterizirano napornim respiracijama sličnim uzdasima, Cheyne-Stokesovo je disanje brzo, duboko disanje više od 30 puta u minuti, isprekidano razdobljima apneje u trajanju duljem od 20 sekundi. Svako disanje koje odstupa od normalnog disanja treba priopćiti liječniku.

PROCJENA

- ispravnosti slušalica – stetoscopa
- čimbenika rizika za promjene disanja (napor, stres...)

10.2. Standardizirani postupak mjerenja tjelesne temperature na uho (membrani timpani) elektroničkim termometrom

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *mjerenje tjelesne temperature* postupak je kojim se utvrđuje stupanj ugrijanosti organizma, a izražava se u Celzijevim stupnjevima.

PROVODITELJ POSTUPKA

Postupak provodi svaka medicinska sestra / svaki tehničar.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje postupka potrebno je 3 minute.

SVRHA POSTUPKA

Svrha je postupka dobiti podatak o vrijednosti tjelesne temperature.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Tjelesna je temperatura razlika između količine topline proizvedene tjelesnim procesima i količine tjelesne temperature izgubljene u vanjsku okolinu. Središnja temperatura ili temperatura dubokih tjelesnih tkiva nalazi se pod kontrolom hipotalamusa i kreće se unutar uskog raspona. Raspon normalne tjelesne temperature mjereno na membrani timpani kreće se 36,5 – 37,5°C. Promjene tjelesne temperature tijekom dana ovise o brojnim činiteljima: dobu dana, dobi, tjelesnom naporu, emocionalnom stanju, menstrualnom ciklusu, trudnoći, uvjetima u okolini, bolestima... Kada temperaturu mjerimo pomoću elektroničkog termometra, treba provjeriti čistoću leće ispod sonde. Otoskop sa senzorom na vršku očitava toplinu koju isijava timpanska membrana. Zvuk signalizira izmjerenu temperaturu za 2 – 5 sekundi. Ako je uho bolesno, temperatura se ne mjeri na membrani timpani.

PROCJENA

- potreba za mjerenjem tjelesne temperature kod bolesnika
- vremena proteklog od tjelesne aktivnosti bolesnika

- čimbenika koji utječu na vrijednost tjelesne temperature (dob, spol, temperatura okoline, lijekovi, doba dana, stres, strano tijelo u uhu...)
- stanja bolesnikove ušne školjke i zvučnika, bola u uhu
- ispravnosti elektroničkog termometra

10.3. Standardizirani postupak mjerenja pulsa palpacijom na arteriji radialis

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *mjerenje pulsa* palpacijom na arteriji radialis jest postupak kojim se tijekom 60 sekundi mjere frekvencija, ritam, punjenost pulsa i procjenjuje elastičnost krvne žile.

PROVODITELJ POSTUPKA

Postupak provodi medicinska sestra / tehničar.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje postupka potrebno je 5 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Svrha je postupka dobiti podatak o vrijednosti pulsa.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Puls ili bilo niz je tlačnih valova u arterijama koje se osjeti kao podizanje i spuštanje arterije, a uzrokovano je promjenama krvnog tlaka pod utjecajem kontrakcije i relaksacije lijeve klijetke srca. Kad pulsni val stigne do periferne arterije, može se osjetiti palpiranjem arterije koja se nalazi uz kost ili mišić. Najčešće se mjeri na a. radialis, a može se mjeriti i na a. brahialis, a. temporalis, a. carotis, a. femoralis, a. poplitea, a. dorsalis pedis i a. tibialis posterior. U zdrava odrasla čovjeka koji miruje normalan je broj otkucaja 60 – 80 u minuti.

PROCJENA

- potreba za mjerenjem pulsa kod bolesnika
- vremena proteklog od tjelesne aktivnosti bolesnika
- čimbenika koji utječu na vrijednost pulsa (kardiovaskularni status, lijekovi, dob, spol, tjelesna temperatura, stres...)
- mjesta mjerenja pulsa kod bolesnika

10.4. Standardizirani postupak mjerenja krvnog tlaka auskultacijom – tlakomjerom na pero

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *mjerenje krvnog tlaka* postupak je kojim se pomoću tlakomjera na pero i slušalice utvrđuje vrijednost sistoličkog i dijastoličkog tlaka.

PROVODITELJ POSTUPKA

Postupak provodi svaka medicinska sestra / tehničar.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje postupka potrebno je 5 – 8 min.

SVRHA POSTUPKA

Svrha je postupka dobiti podatak o vrijednosti arterijskog krvnog tlaka.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Najčešća je tehnika mjerenja arterijskog krvnog tlaka auskultacija pomoću slušalica i tlakomjera na pero. Potrebno je poštivati oznake navedene na orukvici tlakomjera. Optimalna širina orukvice iznosi 40 – 50 % opsega ekstremiteta na kojem se mjeri tlak, a dužina dvaput toliko. Ako je opseg ruke 28 cm, širina orukvice trebala bi iznositi 11 – 14 cm, a dužina 22 – 28 cm. Optimalna vrijednost arterijskog tlaka iznosi 120/80 mm Hg.

PROCJENA

- potrebe za mjerenjem krvnog tlaka kod bolesnika
- čimbenika koji utječu na vrijednost krvnog tlaka (dob, spol, dnevne varijacije, položaj tijela, psihofizički napor, bol, tjeskoba ili strah, lijekovi, pušenje...)
- mjesta mjerenja krvnog tlaka kod bolesnika (ne mjeriti na mjestu AV fistule, limfedema, edema, primjena infuzije...)
- obujma nadlaktice bolesnika
- ispravnosti tlakomjera i slušalica – vlastitog sluha (nagluhe osobe, osobe koje imaju tinitus ne mjere arterijski tlak pomoću slušalica)

10.5. Standardizirani postupak mjerenja zasićenja krvi kisikom pulsним oksimetrom

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *pulsna oksimetrija* neinvazivna je metoda mjerenja zasićenja krvi kisikom.

PROVODITELJ POSTUPKA

Postupak provodi svaka medicinska sestra / tehničar.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Dobiti podatak o zasićenju krvi kisikom (O₂).

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

To je pouzdana procjena zasićenja arterijske krvi kisikom i može smanjiti potrebu za plinskom analizom arterijske krvi (ABS). Kod odraslih mjeri se postavljanjem elektrode na prst ruke, nožni prst, ušnu resicu, most nosa ili čelo. Mjesto mjerenja mora biti čisto, suho i toplo. Sonda s diodom (elektroda) emitira svjetlo. Kabelom je povezana s oksimetrom. Svjetlosne valove koje dioda emitira apsorbiraju i natrag reflektiraju oksigenizirane molekule hemoglobina. Normalno je zasićenje arterijske krvi kisikom više od 90 %. Indikacija za mjerenje zasićenja

arterijske krvi kisikom pomoću pulsnog oksimetra jest potreba za čestim ili kontinuiranim praćenjem zasićenosti arterijske krvi kisikom tijekom 24 sata kod bolesnika. Prije monitoringa, potrebno je provjeriti na aparatu granice za alarm koje su određene od strane proizvođača, primjerice 85 % – nisko, a 100 % visoko zasićenje krvi kisikom. Jačina i volumen alarma moraju biti prikladno namješteni kako bi se izbjeglo zastrašivanje bolesnika i posjetitelja. Tijekom mjerenja zasićenja arterijske krvi kisikom pomoću pulsnog oksimetra bolesnik miruje.

PROCJENA

- učestalosti potrebe za mjerenjem SpO₂
- najprikladnijega mjesta za postavljanje sonde bolesniku
- čimbenika koji utječu na mjerenje i rezultat kao što su: lak na noktima, umjetni nokti, vlažni prsti i koža, drhtanje i nemir, terapija O₂, razina hemoglobina, hipotenzija, hipotermija, promjene u disanju, cijanoza, stupanj svijesti bolesnika
- psihofizičkog stanja bolesnika

11. MEDICINSKO-TEHNIČKI POSTUPCI

*Liječi ponekad, njeguj često, a tješi uvijek.
Hipokrat*

11.1. Postupak uzimanja uzoraka venske krvi venepunkcijom

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *uzimanje uzoraka venske krvi venepunkcijom* postupak je kojim se iglom ulazi u venu radi prikupljanja venske krvi u štrcaljku ili epruvetu za laboratorijske pretrage.

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra / tehničar.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Uzeti uzorak venske krvi za ordinirane pretrage.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Za venepunkciju najčešće se biraju vene na podlaktici: ogranci v. basilice, v. cefalice, kubitalne vene. Ne preporučuje se punktiranje vena na unutarnjoj strani ručnog zgloba, na mjestu madeža,

na mjestu tetovaže i na ožiljcima kao ni višekratno punktiranje vena na istom mjestu. Zabranjeno je prikupljanje krvi u dijagnostičke svrhe iz A. V. fistule kod bolesnika na hemodijalizi. Ispravno izvedena venepunkcija omogućava točnost nalaza. Veličinu igle treba prilagoditi debljini vene koja se punktira (20 G, 21 G, a 25 G za punkciju vena u području ručnog zgloba, šake i gležnja). Uzorci krvi uzimaju se u vakutajnere – vakuumske epruvete koje se razlikuju po boji čepa i dodatka koji se nalazi u epruveti. Uzorci krvi mogu se uzimati i štrcaljkom. Štrcaljkom uzet uzorak krvi raspoređuje se u epruvete i prevozi u laboratorij. Uzorak krvi uzet na ispravan način osigurava točnost nalaza. Krv se prikuplja u dijagnostičke svrhe na temelju pisanog naloga liječnika.

PROCJENA

- bolesnikovih vena palpiranjem i gledanjem (procjenjuje se elastičnost i punoća vene, mjesta prethodnih punkcija vena, blizina arterija, živaca i zglobova, A. V. fistula i odabire se vena prikladna za punkciju)
- psihofizičkog stanja bolesnika – pitati ga o prethodnim iskustvima tijekom vađenja krvi (nesvjestica)
- prisutnosti rizika od krvarenja kod nekih bolesti i stanja (hemofilija, trombocitopenija, antikoagulantna terapija)
- prostora za izvođenje postupka: osvjetljenje, mikroklima

11.2. Postupak uzimanja uzoraka krvi za hemokulturu

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku

- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *uzimanje uzoraka krvi za hemokulturu* postupak je kojim se venepunkcijom krv sabire u sterilni set bočica s bujonom (podlogom).

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra / tehničar.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje postupka potrebno je 10 – 15 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Utvrđiti prisutnost patogenih aerobnih i anaerobnih mikroorganizama u kulturi krvi.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Set čine dvije sterilne bočice s gumenim čepom i štitnikom te bujonom – podlogom za aerobe i anaerobe, ili Lytic podlogom ako je bolesnik na antibiotskoj terapiji. Liječnik određuje broj setova, tj. broj uzimanja uzoraka krvi za hemokulturu. Krv se uzima iz perifernih vena. Krv se za svaki set uzima s drugog ubodnog mjesta. Vrijeme između uzimanja krvi za svaki je set različito (od 10 minuta do nekoliko sati), a određuje ga liječnik. Bočice s uzorkom krvi ne smiju se stavljati u hladnjak. Prijenos uzorka u laboratorij mora biti unutar dva sata. Do tog vremena uzorak može stajati na sobnoj temperaturi. U slučaju nemogućnosti prijenosa u laboratorij uzorke treba odmah pohraniti u termostat na 37°. Krv se uzima u setove bočica s vakuumom koji određuje količinu potrebne krvi. Ako nema vakuumskih setova, potrebna je količina krvi 10 mililitara po setu (pet mililitara u svaku bočicu) za odrasle, a za djecu 1 – 5 mililitara po setu.

PROCJENA

- psihofizičkog stanja bolesnika
- bolesnikovih vena pogodnih za venepunkciju
- prostora za izvođenje postupka – osvjetljenje, mikroklimatski uvjeti...
- mogućnosti pravovremenog prijenosa ili pohranjivanja uzoraka krvi u termostat

11.3. Postupak uzimanja iskašljaja za pretragu

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *uzimanje iskašljaja* postupak je kojim osiguravamo odgovarajući materijal u dijagnostičke svrhe.

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra / tehničar.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Dobiti sekret iz dišnog puta za ordinirane pretrage.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Iskašljaj je sekret bronhalnog stabla. Uzorak je najbolje uzeti ujutro. Prije uzimanja uzorka bolesnik ispere usta mlakom vodom. Najprije se uzima uzorak za bakteriološku pretragu, zatim za mikobakteriju tuberkuloze, a za citološku analizu uzima se zadnji uzorak. Važno je dobiti sadržaj donjih dišnih putova. Ne smije biti slina. Iskašljaj za mikrobiološke pretrage uzima se u sterilnu posudu, a za citološku analizu u kemijski čistu posudu. Iskašljaj za mikrobiološku pretragu treba poslati u laboratorij unutar dva sata, a ako to nije moguće, treba ga čuvati u hladnjaku na + 4 °C najdulje 8 sati, a za mikobakteriju tuberkuloze najdulje 48 sati. Uzorak za citološku analizu mora se dostaviti odmah u laboratorij, a najkasnije za dva sata. Uzorci se uzimaju na temelju pisane liječničke naredbe.

PROCJENA

- mogućnosti suradnje bolesnika
- općeg stanja i stanja svijesti bolesnika
- kontraindikacija za uzimanje iskašljaja (hemoptoa, pneumotoraks i ostala stanja koja ne dopuštaju forsirani iskašljaj...)

11.4. Postupak uzimanja uzorka stolice na pretragu

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *uzimanje uzorka stolice* postupak je kojim osiguravamo odgovarajući materijal za pretragu.

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra / tehničar.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta. Ne uključuje pripremu bolesnika za defekaciju i zbrinjavanje bolesnika nakon defekacije.

SVRHA POSTUPKA

Uzorak stolice može se uzeti za sljedeće pretrage:

- bakteriološku pretragu stolice
- parazitološku pretragu stolice
- pretragu stolice na jajašca parazita
- pretragu koja dokazuje prisutnost krvi u stolici (hemokult)
- mikološku pretragu stolice
- virološku pretragu stolice

Kod uzorka stolice također analiziramo boju, konzistenciju, neprobavljenu hranu itd. Za dokazivanje prisutnosti jajašca parazita uzima se perianalni obrisak.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Stolica je infektivni materijal, stoga je potrebno posebnu pozornost obratiti na higijenu perianalnog područja, ruku bolesnika i sestre, okoline bolesnika i aseptične uvjete rada.

Postupak se provodi na temelju pisanog naloga liječnika.

PROCJENA

- psihofizičkog stanja bolesnika
- bolesnikove mogućnosti i vremena defekacije

- izgled analnog otvora bolesnika
- bolesnikove mogućnosti zadržavanja stolice
- stanja koja mogu utjecati na rezultate pretrage (vaginalna i rektalna krvarenja, kontrastna sredstva...)

11.5. Standardizirani postupak aspiracije sekreta kroz nos (nazofaringealna aspiracija)

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *aspiracija ili sukcijska aspiracija sekreta iz dišnih putova kroz nos* postupak je uklanjanja sekreta iz dišnih putova pomoću katetera za aspiraciju i aspiratora, a u svrhu održavanja prohodnosti dišnih putova i neometane respiracije.

PROVODITELJ POSTUPKA

Dvije medicinske sestre / dva tehničara.

TRAJANJE POSTUPKA

Priprema pribora i postupak prve aspiracije traje 20 minuta. Svaka sljedeća procedura aspiracije kod istog bolesnika traje 7 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Osiguranje prohodnosti dišnih putova i dobivanje sekreta za ordinirane pretrage.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Nazofaringealna aspiracija provodi se kada bolesnik ne može iskašljati sekret koji se nakupio u stražnjem dijelu grla i kada je iz bilo kojeg razloga onemogućena aspiracija sekreta kroz usta. Sekret se aspirira od nazofarinksa prema vrhu nosa. Kateter se do orofarinksa uvodi bez tlaka. Prilikom uvođenja katetera i aspiracije posebnu pozornost obratiti na osjetljivost sluznice. Bolesnik bez svijesti, tijekom aspiracije, mora biti okrenut bočno prema sestri. Aspiracija sekreta traje 10 – 15 sekundi, nakon čega treba napraviti stanku 3 – 4 minute. Za svaki sljedeći postupak potrebno je promijeniti kateter i otopinu za ispiranje. Nakon aspiracije, ako je potrebno, primijeniti terapiju kisikom.

PROCJENA

- respiratornog statusa bolesnika: frekvencije disanja, ritma, dubine, trajanja faza disanja, patoloških oblika disanja, šumova, hropaca, krkljanja
- bolesnikove nosne šupljine: izgled sluznice, anomalije nosa
- psihofizičkog stanja bolesnika i mogućnosti komunikacije
- potrebe za učestalost aspiracija
- stanja bolesnika tijekom aspiracije (stanja svijesti, kontrole pulsa, disanja, prisutnost zvukova, promjene boje kože i sluznica, pojačan rad interkostalnih mišića, krvarenja)
- rizika za provedbu aspiracije: antikoagulantna terapija, hemoptoa, nemir i otežana suradnja
- radne okoline za izvođenje postupka – svjetlo, dovoljno mjesta, mikroklimatski uvjeti

11.6. Postupak aspiracije sekreta kroz usta

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku

- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *aspiracija ili sukcija sekreta iz dišnih putova kroz usta* postupak je uklanjanja sekreta iz gornjih dišnih putova pomoću katetera za aspiraciju i aspiratora, a u svrhu održavanja prohodnosti dišnih putova.

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra / tehničar, odnosno u slučaju otežane suradnje bolesnika dvije medicinske sestre / dva tehničara.

TRAJANJE POSTUPKA

Prva aspiracija traje 20 minuta. Svaka sljedeća procedura aspiracije kod istog bolesnika traje 7 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Osiguravanje prohodnosti dišnog puta i dobivanje sekreta za ordinirane pretrage.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Aspiracija je sekreta na usta potrebna kada bolesnik ne može iskašljati sekret koji se nakupio u stražnjem dijelu grla ili u ustima. Učestalost aspiracija ovisi o količini sekreta i brzini nakupljanja sekreta u ustima i gornjim dišnim putovima. Aspiracija počinje iz farinksa prema usnoj šupljini. Aspiracija sekreta traje 10 – 15 sekundi nakon čega treba napraviti stanku 3 – 4 minute. Za svaki sljedeći postupak potrebno je promijeniti kateter i otopinu za ispiranje. U slučaju otežane suradnje bolesnika, upotrijebiti usnik kako bi se izbjeglo grizenje katetera. Ako se usta ne mogu otvoriti, upotrijebiti otvarač za usta. Aspiraciju izvoditi oprezno pazeći da se

ne povrijedi sluznica usne šupljine. Bolesnik bez svijesti mora biti okrenut bočno prema medicinskoj sestri.

PROCJENA

- respiratornog statusa bolesnika: frekvencije disanja, ritma, dubine, trajanje faza disanja, patoloških oblika disanja, šumova, hropaca, krkljanja
- bolesnikove usne šupljine: izgleda sluznice, stanja zuba, postojanja zubne proteze – bolesnikove sluznice nosa i prohodnosti nosnih školjki
- psihofizičkog stanja bolesnika i mogućnosti komunikacije
- radne okoline za izvođenje postupka – svjetlo, dovoljno mjesta i mikroklimatskih uvjeta
- potrebe za učestalost aspiracija

11.7. Postupak postavljanja periferne intravenske kanile

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *postavljanje periferne i. v. kanile* postupak je kojim se osigurava trajni pristup venskom putu.

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra / tehničar.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Dugotrajna primjena lijekova za intravensku primjenu, hranjivih otopina te pripravaka krvi i krvnih derivata.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Za pravilno izvođenje postupka važno je pažljivo odabrati venu u koju će se uvesti kanila. Uvijek kada je to moguće, i. v. kanilu treba uvesti u ravne vene podlaktice nedominantne ruke. Treba izbjegavati vene u predjelu zapešća i pregiba lakta, vene koje su na opip tvrde ili kvrgave, neelastične, nagnječeno mjesto, ožiljak, madež, tetovažu ili na mjesto gdje je kompromitirana cirkulacija, u vene otečene ruke zbog mastektomije. Ne preporučuje se uvoditi i. v. kanilu u vene noge i stopala zbog visokog rizika za nastanak tromboflebitisa. Zabranjeno je uvoditi i. v. kanilu u A. V. fistulu. Ponovno postavljanje i. v. kanile treba biti iznad prethodnog uboda i iznad oštećene vene. Odabir vene također ovisi o lijeku ili pripravku koje se primjenjuje. Važno je odabrati kanilu prave veličine. I. V. kanila je plastična, a u sebi ima metalnu vodilicu kojom se probija vena i koja pomaže uvođenju kanile u lumen vene. Uvodi se pod kutom od 45°, pod aseptičnim uvjetima. Ako nema komplikacija, kanila se mijenja nakon 72 sata.

PROCJENA

- stanja vena na ekstremitetima bolesnika kojemu se uvodi i. v. kanila (elastičnost, punoća vene, mjesta prethodnih punkcija vena, blizina arterija, živaca i zglobova, A. V. fistula...)
- veličine potrebne kanile
- psihofizičkog stanja bolesnika i mogućnosti suradnje s bolesnikom
- stanja i izgleda kože bolesnika na mjestu gdje se uvodi i. v. kanila

- mogućnosti krvarenja na i. v. kanilu i uz kanilu (antikoagulantna terapija)
- učestalosti i trajanja primjene intravenozne terapije

11.8. Postupak uvođenja nazogastrične sonde

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *uvođenje nazogastrične (NG) sonde* postupak je postavljanja sonde u želudac u cilju aspiracije želučanog sadržaja, irigacije, prehrane i primjene lijeka.

PROVODITELJ POSTUPKA

Prvostupnik / prvostupnica sestrinstva.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje postupka potrebno je 15 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Uvođenje se sonde provodi:

- u svrhu hranjenja, davanja tekućine i lijekova bolesniku koji ne može gutati (kada postoji opasnost od aspiriranja)
- u svrhu uzimanja želučanog sadržaja na pretragu
- prije ili nakon kirurških zahvata (eliminiranje zraka i sadržaja iz želuca)

- u stanjima kada je potrebno osigurati otjecanje sadržaja iz želudca (akutna patološka stanja u trbušnoj šupljini).

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Postavljanje NG sonde postupak je kojim se osigurava prohodnost gornjeg dijela gastrointestinalnog sustava do želudca. Odabir veličine i vrste sonde ovisi o namjeni za koju se sonda uvodi i anatomskoj građi puta kojim će se uvesti u želudac. Uvođenje sonde mora biti pažljivo jer grublja manipulacija može izazvati oštećenje sluznice. Tijekom uvođenja sonde potrebno je pratiti bolesnikove reakcije. Prije svakog postupka (hranjenja, primjene lijeka, irigacije tekućina...) medicinska sestra mora procijeniti prohodnost i položaj sonde. Postavljanje nazogastrične sonde i svrhu određuje liječnik.

PROCJENA

- općeg stanja bolesnika, stanja svijesti i mogućnost suradnje s bolesnikom
- bolesnikove sposobnosti gutanja
- bolesnikova stanja sluznice usne i nosne šupljine, prohodnosti nosne šupljine, varikoziteta jednjaka...
- mogućnosti disanja kroz nos i usta
- peristaltike abdomena i stupanj napetosti želudca prije i nakon uvođenja sonde
- dužine sonde koja se uvodi (vrh nosa – ušna resica – ksifoidni nastavak prsne kosti)

11.9. Postupak izvođenja klizme

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro

- objasnite važnost postupka bolesniku
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *klizma* je postupak kada se u debelo crijevo instilira ordinirana otopina ili pripravak.

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra / tehničar.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje postupka potrebno je 30 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Klizma se izvodi u svrhu čišćenja, primjene lijekova, hranjenja i primjene kontrasta u dijagnostičke svrhe.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Klizma je postupak kojim se pomoću uvedene fleksibilne rektalne sonde ili katetera instilira u debelo crijevo propisana otopina. Po količini sadržaja i načinu instilacije razlikuju se visoka i niska klizma. Kod visoke klizme otopina se podiže na visinu 45 – 60 cm iznad rektuma bolesnika, a kod niske klizme otopina se podiže na visinu 30 – 45 cm. Za primjenu visoke klizme rektalna se sonda uvodi u debelo crijevo u dubini od 7 do 10 cm, a kod male klizme 6 – 8 cm. Bolesnika treba smjestiti u lijevi bočni ležeći položaj. Iznimno bolesnik može ležati i na desnom boku. Mala je klizma najčešće gotov pripravak zapremine do 250 ml u fleksibilnoj ambalaži, a instilira se 2 – 5 minuta. Vrijeme instilacije visoke klizme iznosi 10 minuta, a količina otopine 500 – 1000 ml. Postupak se izvodi polako i oprezno. Svakoju hranjivoj, dijagnostičkoj i terapijskoj klizmi prethodi klizma za čišćenje ili ordinirani laksativ. Klizma se izvodi na temelju pisane odredbe liječnika.

PROCJENA

- tjelesne temperature bolesnika (o tome ovisi temperatura klizme)
- stanja bolesnikova anusa (hemoroidi, oštećenje sluznice, krvarenja, stanje sfinktera)
- uzimanja lijekova koji utječu na eliminaciju stolice
- psihofizičkog stanja bolesnika i mogućnosti komunikacije
- crijevne peristaltike bolesnika
- bola u trbuhu bolesnika
- napuhnutosti i napetosti trbušne stijenke bolesnika

11.10. Postupak uvođenja urinarnog katetera

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *uvođenje urinarnog katetera* postupak je koji se izvodi u cilju nesmetanog otjecanja urina iz mokraćnog mjehura.

PROVODITELJ POSTUPKA

Dvije medicinske sestre / dva tehničara.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje postupka potrebno je 30 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Omogućiti nesmetano otjecanje urina iz mokraćnog mjehura postavljanjem urinarnog katetera zbog retencije urina, inkontinencije, terapijskih i dijagnostičkih postupaka.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Uvođenje urinarnog katetera zahtijeva sterilan pristup i poznavanje anatomije i fiziologije mokraćnog sustava. Urinarni kateter može se staviti trajno, može se stavljati povremeno ili jednokratno, a zahvat određuje liječnik. Postavljenim urinarnim kateterom omogućeno je točno praćenje diureze, specifične težine, izgleda i mirisa urina, ispiranje mokraćnog mjehura te primjena lijekova. Olakšano je uzimanje uzoraka urina za laboratorijske pretrage. Moguće je vježbanje mišića i sfinktera mokraćnog mjehura. Postoje kateteri različitih veličina i oblika. Pri kateterizaciji važno je odabrati pravu veličinu. Isto tako, ovisno o svrsi kateterizacije, odabire se kateter s jednim, dvama ili trima kanalima, kateter s balonom ili bez balona. Kateter s trima kanalima odabire se kada je potrebno ispiranje mokraćnog mjehura ili primjena lijeka u mokraćni mjehur. Postupci za uvođenje trajne, intermitentne ili jednokratne kateterizacije isti su, osim što kod jednokratne i intermitentne kateterizacije nije potrebno puniti balon redestiliranom vodom. Balon se ne puni fiziološkom otopinom zbog mogućnosti kristalizacije i začepljenja kanala balona.

PROCJENA

- osobitosti eliminacije urina, svakodnevne navike, poteškoće tijekom mokrenja (retencija, oligurija, poliurija...) kod bolesnika
- utjecaja inkontinencije urina na pojavu komplikacija kod bolesnika (dekubitus, ojedine...)
- utjecaja lijekova koje bolesnik uzima na eliminaciju urina
- psihofizičkog stanja bolesnika
- distenzije mokraćnog mjehura palpiranjem i kucanjem iznad pubične kosti bolesnika

11.11. Postupak zdravstvene njege kolostome

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *zdravstvena njega kolostome* postupak je koji se sastoji od higijene stome i okolne kože, izmjene ili pražnjenja vrećice za stolicu te izmjene stoma podloge (baze, pločice, diska).

PROVODITELJ POSTUPKA

Medicinska sestra / tehničar.

TRAJANJE POSTUPKA

- za promjenu vrećice: 10 minuta
- promjenu pločice, vrećice i njegu kože: 20 minuta

SVRHA POSTUPKA

Svrha je postupka osigurati čistu i zdravu stomu i okolnu kožu, osigurati eliminaciju stolice bez komplikacija, smanjiti bolesnikovu tjeskobu i osjećaj ugroženog dostojanstva.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Kolostoma je kirurškim putem formiran otvor debelog crijeva na stijenci trbuha. Uzroci mogu biti različiti (maligne bolesti, invaginacija crijeva, ozljede i sl.).

Zdravstvena njega i previjanje stome ovise o vrsti stome.

Za njegu kolostome i eliminaciju stolice na tržištu postoji nekoliko vrsta pomagala:

- jednodijelne, dvodijelne, prozirne, neprozirne vrećice, s filtrom i bez filtra, s ispustom i bez ispusta

Prema namjeni postoje i mini vrećice koje se koriste za kratka razdoblja.

- Stoma-čep ili stoma-kapa nema vrećice za stolicu i koristi se samo za zaštitu stome pri kupanju ili plivanju.

Jednodijelna se vrećica sastoji od vrećice i vanjskog samoljepljivog dijela.

- Otvor na vrećici treba prilagoditi veličini stome.

Često skidanje takvih vrećica može uzrokovati oštećenje okolne kože, stoga su dvodijelne vrećice bolji izbor. Dvodijelne se vrećice sastoje od silikonske podloge (pločice) s plastičnim prstenom za pričvršćivanje vrećice. Pločica se pričvršćuje na kožu i može ostati 3 – 5 dana, a mijenjaju se samo vrećice. Pločice treba izrezivanjem otvora prilagoditi otvoru stome.

Kod modelirajućih podloga izrezivanje je spomenutog otvora nepotrebno, već se toplu podlogu prstima modelira prema veličini otvora stome.

Medicinske sestre podučavanjem bolesnika, poticanjem na što raniju samostalnost za njegu vlastite kolostome, savjetima o izboru najboljeg pomagala, načinu prehrane, zajedničkom provjerom naučenog, doprinose vraćanju samopoštovanja, samopouzdanja i želje za brzim prilagođavanjem stilu života u novonastaloj situaciji.

PROCJENA

- psihofizičkog stanja bolesnika
- razine znanja bolesnika o njezi stome i njegove sposobnosti usvajanja znanja
- prostora i radnih uvjeta za izvođenje postupka (osvjetljenje, temperatura prostorije)

- izgleda i promjera stome pomoću mjerača
- kompatibilnosti između podloga i vrećica
- potrebnog pribora za njegu i promjenu stome
- stanja kože oko stome

12. KOMPLIKACIJE DUGOTRAJNOG LEŽANJA

*Potičite unutarnje snage jer one su izvor zdravlja i savršenstva
Hipokrat*

12.1. Postupak masaže kože tijela kao prevencija komplikacija dugotrajnog ležanja

PRIJE POČETKA

- predstavite se bolesniku
- dezinficirajte ruke pred bolesnikom
- pobrinite se da se bolesnik osjeća dobro
- objasnite važnost postupka bolesniku
- kratko razgovarajte o opuštajućoj temi s bolesnikom
- zahvalite na suradnji bolesniku

Prema Šepec i suradnicima *masaža kože tijela* postupak je kojim se trljanjem kože stimulira cirkulacija i preveniraju komplikacije dugotrajnog ležanja (isključuje sve oblike fizikalne terapije).

PROVOĐENJE POSTUPKA

Medicinska sestra / tehničar.

TRAJANJE IZVOĐENJA POSTUPKA

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 10 minuta.

SVRHA POSTUPKA

Poticaaj cirkulacije, održavanja tonusa kože i stvaranje osjećaja ugone.

OSNOVNA OBILJEŽJA POSTUPKA

Masira se cijelo tijelo, a posebna se pozornost posvećuje mjestima koja su izložena pritisku. Postupak se provodi više puta tijekom 24 sata, ovisno o procjeni. Masira se samo zdrava koža.

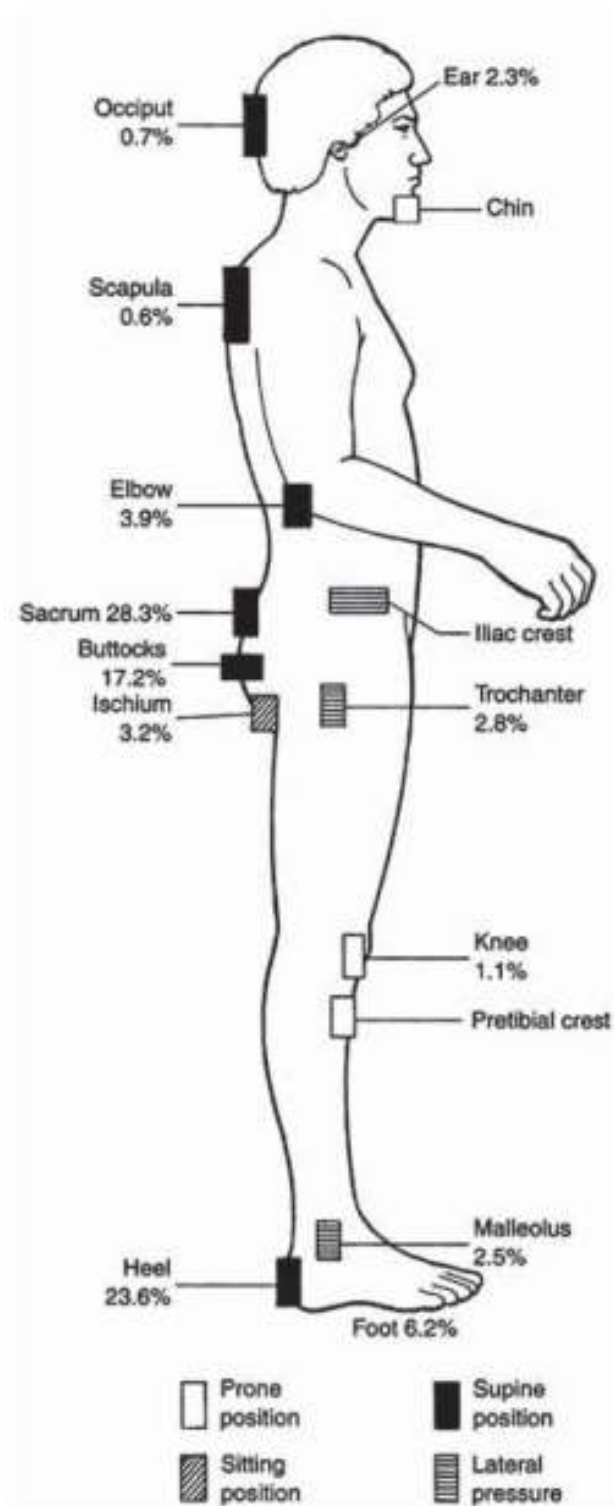
PROCJENA

- stanja bolesnikove kože (crvenilo, oštećenje...)
- mogućnosti suradnje s bolesnikom
- pokretljivosti bolesnika
- stanja svijesti bolesnika i mogućnosti komunikacije
- prisutnosti bola

12.2. Dekubitus

Dekubitus je oštećenje tkiva koje nastaje kao posljedica djelovanja mnogostrukih unutarnjih čimbenika (Slika 30.).

Slika 30. Mjesta razvoja dekubitusa ovisno o položaju bolesnika



Izvor: Braynt, Nix, 2012.

STUPNJEVI DEKUBITUSA:

- I. crvenilo / eritem na intaktnoj koži koje ne bijeli na pritisak
- II. oštećenje površinskog sloja kože, vidljivo kao oguljotina, bula / mjehur, crvenilo sa središnjom hiperpigmentacijom
- III. potpuno oštećenje tkiva kože koje zahvaća potkožni sloj, ali ne prodire kroz mišićnu fasciju
- IV. izražene ulceracijske promjene koje osim kože i potkože zahvaćaju mišićno tkivo, potporne strukture i kosti

PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. prikupiti podatke o stupnju dekubitusa i lokalizaciji
2. prikupiti podatke o bolu, sekreciji, boji kože, mirisu sekrecije, temperaturi
3. napraviti fizikalni pregled s posebnim osvrtom na predilekcijska mjesta
4. procijeniti rizik za nastanak dekubitusa – Bradenova skala (Braden Q za pedijatriju)
5. procijeniti stupanj pokretljivosti i mogućnost samozbrinjavanja bolesnika
6. prikupiti podatke o laboratorijskim pokazateljima: hemoglobin, hematokrit, serumski albumin, fosfor, magnezij
7. prikupiti podatke o ranijim načinima zbrinjavanja dekubitusa
8. prikupiti podatke o medicinskim dijagnozama (vidi kritične čimbenike)
9. procijeniti stanje svijesti bolesnika
10. prikupiti podatke o socioekonomskom statusu bolesnika
11. procijeniti bolesnikovo razumijevanje novonastale situacije

12. procijeniti bolesnikovu sposobnost usvajanja novih znanja

KRITIČNI ČIMBENICI

1. Medicinska stanja / bolesti

- nedovoljna / smanjena tkivna cirkulacija
- kronične bolesti: dijabetes melitus, plućne, kardiovaskularne, sustavne bolesti, psihičke bolesti
- anemija
- poremećaj prehrane: pretilost, malnutricija
- upalni procesi dermalno-epidermalnih sveza
- autoimune bolesti: lupus erythematosus, sklerodermija
- metaboličke i endokrine bolesti: hepatitis, ciroza, tumori, bubrežno zatajenje, bolesti štitnjače
- bakterijske, virusne ili gljivične infekcije: impetigo, folikulitis, celulitis, herpes zoster, herpes simplex, AIDS, gingivitis, atletsko stopalo
- smanjena pokretnost / nepokretnost

2. Lijekovi / terapijski postupci

- sedacija, kirurški zahvat, dijagnostički postupak
- uporaba fiksatora i ortopedskih pomagala
- primjena gipsanih udlaga, prijevoja, traka, otopina
- NPO status – ništa per os
- terapijske promjene tjelesne temperature
- primjena invazivnih katetera / pomagala

3. Osobni / okolinski

- iritacija tkiva djelovanjem čimbenika iz okoline

- izloženost izlučevinama – stolica, urin, znoj
- radijacija / opekline od sunca
- povišena tjelesna temperatura
- kemijski štetne tvari – sapuni, dezinficijensi
- bol, umor, nedostatak motivacije za kretanje
- kognitivni / senzorni / motorički deficit – neosjetljivost na bol, toplinu, hladnoću
- neodgovarajuće osobne navike (higijenske, prehrambene, vezane za odmor i spavanje)
- starija životna dob

VODEĆA OBILJEŽJA

I° crvenilo (eritem), svrbež, topla koža, bol

II° oštećenje epidermalnog i dermalnog tkiva, bol, crvena okolina, topla koža, bula, oguljena koža, sekrecija

III° destrukcija kože i potkožnog tkiva, bol, sekrecija – serozna, gnojna, krvava, toplina tkiva, znaci infekcije – temperatura, neugodan miris, porast laboratorijskih vrijednosti

IV° destrukcija kože, potkožnog tkiva, mišićnog tkiva i kosti, nekroza tkiva, sekrecija, bol, znakovi infekcije – temperatura, neugodan miris, porast laboratorijskih vrijednosti

IV° dekubitusa može izgledati i kao destrukcija potkožnih struktura-mišića do kosti uz očuvan integritet kože. Područje je lividno, na dodir mekano i bolno.

CILJEVI

1. Postojeći stupanj dekubitusa neće prijeći u viši stupanj.
2. Postići će se smanjenje veličine dekubitusa (utvrditi vremenski okvir).

3. Kirurška će rana cijeliti *per primam*.

4. Neće doći do popratne komplikacije (infekcija, bol).

5. Bolesnik i obitelj usvojit će znanja o preventivnim mjerama i njihovoj važnosti u sprječavanju dekubitusa.

INTERVENCIJE

1. Procijeniti stanje dekubitusa pri prijemu bolesnika i svakodnevno.

2. Opisati stupanj dekubitusa, veličinu (izmjeriti!), lokaciju, sekreciju, nekrotično tkivo, granulacije.

3. Dokumentirati, posebno pratiti sve promjene u odnosu na raniji status.

4. Utvrditi plan zbrinjavanja dekubitusne rane.

5. Procijeniti potrebu uključivanja drugih stručnjaka u zbrinjavanje dekubitusa.

6. Pažljivo očistiti crveno područje pH neutralnim sapunom i vodom, sapun isprati i posušiti kožu. Izbjegavati primjenu sredstava koja dodatno isušuju i narušavaju pH kože (puder, dezinficijensi).

7. Stimulirati cirkulaciju „čupkanjem“ kože oko ugroženog područja, ne masirati.

8. Zaštititi površinu intaktne kože s jednim ili kombinacijom sljedećega:

- nanijeti tanki sloj sredstva za zaštitu i obnovu kože (krema, gel, pjena)
- pokriti područje tankom prozirnom oblogom
- pokriti područje hidrokolidnom oblogom, osigurati rubove hipoalergijskom ljepljivom trakom – poštivati upute proizvođača

9. Isprati unutrašnjost dekubitusa sterilnom fiziološkom otopinom, očistiti kružnim pokretima u smjeru od unutra prema van, za ispiranje dubokih lezija koristiti štrcaljku.
10. Asistirati kod kirurškog debridmana nekrotičnog tkiva, zaštititi granulacije od daljnjeg ozljeđivanja.
11. Održavati vlažnost unutrašnjosti dekubitusne rane kako bi se potaknulo cijeljenje.
12. Ispuniti unutrašnjost dekubitusne rane propisanim hidrokolooidnim gelom.
13. Prekriti dekubitusnu ranu propisanom sekundarnom oblogom: alginatnom oblogom, hidrokolooidnom oblogom ili sterilnim prijevom (gaza). Osigurati rubove prijevoja ili obloge ljepljivim hipoalergijskim flasterom.
14. Izmijeniti podlogu ili prijevoj na dekubitusnoj rani.
15. Pratiti pojavu kliničkih znakova infekcije dekubitusne rane: miris, sekrecija, crvenilo, edem, porast temperature.
16. Osigurati optimalnu hidraciju bolesnika _____ml/24 h.
17. Pratiti znakove i simptome hidracije: CVT, diurezu, specifičnu težinu urina i stanje sluznice usne šupljine.
18. Unositi propisanu pojačanu količinu bjelančevina i ugljikohidrata.
19. Uvesti u prehranu ordinirane suplemente (vitamin B i C i ostale nutrijente).
20. Vagati bolesnika.
21. Kontrolirati ordinirani serumski albumin.
22. Nadzirati pojavu edema.

23. Održavati higijenu kože, koristiti blagi sapun (neutralni pH) i vodu, obvezno isprati sapun, posušiti kožu i zaštititi sredstvom koje će očuvati vlažnost: krema, mlijeko za tijelo...
24. Održavati higijenu kreveta i posteljnog rublja: čiste, suhe, zategnute plahte, bez nabora, ukloniti ostatke hrane, papirnate rupčice i sl.
25. Mijenjati položaj bolesnika u krevetu svakih 1 sat.
26. Mijenjati položaj bolesnika u krevetu svaka 2 sata.
27. Pojačati učestalost izmjene položaja ako se pojave nova crvena područja čija prisutnost ne nestaje unutar jednog sata od promjene položaja.
28. Ograničiti podizanje bolesnika u visoki Fowlerov položaj do 30 minuta u jednom postupku.
29. Primijeniti niski Fowlerov položaj i ležeci bočni s podignutim uzglavljem za 30 stupnjeva.
30. Podložiti jastuke pod potkoljenice bolesnika.
31. Podložiti jastuke pod podlaktice bolesnika.
32. Podložiti jastuke pod leđa bolesnika.
33. Podložiti jastuke između koljena bolesnika.
34. Osloboditi bolesnikove uške pritiska.
35. Primijeniti antidekubitusne madrace i jastuke koji umanjuju pritisak: punjene pjenom, zrakom, vodom ili gelom.
36. Položaj bolesnika u krevetu mijenjati podizanjem (ne povlačiti!), podložiti plahu pod dio koji premještamo kako bi se minimaliziralo trenje o podlogu.
37. Osigurati dovoljan broj osoblja.

38. Provoditi aktivne i pasivne vježbe ekstremiteta, vježbe cirkulacije te što raniju mobilizaciju bolesnika (sjedenje uz rub kreveta, sjedenje u stolici, hodanje uz pomoć).
39. Podučiti bolesnika o samostalnosti promjene položaja tijela koristeći trapez, rukohvate na stolici ili ogradice.
40. Primijeniti propisana sredstva protiv bola.
41. Educirati bolesnika i obitelj o čimbenicima koji uzrokuju oštećenje kože i nastanak dekubitusa.
42. Dnevno procjenjivati rizik za nastanak dekubitusa.
43. Procjenjivati rizik za nastanak dekubitusa _____ tjedno.
44. Educirati bolesnika i obitelj o mjerama prevencije oštećenja kože.
45. Educirati bolesnika i obitelj o pravilnom postupku s dekubitusnom ranom kod kuće.
46. Obitelji i bolesniku omogućiti edukacijski materijal.

MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Dekubitusna rana cijeli. Na rubovima je rane granulacijsko tkivo.
2. Bolesnik je bez znakova i simptoma infekcije.
3. Bolesnik i obitelj prepoznaju čimbenike rizika za oštećenje kože.
4. Bolesnik i obitelj sudjeluju u provođenju preventivnih mjera.
5. Dolazi do progresije stupnja dekubitusne rane _____ .
6. Pojavili su se znakovi infekcije dekubitusne rane _____ .
7. Bolesnik i obitelj nisu usvojili znanja o zbrinjavanju dekubitusne rane, odbijaju suradnju.

8. Došlo je do pojave novih dekubitusnih rana na _____, °

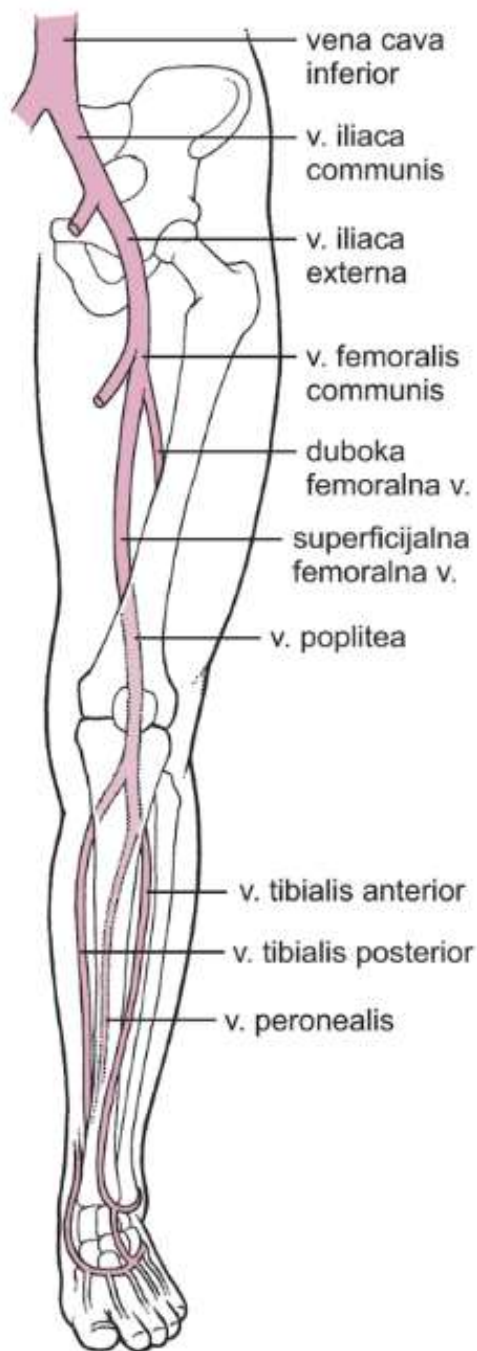
12.3. Tromboza i tromboflebitis

Najčešće bolesti vena jesu tromboza, tromboflebitis i proširenje vena.

Tromboza vena uključuje usporeno strujanje krvi, oštećenje endotela i povećanu sklonost zgrušavanju. Tromboza uvijek uzrokuje upalne promjene u venskoj stijenci, a u tom se slučaju takav proces naziva flebotromboza i tromboflebitis. Flebotromboza je česta u površinskim varikoznim venama nogu, dok se tromboflebitis razvija u dubokim nožnim venama (potkoljenice). Proces u dubokim venama kritičan je potencijalni uzročnik akutne plućne embolije i smrti.

Površinsku flebotrombozu i tromboflebitis liječimo stavljanjem kompresivnog zavoja. Lokalno primjenjujemo i heparinske masti i alkoholne obloge uz povišen položaj donjih ekstremiteta. Analgetike dajemo prema potrebi. Duboki tromboflebitis i trombozu liječimo u bolnici. Duboka venska tromboza (DVT) jest zgrušavanje krvi u dubokim venama udova (obično u bedru ili potkoljenici) (Slika 31.) ili u venama zdjelice. DVT je glavni uzrok plućne embolije. DVT nastaje u stanjima koja pogoršavaju vensku cirkulaciju, dovode do oštećenja i disfunkcije endotela ili u stanjima hiperkoagulabilnosti. DVT može biti asimptomatska ili može izazvati bol i oteklinu ekstremiteta.

Slika 31. Duboke vene



Sl. 81-1. Duboke vene.

Izvor: MSD

Prevenciju tromboembolijskih komplikacija možemo podijeliti na mehaničku i farmakološku. *Mehanička profilaksa* uključuje jedan od najjednostavnijih načina prevencije, a to je podizanje nogu od kreveta za 20° što omogućuje otjecanje krvi iz dubokih vena (Slika 29.). Osim toga, aktivniji način mehaničke prevencije jesu i elastične čarape te vanjska kompresija nogu. Elastične čarape nemaju veliku ulogu u prevenciji komplikacija, ali pravilno postavljene imaju koristi. Međutim oprezan treba biti kod oblačenja kako se ne bi skupile ili naborale te spriječile protok krvi u venama nogu. Metoda prevencije komplikacija nakon operacije jest intermitentna kompresija nogu koja se izvodi napuhivanjem manžeta, ali ju je potrebno primijeniti tijekom te prva 24 sata nakon operacije.

Farmakološka profilaksa uključuje uvođenje NMH (nefrakcionirani heparin). Prednosti su antikoagulacije u prevenciji te ranim i kasnim komplikacijama tromboze u tome što bi trebala nadvladati rizik od krvarenja.

Mjere za sprječavanje usmjerene su poboljšanju cirkulacije. Planiramo, provodimo i potičemo bolesnika (u dogovoru s liječnikom) na:

- vježbe donjih ekstremiteta (pasivne i aktivne)
- vježbe dubokog disanja (povremeno)
- pravilan položaj i često mijenjanje položaja u krevetu
- održavanje osobne higijene
- masaže nogu svaka tri sata i aktivno napinjanje mišića svakih pola sata
- ležanje s povišenim donjim ekstremitetima
- postavljanje elastičnog zavoja (prije operacije ili prije ustajanja)
- poslije operacije ili poroda što ranije ustajanje iz kreveta (najbolji postupak u sprječavanju komplikacija dugotrajnog ležanja)

- profilaktično davanje antikoagulacija (smanjiti hiperkoagulabilnost – pojačano zgrušavanje)

12.4. Respiratorne komplikacije

Smanjena plućna ventilacija ili zastoj sekreta i infekcije posljedice su dugotrajnog mirovanja.

Mjere (usmjerene na održavanje dobre ventilacije pluća) za sprječavanje respiratornih infekcija jesu:

- pravilan položaj (Fowlerov položaj – ako je bolesnik pri svijesti)
- mijenjati položaj svakih 30 minuta do 2 sata
- promatrati izgled i ponašanje, boju kože i sluznica, položaj bolesnika u krevetu
- promatrati vitalne parametre (disanje, puls, temperaturu, tlak, kašalj i iskašljaj)
- educirati / provoditi / poticati bolesnika na vježbe disanja
- educirati / poticati iskašljavanje
- provoditi/održavati osobnu higijenu (pranje, kupanje, masažu)
- educirati i inzistirati o prestanku pušenja (ako je bolesnik sklon pušenju)
- poticati što ranije ustajanje
- održavati / osigurati pravilnu hidraciju
- održavati / osigurati optimalne mikroklimatske uvijete
- provoditi mjere sprječavanja kapljičnih infekcija (nositi zaštitne maske, zabrana posjeta za vrijeme sezonskih kapljičnih infekcija)
- pomagati pri instrumentalnim pretragama, uzimanju uzoraka krvi, iskašljaja i bronhalnih aspirata
- pomagati pri primjeni propisane terapije / sekretolitici, ekspektoransi /.

12.5. Nesvjestica

Nesvjestica (sinkopa, kolaps) je kratkotrajni gubitak svijesti koji se događa naglo, najčešće zbog smanjene opskrbe kisikom mozga /hipoksije / uslijed naglog ustajanja.

Naša je zadaća da spriječimo tu pojavu upozoravajući bolesnika na odgovarajuće postupanje pri ustajanju ili uspravljanju.

Nesvjestica je neprecizan pojam kojim bolesnici opisuju različite slične osjete, uključujući:

- slabost / osjećaj nadolazeće sinkope /
- omaglicu
- osjećaj neravnoteže ili nesigurnosti
- nejasan osjećaj omamljenosti ili pospanosti u glavi

Nesvjestica uzrokuje oko 5 do 6% dolazaka liječniku. Može se pojaviti u bilo kojoj životnoj dobi, ali postaje učestalija starenjem. Pogađa oko 40 % osoba u dobi iznad 40 godina života.

Postupke koje provodimo pri sprječavanju nesvjestice:

- vježbe ekstremiteta
- vježbe dubokog disanja
- promjene položaja u kreveta
- postupno i što ranije prvo ustajanje iz kreveta
- pomoć / nadzor pri ustajanju / prvom ustajanju neizostavno
- edukacija bolesnika vezana uz / prvo / ustajanje i uspravljanje

12.6. Kontrakture

Ograničena pokretljivost / gibljivost zgloba / zglobova u svim ili samo nekim smjerovima uz gubitak njihove funkcije naziva se kontraktura.

Postupci koje provodimo pri sprječavanju kontraktura /ovisno o bolesnikovu stanju:

- pravilan položaj bolesnika / koristimo pomagala za potporanj, za nagib /
- promjene položaja / mijenjamo svaka dva sata /
- vježbe mišića i zglobova / pasivne i aktivno potpomognute vježbe /
- edukacija bolesnika / poticati bolesnika da u način provođenja vježbi /

12.7. Visok rizik za ozljede

Prema Šepec i suradnicima *visok rizik za ozljede* jest prijeteca opasnost od ozljede uslijed interakcije uvjeta u okolini s prilagodbenim i obrambenim mogućnostima pojedinca.

PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. prikupiti podatke o vidu
2. prikupiti podatke o sluhu
3. prikupiti podatke o kvaliteti osjeta (hladno / toplo)
4. procijeniti stanje svijesti (orijentiranost, smetenost, nemir...)
5. prikupiti podatke o mogućnosti samozbrinjavanja
6. prikupiti podatke o korištenju lijekova
7. prikupiti podatke o mogućnostima signalizacije (zvono, uporaba telefona, kontakt hitne pomoći)

8. procijeniti postojanje opasnosti u okolini bolesnika

9. prikupiti podatke o životnim aktivnostima

10. procijeniti rizik za ozljede pomoću Morseove skale za ozljede (Slika 32.): prethodni padovi, druge medicinske dijagnoze, pomagala pri kretanju, stav/premještanje, mentalni status.

Slika 32. Morseova skala za ozljede

MORSEOVA SKALA

- 45 i više bodova: VISOK RIZIK
- 25 do 44 bodova: UMJEREN RIZIK
- 0 do 24 bodova: NIZAK RIZIK

ČIMBENIK RIZIKA	OPIS	BODOVI
Prethodni padovi	DA	25
	NE	0
Druge medicinske dijagnoze	DA	15
	NE	0
Pomagala pri kretanju	Namještaj	30
	Štake, štap, hodalice	15
	Ne koristi pomagala, mirovanje u krevetu, kretanje uz pomoć medicinske sestre / tehničara, invalidska kolica	0
Infuzija	DA	20
	NE	0
Stav / premještanje	Oštećenje (nestabilan, poteškoće pri uspravljanju tijela)	20
	Slab	10
	Normalan, miruje u krevetu, nepokretan	0
Mentalni status	Zaboravlja ograničenja	15
	Orijentiran u odnosu na vlastitu pokretljivost	0

Izvor: Šepec et al., 2011.

KRITIČNI ČIMBENICI

1. prijevoz bolesnika
2. okolinski čimbenici, npr. građevinske prepreke
3. neadekvatna obuća i odjeća
4. kemijski: otrovi, lijekovi, alkohol, kofein, nikotin
5. smanjena sposobnost orijentacije u prostoru
6. pothranjenost
7. glad
8. lijekovi: sedativi, vazodilatatori, antihipertenzivi, diuretici
9. promjene u krvnoj slici – niska razina hemoglobina
10. hipoksija tkiva
11. vrtoglavica
12. dehidracija
13. umor
14. ortostatska hipotenzija
15. poremećaj ravnoteže
16. nesvjestica
17. hipoglikemija
18. amputacija
19. neurološke bolesti

20. senzorna disfunkcija
21. smanjena pokretljivost
22. trudnoća
23. razvojna dob
24. ortopedska pomagala
25. nedostatak spoznaje o ograničenjima
26. odgovor na kirurški zahvat na sedaciju i anesteziju

CILJEVI

1. Bolesnik će znati prepoznati čimbenike koji povećavaju rizik za ozljede.
2. Bolesnik će znati koristiti sigurnosne mjere za sprječavanje ozljeda.
3. Bolesnik će odabrane preventivne mjere za sprječavanje ozljeda demonstrirati.

INTERVENCIJE

1. Upoznati bolesnika s nepoznatom okolinom.
2. Objasniti bolesniku sustav za poziv u pomoć te procijeniti sposobnost bolesnika da ga koristi.
3. Omogućiti siguran prijevoz bolesnika: zaštitne ograde, zakočeni kotači.
4. Osigurati uporabu noćnog svjetla.
5. Poticati bolesnika da traži pomoć tijekom noći.
6. Procijeniti stupanj samostalnosti bolesnika i s njim izraditi plan dnevne aktivnosti.
7. Objasniti bolesniku nuspojave lijekova koji utječu na budnost, vrtoglavicu.
8. Bolesnički krevet spustiti na optimalnu razinu.

9. Omogućiti optimalno osvjetljenje u bolesničkoj sobi.
10. Označiti rub stuba svijetlom bojom.
11. Omogućiti uporabu termometra prilikom kupanja.
12. Upozoriti bolesnika na korištenje slušnog aparata.
13. Objasniti bolesniku da pri ustajanju iz kreveta najprije sjedi u krevetu nekoliko minuta, a potom ustane iz kreveta pridržavajući se za stolicu, štap, štaku.
14. Pomoći bolesniku pri ustajanju.
15. Pomoći bolesniku namjestiti pomagalo.
16. Namjestiti bolesniku pomagalo.
17. Objasniti bolesniku da izbjegava podizanje stvari s poda.
18. Naučiti bolesnika uporabi ortopedskih pomagala: štapa, štaka...
19. Uputiti bolesnika kako se koristiti držačem za ruke.
20. Preporučiti prikladnu obuću i adekvatna pomagala s gumenim podlogama.
21. Pratiti bolesnikovu opću kondiciju, mišićnu snagu i sposobnost obavljanja dnevnih aktivnosti.
22. Ukloniti iz prostora u kojem bolesnik boravi sve nepotrebne stvari.
23. Rasporediti namještaj tako da ne smeta bolesniku.
24. Procijeniti činitelje u okolini koji utječu na bolesnikovo kretanje i s ukućanima napraviti plan potrebnih promjena, pratiti i poticati njihovu realizaciju.
25. Savjetovati ukućane kako povećati nadzor nad bolesnikom.

26. Pomoći u nabavci i primjeni određenih pomoćnih sredstava za kretanje i ostale životne aktivnosti. Objasniti i pokazati njihovu primjenu.
27. Poticati bolesnika na sudjelovanje u izradi plana održavanja fizičke pokretnosti, uravnoteženog odmora i aktivnosti.
28. Poticati bolesnika da provodi preporučene vježbe.
29. Pad dokumentirati u sestrinsku dokumentaciju.
30. Savjetovati bolesnika na redovite kontrole vida i sluha.
31. Držati vrata otvorena osim za vrijeme trajanja izolacije.
32. Učiniti okolinu sigurnom.
33. Nadzirati bolesnika kontinuirano ili po pisanom nalogu liječnika.

MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Bolesnik nabraja i prepoznaje čimbenike koji povećavaju rizik za ozljede (vrti mu se pri ustajanju, zamagli mu se pred očima pri uspravljanju iz sagnutog položaja).
2. Bolesnik koristi sigurnosne mjere za sprječavanje ozljeda, pridržava se za rub kreveta, hoda uza zid.
3. Bolesnik koristi odabrane preventivne mjere za sprječavanje ozljeda, pozove sestru da odmakne infuzijski stalak, traži protukliznu podlogu za tuširanje, ne silazi s kreveta kada je mokar pod.
4. Bolesnik se ne pridržava preporučenih mjera za sprječavanje pada, hodalicu ostavlja daleko od kreveta, sagiba se unatoč preporuci da traži pomoć.
5. Bolesnik je pao _____ - opisati.

13. PALIJATIVNA SKRB

Ljudsko je tijelo hram i kao takvog ga treba održavati i uvijek poštovati.

Hipokrat

Palijativna skrb jest skrb za osobu u cilju očuvanja digniteta i cjelovitosti. Usmjeren je na ublažavanje patnje te očuvanje najbolje moguće kvalitete života sve do smrti.

13.1. Svjetska zdravstvena organizacija o palijativnoj skrbi

Palijativna je skrb pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika (odraslih i djece) i njihovih obitelji koji se suočavaju s problemima povezanim s bolešću opasnom po život. Preveniraju i olakšavaju patnju ranim prepoznavanjem, ispravnom procjenom i liječenjem bola i drugih problema – fizičkih, psihosocijalnih ili duhovnih.

Rješavanje patnje uključuje brigu o problemima izvan fizičkih simptoma. Palijativna skrb koristi timski pristup za podršku bolesnicima i njihovim skrbnicima. To uključuje rješavanje praktičnih potreba i pružanje savjetovanja o žalosti. Nudi sustav podrške koji pomaže bolesnicima da žive što aktivnije do smrti.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, činjenice su vezane za palijativnu skrb:

- Palijativna skrb poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji koji se suočavaju s izazovima povezanim s bolešću opasnom po život, bilo fizičkim, psihičkim, socijalnim ili duhovnim. Poboljšava se i kvaliteta života njegovatelja.
- Svake se godine procjenjuje da 40 milijuna ljudi treba palijativnu skrb; 78 % njih živi u zemljama s niskim i srednjim prihodima.
- Diljem svijeta samo oko 14 % ljudi kojima je potrebna palijativna skrb trenutačno ju i prima.
- Nepotrebno restriktivni propisi za morfij i druge bitne kontrolirane palijativne lijekove uskraćuju pristup odgovarajućoj palijativnoj skrbi.

- Hitno su potrebne odgovarajuće nacionalne politike, programi, resursi i obuka zdravstvenih djelatnika o palijativnoj skrbi kako bi se poboljšao pristup.
- Globalna potreba za palijativnom skrbi nastavit će rasti kao rezultat starenja stanovništva i sve većeg tereta nezaraznih bolesti i nekih zaraznih bolesti.
- Rano pružanje palijativne skrbi smanjuje nepotrebne prijame u bolnicu i korištenje zdravstvenih usluga.
- Palijativna skrb uključuje niz usluga koje pruža niz stručnjaka koji imaju jednako važne uloge:
 - uključujući liječnike, medicinske sestre, pomoćno osoblje, bolničare, farmaceute, fizioterapeute i volontere
 - kao podršku bolesniku i njegovoj obitelji.

Palijativna je skrb izričito prepoznata pod ljudskim pravom na zdravlje. Trebala bi se pružati putem integriranih zdravstvenih usluga usmjerenih na osobu, a koje obraćaju posebnu pozornost na specifične potrebe i sklonosti pojedinaca.

Palijativna je skrb potrebna za širok raspon bolesti. Većina odraslih kojima je potrebna palijativna skrb ima kronične bolesti poput kardiovaskularnih bolesti (38,5 %), raka (34 %), kroničnih bolesti dišnog sustava (10,3 %), AIDS-a (5,7 %) i šećerne bolesti (4,6 %). Mnoga druga stanja mogu zahtijevati palijativnu skrb, uključujući zatajenje bubrega, kroničnu bolest jetre, multiplu sklerozu, Parkinsonovu bolest, reumatoidni artritis, neurološke bolesti, demenciju, kongenitalne anomalije i tuberkulozu otpornu na lijekove.

Bol i otežano disanje dva su najčešća i najozbiljnija simptoma s kojima se susreću bolesnici kojima je potrebna palijativna skrb. Na primjer, 80 % pacijenata s AIDS-om ili rakom te 67 %

bolesnika s kardiovaskularnim bolestima ili kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću na kraju će života osjetiti umjerenu do jaki bol. Opioidi su neophodni za kontrolu bola.

Opioidi također mogu ublažiti druge uobičajene uznemirujuće fizičke simptome uključujući nedostatak zraka. Kontrola takvih simptoma u ranoj fazi etička je dužnost za ublažavanje patnje i poštovanje dostojanstva osobe.

Svake godine procjenjuje se da 40 milijuna ljudi treba palijativnu skrb, od kojih 78 % živi u zemljama s niskim i srednjim prihodima. Što se tiče djece, 98 % onih kojima je potrebna palijativna skrb živi u zemljama s niskim i srednjim dohotkom, a gotovo polovica njih živi u Africi.

Širom svijeta potrebno je prevladati niz značajnih prepreka kako bi se odgovorilo na nezadovoljenu potrebu za palijativnom skrbi:

- nacionalne zdravstvene politike i sustavi često uopće ne uključuju palijativnu skrb;
- obuka o palijativnoj skrbi za zdravstvene djelatnike često je ograničena ili nepostojeća;
- pristup stanovništva opioidnim lijekovima protiv bolova nije odgovarajući i ne ispunjava međunarodne konvencije o pristupu osnovnim lijekovima.

Ostale prepreke palijativnoj skrbi uključuju:

- nedostatak svijesti među kreatorima politika, zdravstvenim radnicima i javnosti o tome što je palijativna skrb i prednostima koje ona može ponuditi bolesnicima i zdravstvenim sustavima;
- kulturne i društvene barijere kao što su uvjerenja o smrti i umiranju;
- zablude o palijativnoj skrbi – da je ona samo za bolesnike s rakom ili za posljednje tjedne života;

- zablude da će poboljšanje pristupa opioidnoj analgeziji dovesti do povećane zlouporabe tvari.

Palijativna skrb najučinkovitija je kada se razmotri u ranoj fazi bolesti. Rana palijativna skrb ne samo da poboljšava kvalitetu života pacijenata već smanjuje nepotrebne hospitalizacije i korištenje zdravstvenih usluga.

U sklopu višedisciplinarnih timova potrebno je osposobiti radnu snagu za palijativne vještine njege, posebno onih koji rade s bolesnicima s teškim bolestima. Pružanje palijativne skrbi treba smatrati etičkom dužnosti zdravstvenih djelatnika.

13.2. SPIKES protokol za priopćavanje loše vijesti

SPIKES protokol ima četiri cilja:

- prikupljanje informacija od bolesnika
- prenošenje medicinske informacije
- pružanje podrške bolesniku
- pridobivanje suradnje bolesnika u izradi strategije ili tretmana za budućnost.

Prema Baileu šest koraka SPIKES-a uključuje:

Okruženje [S – Setting]

- osiguranje privatnosti
- uključite druge bolesniku značajne osobe
- sjednite
- uspostavite kontakt i bliskost s bolesnikom
- upravljajte vremenskim ograničenjima i prekidima

Percepcija stanja/ozbiljnosti [P – Perception of condition/seriousness]

- odredite što bolesnik zna o svom zdravstvenom stanju i/ili na što sumnja
- utvrdite bolesnikovu razinu razumijevanja
- prihvatite poricanje i ne suprotstavljajte se poricanju u ovoj fazi

Bolesnikov poziv da ga se informira [I – Invitation from the patient to give information]

- pitajte bolesnika želi li znati detalje svog zdravstvenog stanja i/ili liječenja
- prihvatite pravo bolesnika da ne sazna
- ponudite da mu kasnije odgovorite na pitanje, ako to želi

Znanje: iznošenje medicinskih činjenica [K- Knowledge: giving medical facts]

- koristite jezik razumljiv bolesniku
- uzmite u obzir razinu obrazovanja, sociokulturnu pozadinu, trenutačno emocionalno stanje
- pružajte informacije u malim komadićima
- provjerite je li bolesnik shvatio ono što ste mu rekli
- odgovorite na reakcije bolesnika ako se pojave
- najprije iznesite bilo koji pozitivan aspekt, npr. rak se nije proširio na limfne čvorove, visoko je osjetljiv na terapiju, liječenje je dostupno u lokalnoj bolnici itd.
- precizno iznesite činjenice o mogućnostima liječenja, prognozi, troškovima i sl.

Istražite emocije i suosjećanje [E – Explore Emotions and sympathize]

- pripremite se odgovoriti s empatijom
- prepoznajte emocije koje bolesnik izražava (tuga, šutnja, zaprepaštenost i sl.)

- otkrijte uzrok / izvor emocija
- dajte bolesniku vremena da izrazi svoje osjećaje, a zatim odgovorite na način koji pokazuje da ste prepoznali vezu između 1. i 2.

Strategija i sažetak [S – Strategy and Summary)

- zaključite razgovor
- pitajte žele li da im se pojasni što drugo
- ponudite sljedeći sastanak

13.3. Područja palijativne skrbi vezana uz bolest i žalovanje

Palijativnu skrb pružaju višedisciplinarni timovi stručnih osoba i volontera nastojeći da se ta skrb temelji na individualnim potrebama i osobnom izboru te da osobi na kraju života osigura slobodu od bolova, dostojanstvo, mir i staloženost.

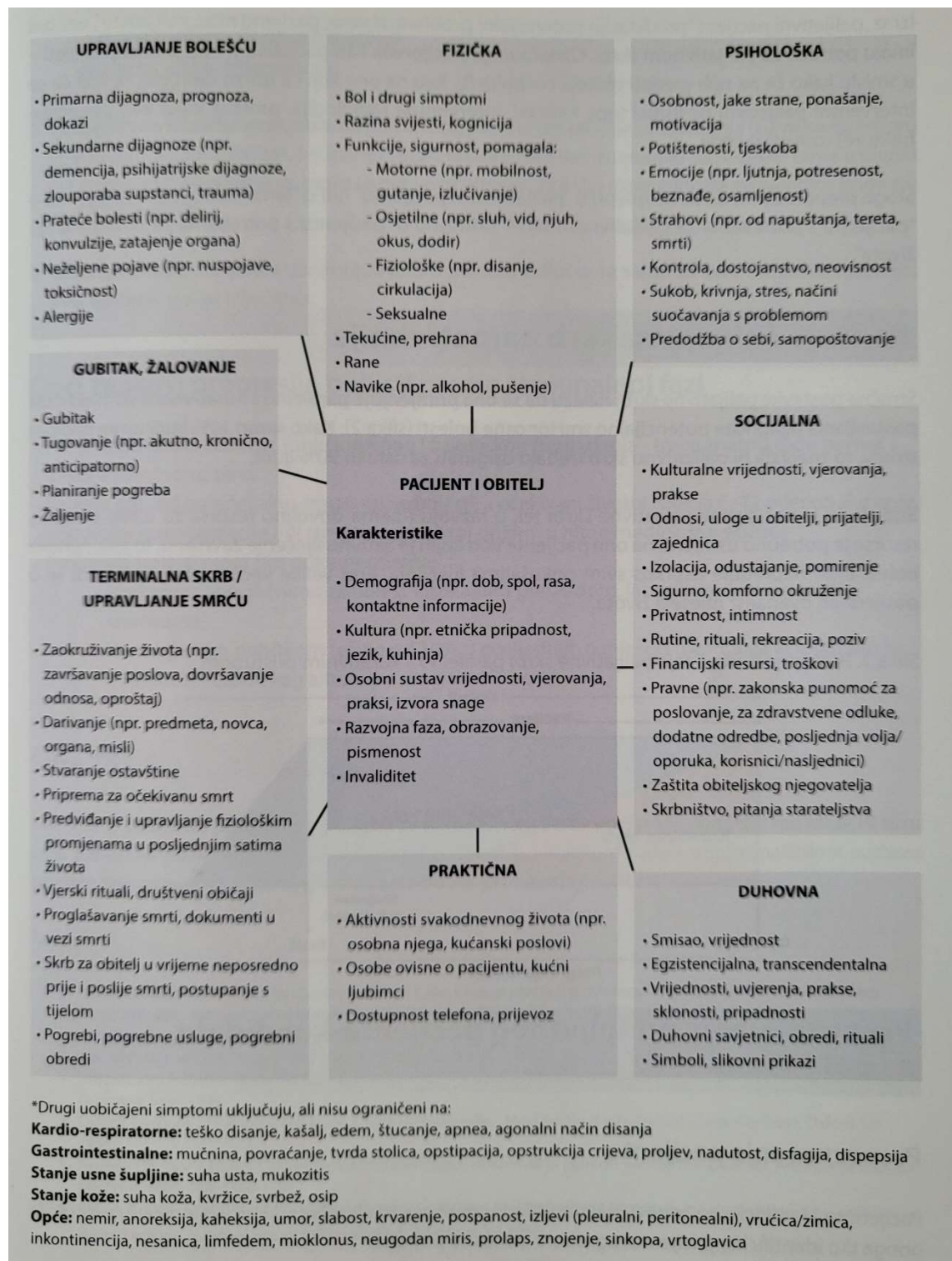
Vijeće Europe i Nacionalni savjetodavni komitet za palijativnu skrb dali su popis zahtjeva za osobljem u službama specijalističke palijativne skrbi. Prema tom popisu osim medicinskih sestara i liječnika, sljedeći stručnjaci trebaju biti dostupni u punom radnom vremenu, u dijelu radnog vremena ili u redovito vrijeme:

- socijalni radnici
- stručnjaci vješti u psihosocijalnoj podršci
- odgovarajući broj uredskih radnika, administratora i uredskih pomoćnika
- **fizioterapeuti**
- stručnjaci vješti podršci u žalovanju
- koordinatori za duhovnu skrb
- koordinatori za volontere

- duhovnici
- stručnjaci za skrb o ranama
- stručnjaci za limfedem
- radni terapeuti
- logopedi
- dijetetičari
- ljekarnici
- terapeuti za komplementarne terapije
- treneri/predavači
- knjižničari.

Model za usmjeravanje skrbi za bolesnika i obitelj izgrađen je na premisi da je skrb terapijska intervencija formalnih i neformalnih njegovatelja s namjerom da promijeni iskustvo pacijenata kao dijela obiteljskih jedinica dok žive sa svojom bolešću i žalovanjem i prolaze kroz njih (Slika 33.).

Slika 33. Model za usmjeravanje skrbi povezane s bolešću i žalovanjem



Izvor: Ferris et al., 2002.

Kroz taj proces nastoji se odgovoriti na očekivanja, potrebe, nade i strahove koje bolesnici i obitelji razvijaju dok se suočavaju s mnogim problemima koji su manifestacije i teškoće koje stvara temeljna bolest ili stanje.

13.4. Žalovanje

Prema Šepec i suradnicima *žalovanje* je emocionalno stanje koje se pojavljuje kod pojedinca kao odgovor na mogući ili stvarni gubitak.

PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. prikupiti podatke o emocionalnom stanju bolesnika
2. procijeniti fazu žalovanja
3. prikupiti podatke o fizičkom i psihičkom stanju
4. prikupiti podatke o prijašnjim žalovanjima
5. prikupiti podatke o metodama sučeljavanja sa žalovanjem
6. procijeniti odnose s drugima
7. procijeniti postojanje nefunkcionalnog žalovanja

KRITIČNI ČIMBENICI

1. gubitak bliske osobe
2. bolest bliske osobe
3. gubitak vlastite psihološke ili fizičke stabilnosti
4. gubitak osjećaja cjelovitosti tijela
5. gubitak osjećaja vlastite sigurnosti

OBILJEŽJA ŽALOVANJA

1. bolesnik izražava gubitak
2. osjećaj tuge
3. plakanje

4. osjećaj krivnje
5. ljutnja
6. depresija
7. poricanje
8. strah
9. osjećaj bespomoćnosti
10. promjene u stilu života
11. promjene u aktivnosti
12. promjene u komunikaciji
13. promjene u doživljaju stvarnosti

CILJEVI

1. Bolesnik će izraziti svoje osjećaje.
2. Bolesnik će razviti odgovarajuće mehanizme suočavanja s gubitkom.

INTERVENCIJE

1. stvoriti profesionalan empatijski odnos s bolesnikom
2. poticati bolesnika na suočavanje s gubitkom
3. potaknuti bolesnika da verbalizira svoje osjećaje
4. osigurati privatnost
5. pružiti podršku bolesniku
6. podučiti bolesnika metodama distrakcije
7. savjetovati bolesniku uključivanje u grupe za podršku
8. omogućiti česte posjete bolesniku
9. potaknuti bližnje da sudjeluju u skrbi za bolesnika
10. uključiti religijsku – duhovnu pomoć prema želji bolesnika

11. omogućiti psihijatrijsku skrb
12. omogućiti psihološku podršku
13. omogućiti skrb volonterskih udruga

MOGUĆI ISHODI

1. Bolesnik izražava svoje osjećaje.
2. Bolesnik se primjereno suočava sa žalovanjem.
3. Bolesnik se nefunkcionalno suočava sa žalovanjem.

PRILOZI

VELEUČILIŠTE „LAVOSLAV RUŽIČKA“ U VUKOVARU

ODJEL ZA ZDRAVSTVENE STUDIJE

DNEVNIK KLINIČKE PRAKSE

_____ ,
akademska godina 20_____ / 20_____

Nositelj kolegija: **doc. dr. sc. Agneza Aleksijević**

Ime i prezime studenta: _____

OIB, adresa prebivališta: _____

Mentor kliničke prakse _____

Ustanova _____

Potpis studenta:

ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE; Sekundarna zdravstvena zaštita (specijalističko konzilijarna zdravstvena zaštita, stacionarna zdravstvena zaštita, hitni objedinjeni prijam pacijenata, organizacija rada službi-odjela-klinika)

PRIJAM, PREMJEŠTANJE I OTPUST BOLESNIKA; Prijam bolesnika u bolnicu; Premještanje bolesnika; Otpust bolesnika;

OSNOVNE LJUDSKE POTREBE: Pomoć bolesniku pri disanju; Pomoć bolesniku pri uzimanju hrane i tekućine; Pomoć bolesniku pri eliminaciji; Pomoć bolesniku pri kretanju; Pomoć bolesniku pri odmoru i spavanju; Pomoć bolesniku pri odijevanju; Pomoć bolesniku pri održavanju normalne tjelesne temperature; Pomoć bolesniku pri održavanju osobne higijene; Pomoć bolesniku pri izbjegavanju opasnosti-očuvanju sigurnosti; Pomoć bolesniku pri komunikaciji s drugima; Pomoć bolesniku pri prakticiranju vlastite religije; Pomoć bolesniku pri radu; Pomoć bolesniku pri rekreativnim aktivnostima; Pomoć bolesniku pri učenju

OPĆI POSTUPCI SPRJEČAVANJA HOSPITALNIH INFEKCIJA: Pranje ruku; Organizacija rada jedinice za centralnu sterilizaciju(sterilizacija, kontrola sterilizacije, dezinfekcija); Organizacija rad operacijskih sala (zaštitna odjeća i obuća); Izolacija na odjelu;

RAD U SLUŽBI-ODJELU-KLINICI; Komunikacija s bolesnikom i zdravstvenim djelatnicima; Vođenje Medicinske dokumentacije (Sestrinske dokumentacije); BIS-Bolnički informacijski sustav; Praćenje i bilježenje vitalnih znakova kod bolesnika na temperaturnu listu (Tjelesna temperatura, Disanje, Bilo-Puls, arterijski i krvni tlak; Praćenje i bilježenje tjelesnih izlučina u temperaturnu listu (Mokraća, Stolica, Povraćanje, Iskašljaj, Slina, Znoj) Primjena lijekova (oblici lijekova, doza lijeka, pohrana lijekova)

SKRB ZA ODRŽAVANJE INTEGRITETA KOŽE; njega kože-higijena; procjena stanja kože(koža-sluznice, kosa, nokti, zubi); zbrinjavanje zdrave kože (kupanje, perinealna higijena, brijanje, higijena usne šupljine, njega nosne šupljine, njega uha, skrb za nokte na rukama, skrb za stopala, skrb za kosu)

SKRB ZA BOLESNIKA S KOGNITIVNO PERCEPTIVNIM TEŠKOĆAMA; Skrb za bolesnika s oštećenjem sluha; Skrb za bolesnika s oštećenjem vida; Skrb za bolesnika s kognitivnim deficitom

SKRB ZA STARE OSOBE; Zdravstveni poremećaji u starih ljudi (osteoporoza, padovi, problemi vida i sluha, problem psihičkog funkcioniranja-anksioznost i depresija, inkontinencija mokrenja i stolice, cerebrovaskularni inzult, jatrogena oštećenja potaknuta primjenom lijekova, dijagnostičkim postupcima, medicinskim postupcima

PALIJATIVNA SKRB; Komunikacija s umirućim bolesnikom i obitelji umirućeg, Skrb za umirućeg bolesnika

Tematska cjelina	Sati planirano	Sati urađeno	Potpis mentora
ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	1		
PRIJAM, PREMJEŠTANJE I OTPUST BOLESNIKA	1		
OSNOVNE LJUDSKE POTREBE	1		
OPĆI POSTUPCI SPRJEČAVANJA HOSPITALNIH INFEKCIJA	1		
RAD U SLUŽBI-ODJELU-KLINICI	7		
SKRB ZA ODRŽAVANJE INTEGRITETA KOŽE	1		
SKRB ZA BOLESNIKA S KOGNITIVNO PERCEPTIVNIM TEŠKOĆAMA	1		
SKRB ZA STARE OSOBE	1		
PALIJATIVNA SKRB	1		
Ukupno sati	15		

ISHODI

- Procijeniti proces sestrinske skrbi
- Sudjelovati pri utvrđivanju prioriteta i ciljeva sestrinske skrbi
- Sudjelovati u prijemu, premještaju i otpustu korisnika prema standardima
- Analizirati planirane postupke u zdravstvenoj njezi
- Primijenit će aseptičke uvjete u radu
- Zbrinut će korisnika na osnovi procjene njegovih osnovnih potreba, poštujući njegovo dostojanstvo i sigurnost
- Objasniti bolesniku svaku planiranu sestrinsku intervenciju (komunikacija).
- Sudjelovat će kod medicinsko-sestrinskih postupaka (promatranje izgleda bolesnika, mjerenje vitalnih funkcija, primjena lijekova, izvođenje klizme i kateterizacije mokraćnoga mjehura)
- Sudjelovati u uzimanju bioloških uzoraka za laboratorijsku analizu
- Sudjelovati u planiranju mjera i postupaka edukacije korisnika
- Sudjelovati u planiranju materijalnih i drugih resursa.
- Primijeniti ortopedska pomagala i preporučiti ista
- Sudjelovati u edukaciji bolesnika i obitelji

TRAJANJE 15 sati

ZAPAŽANJE MENTORA:

Ovjera uredno izvršenih obveza studenta:

Mentor

ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE; Sekundarna zdravstvena zaštita (specijalističko konzilijarna zdravstvena zaštita, stacionarna zdravstvena zaštita, hitni objedinjeni prijam pacijenata, organizacija rada službi-odjela-klinika)

Upute: Zdravstvena zaštita se provodi u jedinstvenom sustavu zdravstvene djelatnosti primjenom mjera primarne, specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite. Trebate navesti vrste ustanova na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini. Opišite ustanovu u kojoj obavljate praksu.

Opis:

PRIJAM, PREMJEŠTANJE I OTPUST BOLESNIKA; Prijam bolesnika u bolnicu; Premještanje bolesnika; Otpust bolesnika;

Ukratko dajte osnovne informacije o prijamu, premještaju i otpustu bolesnika.

Opis:

OSNOVNE LJUDSKE POTREBE: Pomoć bolesniku pri disanju; Pomoć bolesniku pri uzimanju hrane i tekućine; Pomoć bolesniku pri eliminaciji; Pomoć bolesniku pri kretanju; Pomoć bolesniku pri odmoru i spavanju; Pomoć bolesniku pri odijevanju; Pomoć bolesniku pri održavanju normalne tjelesne temperature; Pomoć bolesniku pri održavanju osobne higijene; Pomoć bolesniku pri izbjegavanju opasnosti-očuvanju sigurnosti; Pomoć bolesniku pri komunikaciji s drugima; Pomoć bolesniku pri prakticiranju vlastite religije; Pomoć bolesniku pri radu; Pomoć bolesniku pri rekreativnim aktivnostima; Pomoć bolesniku pri učenju

Ukratko dajte osnovne informacije o definiciji Virginie Henderson koja je temelji zdravstvenu njegu na osnovnim ljudskim potrebama. Prikupljaju li medicinske sestre podatke od bolesnika i unose li ih u sestrinsku dokumentaciju.

Opis:

POSTUPCI SPRJEČAVANJA HOSPITALNIH INFEKCIJA: Pranje ruku; Organizacija rada jedinice za centralnu sterilizaciju (sterilizacija, kontrola sterilizacije, dezinfekcija); Organizacija rad operacijskih sala (zaštitna odjeća i obuća); Izolacija na odjelu;

Ukratko dajte osnovne informacije o tome kakvi su pisani protokoli o Pranju ruku i Izolaciji. Zašto ih provodimo i na koji način ih provode u ustanovi gdje obavljate praksu. Ukratko dajte informacije kako je organiziran rad u centralnoj sterilizaciji i operacijskim salama i kako koriste zaštitnu odjeću i obuću.

Opis:

RAD U SLUŽBI-ODJELU-KLINICI; Komunikacija s bolesnikom i zdravstvenim djelatnicima;
Vođenje Medicinske dokumentacije (Sestrinske dokumentacije); BIS-Bolnički informacijski sustav;
Praćenje i bilježenje vitalnih znakova kod bolesnika na temperaturnu listu (Tjelesna temperatura, Disanje, Bilo-Puls, arterijski i krvni tlak; Praćenje i bilježenje tjelesnih izlučina u temperaturnu listu (Mokraća, Stolica, Povraćanje, Iskašljaj, Slina, Znoj) Primjena lijekova (oblici lijekova, doza lijeka, pohrana lijekova)

Ukratko dajte osnovne informacije o značaju komunikacije u zdravstvenoj ustanovi u kojoj obavljate stručnu praksu, o značaju dokumentiranja postupaka i prikupljanju i čuvanju podataka.

Ukratko dajte osnovne informacije o značaju vrijednosti vitalnih znakova, tjelesnih izlučina i primjeni lijekova.

Opis:

SKRB ZA ODRŽAVANJE INTEGRITETA KOŽE; njega kože-higijena; procjena stanja kože(koža-
sluznice, kosa, nokti, zubi); zbrinjavanje zdrave kože (kupanje, perinealna higijena, brijanje,
higijena usne šupljine, njega nosne šupljine, njega uha, skrb za nokte na rukama, skrb za stopala,
skrb za kosu)

Koja je svrha skrbi za integritet kože i dajte par primjera iz ustanove u kojoj obavljate stručnu praksu.

Opis:

KRB ZA BOLESNIKA S KOGNITIVNO PERCEPTIVNIM TEŠKOĆAMA; Skrb za bolesnika s oštećenjem sluha; Skrb za bolesnika s oštećenjem vida; Skrb za bolesnika s kognitivnim deficitom

Ukratko navedite vlastita zapažanja (probleme, preporuke, ostala zapažanja).

Opis:

KRB ZA STARE OSOBE; Zdravstveni poremećaji u starih ljudi (osteoporoza, padovi, problemi vida i sluha, problem psihičkog funkcioniranja-anksioznost i depresija, inkontinencija mokrenja i stolice, cerebrovaskularni inzult, jatrogena oštećenja potaknuta primjenom lijekova-lijagnostičkim postupcima- medicinskim postupcima)

Ako ste bili prisutni, ili sami davali savjete ukratko napišite vaša zapažanja.

Opis:

PALIJATIVNA SKRB; Komunikacija s umirućim bolesnikom i obitelji umirućeg, Skrb za umirućeg bolesnika,

Ako ste bili prisutni, ili sami davali savjete ukratko napišite vaša zapažanja.

Opis:

UVODNE ODREDBE

Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije (u daljnjem tekstu: Kodeks) utvrđuje načela i pravila ponašanja kojih su se, radi očuvanja dostojanstva i ugleda fizioterapeuskog poziva i djelatnosti, svi članovi Hrvatske komore fizioterapeuta (u daljnjem tekstu: Komora) uvijek dužni pridržavati pri obavljanju poslova iz svoje djelatnosti kao i u privatnom životu.

Načela i principi ovoga Kodeksa koji se trebaju pridržavati fizioterapeuti na odgovarajući način se primjenjuju i na fizioterapeutske tehničare i masere-kupeljare članove Komore. Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije određuje značaj i ulogu fizioterapeuta u zdravstvu i društvu općenito. On daje napredne smjernice za razvoj struke.

Namijenjen je pravilnom usmjeravanju u pogledu odgovornog i profesionalnog bavljenja fizioterapeutskom djelatnošću te pravilnog i etičkog ponašanja u odnosu s ostalim strukama u zdravstvu i društvu općenito.

Uvažavajući svrhu, cilj, načela kao i korelaciju s drugim pozitivnim propisima RH, Kodeks nudi sveobuhvatne upute, pravila i načela generalno primjenjiva na profesionalno i etično ponašanje članova Komore, kako u obavljanju svoje djelatnosti tako i općenitog postupanja i ponašanja fizioterapeuta u društvu.

NAČELA FIZIOTERAPEUTSKE ETIKE I DEONTOLOGIJE I.

OPĆA NAČELA

1. Fizioterapeut je dužan savjesno ispunjavati dužnosti koje proizlaze iz fizioterapeuskog poziva i čuvati ugled i dostojanstvo fizioterapije pri obavljanju poziva i u privatnom i društvenom životu.

2. Fizioterapeut se ne smije prihvatiti i obavljati poslove koji nisu spojivi s njegovim pozivom i koji bi mogli štetiti njegovoj nezavisnosti i dobrom glasu te časti i ugledu fizioterapeutske profesije.
3. Fizioterapeut se obvezuje da će pružiti uslugu bolesniku / klijentu isključivo ako ima sve potrebne dozvole za rad i dozvole o pružanju usluga iz svoje djelatnosti sukladno pozitivnim propisima u Republici Hrvatskoj.
4. Fizioterapeut treba obnavljati, proširivati i usavršavati svoje stručne kompetencije
5. Pri obavljanju svoje djelatnosti fizioterapeut je dužan poštovati prava bolesnika / klijenta i sačuvati svoju samostalnost.
6. U svojim nastupima, podnescima, govorima i drugim radnjama te općenito društvenim javnim ili privatnim istupima član Komore treba voditi računa o zahtjevima profesionalne i opće kulture.
7. Suradnja s nadri liječnicima i nadri liječništvom u suprotnosti je s dostojanstvom fizioterapeuta i teža povreda fizioterapeutske struke.
8. Obavljanje poslova, koje prema propisima smiju obavljati samo osobe fizioterapeutske struke, fizioterapeut ne smije delegirati na osobe koje za to nisu ovlaštene.
9. Član Komore dužan je pridržavati se propisa propisanih u Zakonu o fizioterapeutskoj djelatnosti, Statutu Komore i ostalim podzakonskim propisima koje donose Tijela Komore.
10. Član Komore je dužan zastupati i podržavati stavove koje su usvojili fizioterapeuti preko tijela komore, a naročito kada se obraća javnosti i u medijima.
11. Član Komore dužan je poštivati sve opće akte Komore i sve druge odluke i upute Komore i na vrijeme ispunjavati sve obveze prema Komori, uključujući i materijalne obveze koje ima prema Komori.
12. Svaki član Komore dužan je čuvati ugled i čast svoje profesije tako da ima pravo predlagati Tijelima Komore primjedbe, prijedloge, sugestije, ideje za unapređenje struke i razvoj Komore,

a Tijela Komore su dužna razmotriti iste primjedbe, prijedloge, sugestije, ideje i o istome donijeti odluku te obavijestiti člana Komore. Član Komore dužan je poštivati i provoditi pravovaljane odluke i stavove koje su donijela Tijela Komore većinom glasova. Nepodmirivanje materijalnih obaveza prema Komori predstavlja težu povredu dužnosti i ugleda fizioterapeutske djelatnosti

13. Član komore, uz prethodno dobivenu pisanu ovlast od Komore, ima dužnost posredovati u ime fizioterapeuta kod određenih tijela ili pravnih osoba koje obavljaju javnu službu u Republici Hrvatskoj a sukladno članku 23. stavku 2. Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti te članku 2. stavku 2., članku 8. stavku 2., članku 9. stavku 3. točke 11. te članku 35, stavka 1. točke 2. Statuta Hrvatske komore fizioterapeuta.

14. Protivi se časti i ugledu fizioterapeutske profesije svaka nelojalnost u poslovanju a osobito:
- posredovanje u ime fizioterapeuta a da nema ovlasti Komore iz točke 13. ovog Kodeksa 3

- svako uvredljivo ponašanje u pisanim ili usmenim kontaktima s Komorom - davanje netočnih podataka prilikom ućlanjenja u Komoru, davanje lažne i/ili krivotvorene dokumentacije iz koje proizlazi npr. krivotvorenje obaveznog pripravničkog staža i/ili druge nezakornitosti i nepravilnosti; - lažno predstavlanje fizioterapeuta te dovođenje pacijenata u zabludu lažno prezentirajući vještine i kompetencije koje fizioterapeut ne posjeduje; - nedostavljanje podataka/oćitovanja na zahtjev tijela Komore - javni istupi kojima se iznose osobni stavovi u svezi odluka i akata koje su donijela tijela Komore

II. ODNOS PREMA KOMORI

15. Izbor u bilo koje tijelo Komore je čast za svakog člana Komore, pa on ne može otkloniti izbor osim ako mu zdravstveno stanje ili naročito opravdane i objektivne okolnosti ne dopuštaju rad u tim tijelima.

16. Član Komore je dužan savjesno ispunjavati sve svoje obveze prema Komori te poštivati i čuvati ugled Komore i pridonositi njenom uspješnom funkcioniranju.

17. Svaki član Komore Hrvatsku komoru fizioterapeuta smatrat će svojom stručnom maticom, čuvajući i promičući njezin ugled, u struci, i u široj javnosti.

18. Ako član Komore smatra da postoji bilo kakva nepravilnost u radu i funkcioniranju Komore ima pravo i dužnost pokrenuti za to odgovarajuće postupke pred nadležnim tijelima u Komori.

19. Član Komore o kojemu se u sredstvima javnog priopćavanja piše ili govori na način koji je protivan odredbama Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti, Statuta ili Kodeksa i time nanosi šteta ugledu fizioterapeutske profesije, dužan je reagirati tako da se na prikladan način javno ogradi od takvog izvješćivanja.

III. ODNOS PREMA BOLESNIKU

20. Fizioterapeut je dužan pružiti svu svoju stručnost, znanje, umijeće i vještine te savjesno i odgovorno pristupiti obavljanju fizioterapeutske profesije bolesniku kao profesionalni, neovisni i samostalni zdravstveni stručnjak.

21. Fizioterapeut je dužan pružiti svoju profesionalnu pomoć svakom bolesniku bez obzira na državljanstvo i prebivalište te neovisno o rasi, boji kože, spolu, jeziku, vjeri, političkom ili drugom uvjerenju, nacionalnom ili socijalnom podrijetlu, imovini, rođenju, naobrazbi, društvenom položaju ili drugim osobinama.

22. U obavljanju svojih fizioterapeutskih usluga i odnosu s bolesnikom, fizioterapeut se u potpunosti mora pridržavati načela fizioterapeutske etike propisanih ovim Kodeksom.

IV. ODNOS PREMA DRUGIM STRUKAMA

23. U obavljanju svoje fizioterapeutske djelatnosti, fizioterapeut iskazuje dužno poštovanje prema ostalim zdravstvenim profesionalcima, te pazi da u svom radu ne prelazi granice svoje nadležnosti i kompetencije te ne ulazi u područje rada i nadležnosti drugih zdravstvenih radnika.

24. Fizioterapeut ima pravo i dužnost ravnopravno u timu sudjelovati u skrbi bolesnika iz svog djelokruga rada te svojim držanjem i ponašanjem savjesno pružati usluge fizikalne terapije a sve u skladu s odredbama Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti, Standardima u fizioterapijskoj praksi, Pravima bolesnika / klijenta u fizikalnoj terapiji i ostalim pozitivnim propisima u Republici Hrvatskoj

V. POŠTIVANJE PRAVA I DOSTOJANSTVA SVAKE OSOBE

25. Fizioterapeut poštuje prava i dostojanstvo svake osobe. Sve osobe koje traže usluge fizioterapeuta imaju pravo na uslugu, bez obzira na državljanstvo i prebivalište te neovisno o rasi, boji kože, spolu, jeziku, vjeri, političkom ili drugom uvjerenju, nacionalnom ili socijalnom podrijetlu, imovini, rođenju, naobrazbi, društvenom položaju ili drugim osobinama.

26. Bolesnici / klijenti imaju pravo na;

- uslugu visoke kvalitete - informaciju - informirani pristanak - povjerljivost 5
- pristup podacima iz fizioterapeutskog kartona - zdravstvene upute - izabrati tko ima pravo dobiti informacije o njegovu zdravstvenom stanju

VI. PRIDRŽAVANJE ZAKONA I REGULATIVE PRILIKOM OBAVLJANJA FIZIKALNE TERAPIJE U REPUBLICI HRVATSKOJ

27. Fizioterapeut se pri obavljanju fizikalne terapije pridržava Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti, propisa koje donosi Hrvatska komora fizioterapeuta, te ostalih zakona u zdravstvu i pozitivnih propisa u Republici Hrvatskoj

VII. PRIHVATANJE ODGOVORNOSTI ZA ISPRAVNE POSTUPKE U FIZIKALNOJ TERAPIJI

28. Fizioterapeuti prihvaćaju odgovornost za ispravne postupke u procjeni bolesnika.
29. Fizioterapeuti su profesionalno neovisni i samostalni stručnjaci.
30. Fizioterapeut radi neovisnu procjenu prilikom pružanja usluge za koje posjeduje znanje i vještine, a za koje ga se može držati odgovornim.
31. Za svaki pojedinačni pristanak za uslugu, fizioterapeuti se obvezuju napraviti prikladnu fizioterapijsku procjenu/evaluaciju i prognozu funkcionalnog stanja.
32. Na temelju dijagnoze i drugih važnih informacija o bolesniku / klijentu, naročito bolesnikovim / klijentovim ciljevima, fizioterapeuti planiraju i primjenjuju fizioterapiju.
33. Kada su ciljevi postignuti ili daljnji napredak nije moguće ostvariti, fizioterapeuti bi trebali informirati bolesnika, te ga otpustiti s fizioterapije.

34. Kada dijagnoza nije jasna ili intervencija/liječenje nije u djelokrugu rada fizioterapeuta, fizioterapeut bi trebao informirati bolesnika i uputiti ga drugom kvalificiranom stručnjaku.

35. Fizioterapeuti će se konzultirati s odgovarajućim medicinskim praktičarima ako program tretmana ili nastavak programa nije u skladu s prognozom fizioterapeuta.

36. Fizioterapeut ima pravo odbiti tretman ili intervenciju kad njihov tretman nije u najboljem interesu bolesnika, ako bolesnik svjesno ne surađuje s fizioterapeutom i/ili ignorira upute fizioterapeuta ili se s njima ne slaže.

VIII. OSIGURANJE ČASNE, KOMPETENTNE I PRAVEDNE USLUGE

37. Fizioterapeuti osiguravaju stručnu i prikladnu profesionalnu uslugu.

38. Fizioterapeuti trebaju informirati bolesnika / klijenta o prirodi usluge koja mu se pruža.

39. Fizioterapeuti poduzimaju kontinuirane planske aktivnosti u svrhu osobnog razvoja kako bi zadržali profesionalno znanje i vještine fizioterapeuta.

40. Fizioterapeuti vode evidenciju o bolesniku / klijentu kako bi mogli pratiti stanje bolesnika i vrjednovati učinak vlastitog rada.

41. Fizioterapeuti trebaju voditi adekvatnu evidenciju provedenih usluga koje bi trebale biti dostupne svim zdravstvenim djelatnicima koji sudjeluju u timskom radu.

42. Fizioterapeuti ne smiju dopustiti da se njegove usluge zloupotrebljavaju.

IX. OSIGURANJE KVALITETNE USLUGE

43. Fizioterapeuti se obvezuju na pružanje kvalitetnih usluga.

44. Glavni fizioterapeut (ili u nekim ustanovama nosi naziv: odgovorni fizioterapeut ili voditelj fizioterapeut ili koordinator fizioterapeut) je dužan organizirati upravljanje u jedinici fizikalne terapije sukladno Standardima u fizikalnoj terapiji i organizirati kontrolu kvalitete u jedinici fizikalne terapije.

45. Za organizaciju upravljanja u jedinici fizikalne terapije treba postojati pisani propis.

46. Fizioterapeuti trebaju biti upoznati i pridržavati se utvrđenih Standarda u fizioterapijskoj praksi i poduzetih aktivnosti koje mjere usklađenost prakse sa standardima.

47. Fizioterapeuti trebaju pratiti i primjenjivati sve propise i procedure koje donosi Hrvatska komora fizioterapeuta

48. Fizioterapeuti trebaju sudjelovati u trajnoj edukaciji kako bi održali temeljno znanje i stekli nova znanja.

49. Fizioterapeuti bi trebali podržavati istraživanje koje pridonosi poboljšanju usluga pruženih bolesniku / klijentu

50. Fizioterapeuti trebaju podržavati kvalitetnu edukaciju na akademskoj i kliničkoj razini.

51. Fizioterapeuti angažirani u istraživanju trebaju ostati vjerni važećim pravilima i propisima koje se primjenjuju u istraživanju te osigurati;

- pristanak osobe

- povjerljivost osobe

- sigurnost i dobrobit osobe

- odsustvo prijevare i plagijata

- puno očitovanje podrške

- da se bilo kakva kršenja pravila prijave nadležnim institucijama

52. Fizioterapeuti bi trebali svoje rezultate istraživanja objavljivati, posebno u časopisima i na kongresima/konferencijama

53. Glavni fizioterapeut /voditelj fizioterapeut/koordinator fizioterapeut u ustanovama/praksama trebali bi:

- osigurati da svi zaposlenici imaju licencu izdanu od Hrvatske komore fizioterapeuta sukladno Zakonu o fizioterapeutskoj djelatnosti,

- osigurati primjenu metoda upravljanja u fizikalnoj terapiji sukladno utvrđenim Standardima u fizioterapijskoj praksi od Hrvatske komore fizioterapeuta,

- osigurati primjenu i praćenje svih propisa i procedura koje donosi Hrvatska komora fizioterapeuta i ministarstvo nadležno za zdravstvo ,

- osigurati odgovarajuću evaluaciju revizije kliničke prakse

- pružati adekvatnu podršku za edukaciju osoblja i osobnog razvoja na temelju procjene učinkovite izvedbe u praksi

X. PRAVO FIZIOTERAPEUTA NA POŠTENU I PRAVEDNU PLAĆU ZA SVOJE USLUGE

54. Fizioterapeuti imaju pravo na pravednu i poštenu naknadu za svoje usluge.

XI. TOČNOST PODATAKA, INFORMIRANJE, OGLAŠAVANJE

55. Fizioterapeuti pružaju točne informacije bolesnicima / klijentima i javnosti o fizikalnoj terapiji, kao i o uslugama koje pružaju fizioterapeuti.

56. Fizioterapeuti će sudjelovati u programima edukacije javnosti pružajući informacije o struci.

57. Fizioterapeuti su dužni informirati javnost kao i ostale fizioterapeute istinito o prirodi njihovih usluga kako bi pojedinci bili u stanju donijeti odluku o usluzi.

58. Fizioterapeuti mogu oglašavati svoje usluge sukladno Pravilniku koji donosi Komora.

59. Fizioterapeuti neće koristiti lažne, obmanjujuće, nepravedne ili senzacionalističke izjave ili titule.

60. Fizioterapeuti će koristiti samo titulu koja točno opisuje njihov profesionalni status.

XII. DOPRINOS FIZIOTERAPEUTA U PLANIRANJU I RAZVIJANJU NJIHOVIH USLUGA U ODNOSU NA ZDRAVSTVENE POTREBE U ZAJEDNICI

61. Fizioterapeuti imaju **pravo** i obavezu **sudjelovati** u planiranju fizioterapijskih usluga kako bi osigurali optimum zajedničkih zdravstvenih usluga s ostalim zdravstvenim profesionalcima.

XIII. ODNOS PREMA DRUGIM FIZIOTERAPEUTIMA I STRUCI

62. Fizioterapeuti imaju odgovornost, te moraju osigurati da njihovo ponašanje uvijek bude profesionalno bez mogućnosti nastanka ispada i konflikata s kolegama i bolesnikom.

63. Bilo kakvo javno neprimjereno kritiziranje, omalovažavanje, vrijeđanje, sramoćenje i drugo neprimjereno i nedolično ponašanje prema ostalim kolegama je povreda ugleda i časti fizioterapeutske profesije.

64. Međusobni odnosi fizioterapeuta temelje se na uzajamnom poštivanju, povjerenju, suradnji, pristojnosti i strpljenju.

65. Fizioterapeuti međusobno razmjenjuju mišljenja i informacije o pojedinim stručnim pitanjima.

66. Ako se bolesnik koji je dobro upoznat sa svojim stanjem i sposoban je samostalno odlučivati ne ponaša sukladno preporukama fizioterapeuta glede prevencije i liječenja bolesti, fizioterapeutu je iznimno dopušteno takvoj osobi odbiti daljnju skrb, pod uvjetom da ga uputi na drugog fizioterapeuta ili zdravstvenu ustanovu. Jednako tako može fizioterapeut postupiti prema bolesniku koji se svjesno ponaša nedolično, uvredljivo ili prijeteći.

67. Fizioterapeut se ne smije upuštati u osobne ili obiteljske probleme bolesnika, niti pokušavati utjecati na njega izvan onoga što zahtijevaju njegovi fizioterapijski postupci.

XIV. FIZIOTERAPEUTSKA TAJNA, ZAŠTITA OSOBNIH PODATAKA

68. Fizioterapeut je dužan kao tajnu čuvati sve što je o bolesniku / klijentu doznao pružajući mu fizioterapeutsku uslugu i tu tajnu je dužan čuvati i nakon prestanka obavljanja svoje usluge.

69. Fizioterapeut - vlasnik zdravstvene ustanove, trgovačkog društva, privatne prakse dužan je osigurati i voditi računa da sve zdravstvene podatke o bolesniku kao i njihove osobne podatke čuvaju i druge osobe, zaposlene u zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu, privatnoj praksi kao i sve ostale osobe koje na bilo koji drugi način obrađuju osobne podatke pacijenata.

70. Fizioterapeuti ne smiju otkriti informacije i/ili osobne podatke bolesnika / klijenata trećim osobama bez bolesnikove dozvole ili prethodnog znanja, osim u slučajevima propisanim zakonom. Na osobne podatke pacijenata, ali i svih ostalih fizičkih osoba u zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu, privatnoj praksi u potpunosti se primjenjuju odredbe koje se odnose na zaštitu osobnih podataka i ostalih pozitivnih propisa u RH.

71. Fizioterapeuti koji sudjeluju u profesionalnom ocjenjivanju kolega i drugim oblicima praktične evaluacije, ne smiju objaviti rezultate trećim osobama bez njihove dozvole.

ZAVRŠNE ODREDBE

Odredbe ovog Kodeksa koje se odnose na fizioterapeute na odgovarajući način se primjenjuju i na fizioterapeutske tehničare i masere kupeljare koji su članovi Hrvatske komore fizioterapeuta. Povrede odredaba ovoga Kodeksa disciplinske su povrede. Disciplinski postupak zbog povrede Kodeksa propisan je aktima Hrvatske komore fizioterapeuta. Stupanjem na snagu ovog Kodeksa, prestaje važiti Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije od 21. veljače 2011. Ovaj Kodeks stupa na snagu osmog dana od dana objave na oglasnoj ploči Komore. 10

Predsjednica Vijeća Komore Mihaela Črgar

Ovaj Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije objavljen je 25. 01. 2018. na oglasnoj ploči Komore i stupio na snagu 02. veljače 2018. god.

ZAKON O FIZIOTERAPEUTSKOJ DJELATNOSTI

HRVATSKI SABOR

3437

Na temelju članka 88. Ustava Republike Hrvatske, donosim

ODLUKU

O PROGLAŠENJU ZAKONA O FIZIOTERAPEUTSKOJ DJELATNOSTI

Prolašavam Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti, kojega je Hrvatski sabor donio na sjednici 3. listopada 2008. godine.

Klasa: 011-01/08-01/132

Urbroj: 71-05-03/1-08-2

Zagreb, 10. listopada 2008.

Predsjednik

Republike

Hrvatske

Stjepan Mesić, v. r.

ZAKON

O FIZIOTERAPEUTSKOJ DJELATNOSTI

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

Ovim se Zakonom uređuju sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nada radom fizioterapeuta u Republici Hrvatskoj.

Odredbe ovoga Zakona koje se odnose na fizioterapeute na odgovarajući način se primjenjuju

i na fizioterapeutske tehničare, radne terapeute, masere-kupeljare koji sudjeluju u procesu fizioterapeutske skrbi bolesnika, uzimajući u obzir njihov djelokrug rada.

Članak 2.

Fizioterapeuti su zdravstveni radnici i njihova je djelatnost sastavni dio zdravstvene djelatnosti od javnog interesa za Republiku Hrvatsku, a obavlja se pod uvjetima i na način propisan ovim Zakonom.

Fizioterapeut prvostupnik jest zdravstveni radnik koji obavlja postupke fizikalne terapije i upravlja procesom fizikalne terapije.

U fizioterapeutskoj skrbi pacijenata mogu sudjelovati i fizioterapeutski tehničari, radni terapeuti i maseri-kupeljari, koji su upisani u registar Hrvatske komore fizioterapeuta.

Fizioterapeutski tehničari i maseri-kupeljari koji sudjeluju u postupku fizioterapeutske skrbi u fizikalnoj terapiji, obavljaju poslove iz svog djelokruga rada prema uputama i planu i programu koji izrađuje fizioterapeut.

II. DJELATNOST FIZIOTERAPEUTA

Članak 3.

Djelatnost fizioterapeuta obuhvaća sve postupke, znanja i vještine fizikalne terapije.

Fizioterapeut u provođenju svoje djelatnosti obvezan je primjenjivati svoje najbolje stručno znanje, poštujući načela prava pacijenata, etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravlja stanovništva i svakog bolesnika osobno.

Fizioterapeut je kao profesionalnu tajnu obvezan čuvati sve podatke o zdravstvenom stanju bolesnika.

Članak 4.

Fizioterapeuti svoju djelatnost provode na svim razinama zdravstvene zaštite sukladno standardima koje će na prijedlog Hrvatske komore fizioterapeuta pravilnikom utvrditi

ministar nadležan za zdravstvo.

Fizioterapeut, fizioterapeutski tehničar, radni terapeut i maser-kupeljar mogu svoju djelatnost provoditi i izvan sustava zdravstvene zaštite u okviru prevencije i promocije zdravlja, pod uvjetima iz članka 15. stavka 1., 2., odnosno 3. ovoga Zakona.

Članak 5.

Fizioterapija jest javna djelatnost te podliježe kontroli zadovoljenja standarda obrazovanja.

Članak 6.

Provođenje fizioterapije mora se temeljiti na potrebama stanovništva, a u skladu s planom i programom mjera zdravstvene zaštite.

III. OBRAZOVANJE

STANDARD OBRAZOVANJA FIZIOTERAPEUTA

Članak 7.

Temeljno obrazovanje fizioterapeuti stječu završavanjem studija fizioterapije kojim se osigurava visoka razina obrazovanja sukladno propisima iz područja visokog obrazovanja.

Članak 8.

Završavanjem studija iz članka 7. ovoga Zakona stječe se pravo na naziv prvostupnik fizioterapeut.

Članak 9.

Nadzor nad radom fizioterapeuta-pripravnika može provoditi samo fizioterapeut koji ima odobrenje za samostalan rad.

DODATNO USAVRŠAVANJE FIZIOTERAPEUTA

Članak 10.

Dodatno usavršavanje fizioterapeuta provodi se u slučaju kada opseg i složenost poslova i očekivanih rezultata zahtijevaju dodatnu edukaciju iz određenoga područja zdravstvene zaštite.

Dodatno usavršavanje provodi se u svrhu poboljšanja kvalitete i učinkovitosti rada fizioterapeuta.

Članak 11.

Povećana ili promijenjena složenost poslova utvrđuje se na temelju sadržaja i vrste postupaka i vještina koji se očekuju od fizioterapeuta na pojedinim razinama zdravstvene zaštite, a vezani su za promijenjene potrebe stanovništva i pacijenata za fizioterapeutskom skrbi, nova znanstvena saznanja te nove dijagnostičke i terapijske postupke.

Potrebu, sadržaj i duljinu trajanja programa dodatnog usavršavanja fizioterapeuta utvrđuje općim aktom Hrvatska komora fizioterapeuta.

Članak 12.

Dodatno usavršavanje fizioterapeuta može se provoditi u visokim učilištima, zdravstvenim ustanovama i drugim pravnim osobama sukladno Statutu Hrvatske komore fizioterapeuta.

TRAJNO STRUČNO USAVRŠAVANJE

Članak 13.

Fizioterapeuti, fizioterapeutski tehničari, radni terapeuti i maseri-kupeljari u fizikalnoj terapiji obvezni su stalno obnavljati stečena znanja i usvajati nova znanja u skladu s najnovijim dostignućima i saznanjima iz područja fizioterapeutske skrbi.

Trajno stručno usavršavanje provodi se sudjelovanjem na stručnim seminarima, tečajevima i stručnim skupovima.

Sadržaj, rokove i postupak trajnoga stručnog usavršavanja i provjere stručnosti fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara u fizikalnoj terapiji općim aktom propisuje Hrvatska komora fizioterapeuta.

IV. UVJETI ZA OBAVLJANJE FIZIOTERAPEUTSKE DJELATNOSTI

Članak 14.

Pravo na obavljanje fizioterapeutske djelatnosti ima fizioterapeut koji je upisan u registar fizioterapeuta pri Hrvatskoj komori fizioterapeuta i ima odobrenje za samostalan rad.

Pravo na upis u registar fizioterapeuta ima fizioterapeut koji je obavio pripravnički staž i položio stručni ispit.

Uvjeti obavljenog pripravničkog staža i položenoga stručnog ispita iz stavka 2. ovoga članka ne odnose se na državljane država članica Europske unije.

Na sadržaj, duljinu trajanja pripravničkoga staža i način polaganja stručnoga ispita za fizioterapeute primjenjuju se odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti i provedbenih propisa donesenih na temelju toga Zakona.

Članak 15.

Pravo na samostalan rad ima fizioterapeut i to za obavljanje poslova fizioterapije za koje mu je dano odobrenje za samostalan rad.

Radni terapeut koji sudjeluje u postupku fizioterapijske skrbi ima pravo na samostalan rad i to za obavljanje poslova fizioterapije, za koje mu je dano odobrenje za samostalan rad.

Fizioterapeutski tehničar i maser-kupeljar imaju pravo na samostalan rad i to za obavljanje poslova fizioterapije za koje im je dano odobrenje za samostalan rad.

Odobrenje za samostalan rad iz stavka 1., 2. i 3. ovoga članka jest javna isprava koje daje, odnosno uskraćuje upravnim aktom tijelo određeno Statutom Hrvatske komore fizioterapeuta.

Protiv upravnog akta iz stavka 4. ovoga članka nije dopuštena žalba, već se može pokrenuti upravni spor.

Odobrenje za samostalan rad fizioterapeuta, fizioterapeuskog tehničara, radnog terapeuta i masera-kupeljara u fizikalnoj terapiji obnavlja se svakih šest godina.

Uvjete, način i postupak davanja, obnavljanja i oduzimanja odobrenja za samostalan rad fizioterapeuta, fizioterapeuskog tehničara, radnog terapeuta i masera-kupeljara u fizikalnoj terapiji propisuje općim aktom Hrvatska komora fizioterapeuta.

V. DUŽNOSTI FIZIOTERAPEUTA

Članak 16.

Fizioterapeut je dužan uzeti u fizioterapeuski postupak bolesnika po indikaciji za fizikalnu terapiju od strane liječnika i izraditi plan i program fizikalne terapije sukladno uputnoj liječničkoj dijagnozi.

Dužnosti fizioterapeuta su:

- provedba fizioterapeuskih postupaka po utvrđenim programima, pravilima i protokolima u timskom radu,
- primjena znanstveno vrjednovanih metoda i tehnika glede uspješnosti, trajne i sigurne uporabe bazirane na dokazima iz područja fizioterapije,
- primjena metoda rješavanja problema u provedbi fizioterapeuskih postupaka koje zahtijevaju vještinu analitičko-kritičkog pristupa,
- stalna konzultacija s liječnikom koji vodi i nadzire stanje bolesnika,
- suradnja sa svim članovima tima i suradnicima,
- vođenje točne, iscrpne i datirane medicinske dokumentacije sukladno usuglašenim standardima na europskoj razini, kojom se evidentiraju svi provedeni postupci i koja u svakom trenutku može pružiti dostatne podatke o stanju bolesnika u svim fazama fizikalne terapije,
- savjesno postupanje u radu,
- čuvanje profesionalne tajne,
- poznavanje i poštivanje prava pacijenata,

- poštivanje kodeksa fizioterapeutske etike i deontologije,
- poštivanje vjerskih načela pacijenata,
- ekonomično, efikasno i učinkovito korištenje pribora i opreme,
- djelovanje u interesu pacijenata.

Fizioterapeuti su odgovorni:

- za istinitost evidentiranih podataka,
- za sigurnost bolesnika za vrijeme obavljanja dužnosti,
- za preuzete lijekove i opremu kojom se služi za vrijeme obavljanja djelatnosti.

Opće dužnosti i odgovornosti za fizioterapeuskog tehničara, radnog terapeuta i masera-kupeljara koji pružaju usluge u fizikalnoj terapiji propisat će općim aktom Hrvatska komora fizioterapeuta.

Članak 17.

Fizioterapeut je dužan evidentirati sve provedene postupke u fizioterapeuskom kartonu za svakoga pojedinog bolesnika na svim razinama zdravstvene zaštite.

Obvezan sadržaj fizioterapeuskog kartona jest:

- početna procjena i dokumentacija za svakog bolesnika,
- cilj terapije,
- plan terapije/poduzetog postupka,
- periodična reevaluacija i njezino dokumentiranje za svakog bolesnika,
- dokumentirano otpuštanje pacijenata koji uključuje odgovor prema fizioterapeuskom postupku u vrijeme otpuštanja,
- datum i vrijeme pružene usluge i potpis fizioterapeuta.

Dodatni funkcionalni testovi i mjerenja moraju biti u prilogu fizioterapeuskog kartona.

Detaljan sadržaj fizioterapeuskog kartona utvrdit će općim aktom Hrvatska komora fizioterapeuta.

TEŽE POVREDE RADNE DUŽNOSTI

Članak 18.

Fizioterapeut čini težu povredu radne dužnosti:

- ako odbije pružiti bolesniku fizioterapeutsku skrb po uputi liječnika za fizikalnu terapiju,
- ako netočno i nepravilno primijeni fizioterapeutske postupke,
- ako ne obavijesti liječnika o pogoršanju stanja bolesnika tijekom fizioterapeutskog postupka,
- ako ne uputi bolesnika liječniku, kad u okviru fizioterapeutskog postupka ustanovi nalaz koji nije unutar djelokruga fizioterapeuta znanja,
- kada zbog nemara ili neznanja nepravilnim postupanjem nanese štetu po zdravlje bolesnika,
- kada primjenjuje metode i tehnike koje nisu u djelokrugu opisa poslova njegova rada,
- ako svojim ponašanjem povrijedi čast i ugled svoje profesije,
- kada povrijedi odredbe ovoga Zakona,
- kada povrijedi kodeks fizioterapeutske etike i deontologije.

Hrvatska komora fizioterapeuta općim aktom utvrdit će povrede radnih dužnosti te disciplinsku odgovornost za fizioterapeutskog tehničara, radnog terapeuta i masera-kupeljara koji pružaju usluge u fizikalnoj terapiji.

IZUZETAK OD ODGOVORNOSTI FIZIOTERAPEUTA

Članak 19.

Fizioterapeut nije odgovoran ako bolesnik svjesno odbija sudjelovanje u fizioterapeutskom postupku.

Fizioterapeut nije odgovoran za neprovedeni postupak u slučaju kada unatoč primjeni

najboljeg znanja, poslodavac nije osigurao tehničku opremu, ordinirane lijekove, sredstva i minimalno potreban pribor.

Članak 20.

Fizioterapeuti, fizioterapeutski tehničari, radni terapeuti i maseri-kupeljadi odgovaraju za lakše i teže povrede radnih dužnosti pred disciplinskim tijelima Hrvatske komore fizioterapeuta. Disciplinske mjere za lakše i teže povrede radnih dužnosti utvrđuje općim aktom Hrvatska komora fizioterapeuta.

VI. KONTROLA KVALITETE

Članak 21.

Kontrolu kvalitete provođenja fizioterapeutske djelatnosti provodi za to posebno educiran fizioterapeut kojeg imenuje poslodavac u suradnji s ministarstvom nadležnim za zdravstvo i Hrvatskom komorom fizioterapeuta.

Kontrola kvalitete rada fizioterapeuta naročito obuhvaća: plan fizioterapeutske skrbi, provođenje fizioterapeutskih postupaka, rezultate fizioterapeutske skrbi i njezin utjecaj na zdravstveni status bolesnika.

VII. PRIVATNA PRAKSA

Članak 22.

Privatnu praksu može obavljati samo fizioterapeut sa završenim studijem fizioterapije koji ima odobrenje za samostalan rad izdano od Hrvatske komore fizioterapeuta.

Na postupak osnivanja, privremene obustave i prestanka rada privatne prakse fizioterapeuta primjenjuju se odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

VIII. HRVATSKA KOMORA FIZIOTERAPEUTA

Članak 23.

Hrvatska komora fizioterapeuta (u daljnjem tekstu: Komora) jest samostalna i neovisna strukovna organizacija sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima.

Komora predstavlja i zastupa interese fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara koji obavljaju poslove u fizikalnoj terapiji na području Republike Hrvatske.

Komora ima svoj grb, znak, pečat i žigove.

Sjedište Komore je u Zagrebu.

Članak 24.

Fizioterapeuti se obvezno učlanjuju u Komoru.

Fizioterapeutske tehničari, radni terapeuti i maseri-kupeljari koji sudjeluju u postupku fizioterapeutske skrbi obvezno se učlanjuju u Komoru.

Članak 25.

Komora obavlja sljedeće javne ovlasti:

- vodi registar svojih članova,
- izdaje, obnavlja i oduzima odobrenje za samostalan rad,
- obavlja stručni nadzor nad radom fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara koji obavljaju poslove u fizikalnoj terapiji.

Način i uvjete pod kojima se obavlja stručni nadzor iz stavka 1. podstavka 3. ovoga članka propisuje općim aktom Komora uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.

Članak 26.

Pored javnih ovlasti iz članka 25. ovoga Zakona Komora obavlja i sljedeće poslove:

1. donosi kodeks fizioterapeutske etike i deontologije,
2. surađuje s ministarstvom nadležnim za zdravstvo na svim područjima od interesa za fizioterapeute te daje stručna mišljenja i sudjeluje kod pripreme propisa iz područja

fizioterapeutske djelatnosti,

3. donosi sadržaj fizioterapeutskih smjernica za plan i provođenje fizioterapeutske skrbi,

4. predlaže ministru nadležnom za zdravstvo standarde i normative za djelatnost fizioterapeuta,

5. utvrđuje potrebu, sadržaj i duljinu trajanja programa dodatnog usavršavanja fizioterapeuta,

6. donosi opći akt kojim se utvrđuju sadržaji, rokovi i postupak trajnoga stručnog usavršavanja i provjere stručnosti fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara,

7. organizira trajno stručno usavršavanje za fizioterapeute, fizioterapeutske tehničare, radne terapeute i masere-kupeljare i provodi provjeru stručnosti,

8. propisuje način oglašavanja i način isticanja naziva privatne prakse,

9. utvrđuje najniže cijene za pojedine poslove iz fizioterapeutske djelatnosti izvan osnovne mreže zdravstvene djelatnosti, utvrđuje cijene za pojedine poslove iz fizioterapeutske djelatnosti iz opsega dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja,

10. obavlja stručni nadzor nad radom fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara koji sudjeluju u pružanju usluga u fizikalnoj terapiji,

11. utvrđuje povrede radnih dužnosti fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara,

12. utvrđuje disciplinske mjere za lakše i teže povrede radne dužnosti fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara koji sudjeluju u pružanju usluga u fizioterapeutskoj skrbi,

13. provodi disciplinski postupak i izriče disciplinske mjere za povrede dužnosti fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara koji sudjeluju u pružanju usluga u fizioterapeutskoj skrbi,

14. surađuje sa zdravstvenom inspekcijom ministarstva nadležnog za zdravstvo,

15. koordinira odnose među članovima te aktivno sudjeluje u rješavanju eventualno nastalih sporova,

16. surađuje sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom, Svjetskom konfederacijom za fizioterapiju i drugim međunarodnim organizacijama od interesa za fizioterapiju,

17. obavlja i druge poslove određene ovim Zakonom, Statutom i drugim propisima Komore.

Članak 27.

Komora ima Statut.

Statut je temeljni opći akt komore koji donosi Skupština Komore.

Na Statut Komore suglasnost daje ministar nadležan za zdravstvo.

Statut Komore mora sadržavati odredbe o: nazivu i sjedištu, području na kojem Komora djeluje, unutarnjem ustrojstvu, tijelima Komore, njihovom sastavu, ovlastima, načinu odlučivanja, uvjetima i načinu izbora i opoziva, trajanju mandata te odgovornosti članova, imovini i raspolaganju s mogućom dobiti, načinu stjecanja imovine, ostvarivanju javnosti rada Komore, članstvu i članarini, pravima, obvezama i disciplinskoj odgovornosti članova, prestanku rada Komore te postupku s imovinom u slučaju prestanka rada Komore.

Članak 28.

Osnivač Komore je Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatska udruga fizioterapeuta i Hrvatski zbor fizioterapeuta.

Članak 29.

Nadzor nad zakonitošću rada Komore u obavljanju njezinih javnih ovlasti provodi ministarstvo nadležno za zdravstvo.

U provođenju nadzora iz stavka 1. ovoga članka ministarstvo nadležno za zdravstvo može od Komore tražiti odgovarajuća izvješća i podatke.

Izvješća i podatke iz stavka 2. ovoga članka Komora je obvezna dostaviti ministru nadležnom za zdravstvo u roku od 30 dana ili u istom roku izvijestiti o razlozima zbog kojih ih ne može

dostaviti.

Komora je obvezna ministru nadležnom za zdravstvo podnijeti godišnje izvješće o radu do 1. ožujka iduće godine, za prethodnu godinu.

Članak 30.

Komora obavješćuje ministarstvo nadležno za zdravstvo, druga tijela državne uprave te nadležna tijela jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, samoinicijativno ili na njihov zahtjev o stanju i problemima u fizioterapeutskoj struci i o mjerama koje bi trebalo poduzeti radi unapređenja struke fizioterapeuta te radi unapređenja zdravstvene zaštite građana.

Komora surađuje s državnim tijelima i tijelima lokalne i područne (regionalne) samouprave u rješavanju problema u fizioterapeutskoj struci.

Komora odlučuje o suradnji s drugim komorama zdravstvenih radnika u Republici Hrvatskoj, kao i s komorama fizioterapeuta drugih država.

Članak 31.

Za ostvarivanje svojih ciljeva i izvršavanje zadaća Komora stječe sredstva:

- od upisnine,
- od članarine,
- iz drugih prihoda ostvarenih djelatnošću Komore.

Iz državnog proračuna Republike Hrvatske osiguravaju se sredstva za izvršavanje poslova iz članka 25. stavka 1. podstavka 3. ovoga Zakona koje Komora obavlja na temelju javnih ovlasti.

IX. KAZNENE ODREDBE

Članak 32.

Novčanom kaznom u iznosu od 3.000,00 do 10.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj fizioterapeut, fizioterapeutski tehničar, radni terapeut i maser-kupeljar ako:

1. ne ispuni obvezu čuvanja profesionalne tajne (članak 3. stavak 3.),
2. provodi fizioterapeutsku djelatnost, a nije upisan u registar (članak 2. stavak 3. i članak 14. stavak 1.),
3. obavlja samostalan rad bez odobrenja za samostalan rad (članak 15. stavak 1., 2. i 3.),
4. onemogućiti ili ometa provođenje stručnog nadzora (članak 25. stavak 1. podstavak 3.),
5. ne otkloni nedostatke utvrđene stručnim nadzorom.

X. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 33.

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatska udruga fizioterapeuta i Hrvatski zbor fizioterapeuta osnovat će Komoru u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Ministar nadležan za zdravstvo će u suradnji s Hrvatskom udrugom fizioterapeuta u roku od tri mjeseca od dana stupanja na snagu ovoga Zakona imenovati osnivački odbor Hrvatske komore fizioterapeuta.

Komora je obvezna u roku od šest mjeseci od dana osnivanja donijeti opće akte propisane ovim Zakonom i Statutom Komore.

Članak 34.

Propise za čije je donošenje ovlašten ovim Zakonom ministar nadležan za zdravstvo donijet će u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 35.

Viši fizioterapeuti koji na dan stupanja na snagu ovoga Zakona obavljaju djelatnost u fizikalnoj terapiji, a koji obavljaju rad po do sada važećim propisima mogu i dalje obavljati tu

djelatnost pod uvjetom da u roku od dvije godine steknu odobrenje za samostalan rad sukladno ovome Zakonu.

Fizioterapeutski tehničari, radni terapeuti i maseri-kupeljari koji na dan stupanja na snagu ovoga Zakona obavljaju djelatnost u fizikalnoj terapiji, a koji obavljaju rad po do sada važećim propisima mogu i dalje obavljati tu djelatnost pod uvjetom da u roku od dvije godine steknu odobrenje za samostalan rad sukladno ovome Zakonu.

Članak 36.

Ovaj Zakon stupa na snagu osmoga dana od dana objave u »Narodnim novinama«, osim članka 14. stavka 3. ovoga Zakona koji stupa na snagu na dan prijama Republike Hrvatske u Europsku uniju.

Klasa: 500-01/08-01/09

Zagreb, 3. listopada 2008.

HRVATSKI SABOR

Predsjednik

Hrvatskoga sabora

Luka Bebić, v. r.

ŠTO JE FIZIKALNA TERAPIJA?

Fizikalna terapija pruža usluge ljudima u cilju razvijanja, održavanja i obnavljanja maksimalne funkcionalne pokretljivosti i funkcionalne sposobnosti u svim životnim dobima. Fizioterapija se bavi prepoznavanjem i povećavanjem mogućnosti pokreta unutar područja unapređenja, prevencije, tretmana i rehabilitacije.

Fizioterapija ili fizikalna terapija je usluga koju obavlja, vodi ili nadgleda fizioterapeut a sastoji se od procjene, utvrđivanja funkcionalnog statusa (fizioterapeutska dijagnoza), planiranja, intervencije i evaluacije.

Fizioterapija uključuje interakciju između fizioterapeuta, bolesnika ili klijenta i obitelji/skrbnika

Fizioterapijski postupak koji počinje procjenom s osobitim pozornošću na posturalne odnose tj. držanje tijela uključujući kardiorespiratorni, živčani i mišićni potencijal kao i samu mogućnost pokreta, središnjica je određivanja stvarnog problema i strategije intervencije te je dosljedna bez obzira na okolnosti pod kojima je praktički poduzeta. Ove okolnosti će varirati s obzirom na to bavi li se fizioterapija unapređenjem zdravlja, prevencijom, tretmanom ili rehabilitacijom.

Procjena uključuje pregled pojedinca ili skupine koja počinje upoznavanjem s liječničkom dokumentacijom. Kroz razgovor s bolesnikom / klijentom o problemu sa stvarnim ili potencijalnim oštećenjima, funkcionalnim ograničenjima, nesposobnostima ili drugim stanjima zdravlja uzima se anamneza. Dodatnim screeningom i upotrebom posebnih testova i mjerenja, sintetizira se kliničko zaključivanje i postavlja se fizioterapeutska dijagnoza.

Fizioterapeutska dijagnoza može biti izražena terminima poremećaja u pokretu ili može obuhvaćati kategorije oštećenja, funkcionalnih ograničenja, nesposobnosti ili sindroma.

Planiranje počinje određivanjem potrebe za intervencijom i normalno vodi razvoju plana intervencije, uključujući mjerive rezultate ciljeva dogovorenih u suradnji s bolesnikom / klijentom, obitelji ili skrbnikom. Alternativno može dovesti do upućivanja drugom stručnjaku u slučajevima koji nisu prikladni za fizioterapiju, odnosno nisu u djelokrugu rada fizioterapeuta.

Intervencija se provodi i modificira u toku fizioterapijskog postupka a u svrhu postizanja dogovorenih ciljeva te može uključivati: manualnu terapiju, terapijske vježbe, primjenu fizikalnih agensa, elektroterapijske i mehaničke procedure, funkcionalni trening, opskrbu pomoćnim sredstvima i pomagalicama, upute i savjete u svezi s bolesnikom, vođenje dokumentacije te koordinaciju i komunikaciju s bolesnikom / klijentom te po potrebi s njegovom obitelji odnosno skrbnikom. Intervencija može također biti usmjerena na prevenciju oštećenja, funkcionalnih ograničenja, nesposobnosti i ozljeda uključujući unapređenje i održavanje zdravlja, kvalitetu života i fitness u svim dobnim i populacijskim skupinama.

Evaluacija zahtijeva ponovni pregled u svrhu utvrđivanja rezultata fizioterapijske skrbi.

KAKO IZGLEDA FIZIOTERAPEUTSKI PREGLED – IZRADA PLANA INTERVENCIJE

Profesionalno promatranje tijela i njegove potrebe za pokretljivošću od strane fizioterapeuta, čini osnovu za utvrđivanje fizioterapeutske dijagnoze i strategije intervencije, i ono je uvijek isto bez obzira na institucije u kojima se praksa provodi.

Fizioterapeut bi trebao razumjeti cjelokupnu aktivnu patologiju koja dovodi pojedinca na fizikalnu terapiju, s bilo kojom paralelnom patologijom koja može postojati. Ovo razumijevanje uključuje vrstu problematike koja je općenito povezana s patologijom, predviđanjem rezultata ili prognozom, i što je najbitnije, vrstu problema koji uzrokuju patologiju a koji mogu biti minimizirani ili ublaženi kroz fizioterapijsku intervenciju.

Oštećenja su problemi bolesnika najčešće uočeni tijekom pregleda. Uključuju, ali ne ograničavaju se na: smanjenje snage, opsega pokreta, izdržljivosti, ravnoteže ili poremećaja u načinu hoda. Kada je identificirano oštećenje fizioterapeut uspoređuje poznatu aktivnu patologiju ako je kronična. Bilo koji nesrazmjer mora biti promotren pažljivo kako bi se utvrdilo postoji li neka druga patologija i ako je potrebno indicirati liječničko dodatno dijagnostičko testiranje.

Tijekom pregleda, fizioterapeut određuje funkcionalno ograničenje i nesposobnost bolesnika. FT može raspoznati kada bolesnik ima nemogućnost izvođenja ili teškoću obavljanja aktivnosti, kao i značajke patologije koje najviše smetaju bolesnika.

Tipično, bolesnikov problem nalazi se unutar funkcionalnog ograničenja i nesposobnosti. Funkcionalna ograničenja uključuju one zadatke koje pojedinac teško ili nemoguće obavlja. Ovo može uključivati npr. dizanje predmeta s poda, obavljanje aktivnosti dnevnog života

(ADŽ) i instrumentalne aktivnosti dnevnog života (IADŽ), stajanje na jednom mjestu duže vrijeme, postupanje s alatom u ruci, ili češljanje kose.

Razina nesposobnosti povezana je s nemogućnosti ili teškoćom ispunjenja funkcija u društvu ili u obitelji. Takve uloge mogu biti briga za djecu, rad, pohađanje škole, sudjelovanje u rekreacijskim i /ili avokacijskim aktivnostima i izvođenje dobrovoljnog rada. Funkcionalno ograničenje za osobu s artritismom u koljenu može biti nemogućnost da napravi čučanj ili sjedi prekriženih nogu na podu. Nesposobnost bolesnika može se ogledati u nemogućnosti obavljanja zadataka koji se odnose na rad u dječjem vrtiću, na primjer sjedenje na podu i igranje s djecom.

Preostaje vidjeti je li oštećenje i patologija u odnosu na funkcionalno ograničenje i nesposobnost očekivano. Fizioterapeut se treba prisjetiti da aktivna patologija i /ili oštećenje može dovesti do funkcionalnog ograničenja, ali ne mora neophodno uzrokovati nesposobnost. To ovisi o ulozi osobe unutar društva i njezinoj mogućnosti da se prilagodi promijenjenom stanju i osposobljenosti.

Što može biti ozbiljno funkcionalno ograničenje za jednu osobu ne mora biti za drugu. Na primjer, pojedinac s ograničenom sposobnošću koji hoda preko neravne površine ako živi u ruralnom području bez pločnika mogao bi osjećati veće ograničenje nego osoba koja živi u Zagrebu.

Razvoj plana fizioterapijske intervencije uključuje mjerljive ciljeve (rezultate) terapije. Ti ciljevi utvrđuju se u suradnji s bolesnikom / klijentom, njegovom obitelji ili skrbnikom. Ako se utvrdi da slučaj nije u domeni fizikalne terapije, bolesnik se upućuje drugom prikladnom zdravstvenom stručnjaku.

KOMPETENCIJE FIZIOTERAPEUTA

Međunarodni standard klasifikacije zanimanja ISCO – 2008. Riječ je o međunarodnom standardu koji je pripremljen u skladu s Uredbom Komisije (EK) br. 1022/2009 od 29. listopada 2009. o izmjenama i dopunama Uredbe (EK) br. 1738/2005, Uredbe (EK) br. 698/2006 i Uredbe (EK) br. 377/2008 o Međunarodnoj standardnoj klasifikaciji zanimanja (ISCO), te Preporuke Komisije (EK) br. 824/2009 od 29. listopada 2009. o primjeni Međunarodne standardne klasifikacije zanimanja (ISCO-08). S navedenim dokumentima se uskladila i naša zemlja te je Zavod za statistiku RH istu klasifikaciju objavio u Narodnim novinama, broj 147/10. i opširno ju publicirao zanimanje fizioterapeut

Fizioterapeuti/fizioterapeutkinje – šifra 2264

Fizioterapeuti/fizioterapeutkinje procjenjuju, planiraju i provode rehabilitacijske programe kojima se poboljšavaju ili oporavljaju ljudske motoričke funkcije, povećava sposobnost pokreta/kretanja, ublažava bol te liječi ili sprječava tjelesne poteškoće povezane s ozljedama, bolestima i drugim oštećenjima. Služe se različitim fizioterapijskim vještinama i tehnikama kao što su pokret/kretanje, ultrazvuk, primjena toplinskih modaliteta, laser i druge metode.

Poslovi koje obavljaju uključuju:

- (1) provođenje testova pokretljivosti mišića, živaca, zglobova i funkcionalne sposobnosti radi utvrđivanja i procjene tjelesnih problema pacijenata
- (2) određivanje ciljeva liječenja s bolesnicima i osmišljavanje programa liječenja radi smanjenja tjelesnoga bola, ojačavanja mišića, poboljšanja kardiorakalnih, kardiovaskularnih i respiratornih funkcija, vraćanja pokretljivosti zglobova te poboljšanja ravnoteže i koordinacije
- (3) planiranje, provođenje i nadzor programa liječenja primjenom terapijskih vježbi, topline, hladnoće, masaže, manipulativnih tehnika, hidroterapije, elektroterapije, ultraljubičastih i

infracrvenih zraka te ultrazvuka pri liječenju pacijenata

(4) upućivanje bolesnika i njegove obitelji u postupke koje trebaju nastaviti provoditi izvan kliničkoga okruženja

(5) bilježenje podataka o zdravstvenome stanju pacijenata i reakcijama na liječenje u bazama podataka o bolesnicima te razmjena tih podataka s drugim zdravstvenim stručnjacima radi nastavka cjelokupne njege

(6) planiranje i provođenje programa za praćenje i sprječavanje uobičajenih tjelesnih poteškoća i poremećaja

(7) nadzor nad radom fizioterapeutskih pomoćnika i drugih

PRAVO BOLESNIKA U FIZIKALNOJ TERAPIJI

Deklaracija o načelima – “Pravo bolesnika/korisnika u fizikalnoj terapiji” je usvojena na 15. Općoj skupštini World Confederation for Physical Therapy (u daljnjem tekstu: WCPT), i kasnije je revidirana na 16. Općoj skupštini WCPT-a. Ova Deklaracija predstavlja jedinstvena prava bolesnika/korisnika koja su potrebna za kvalitetnu primjenu fizioterapijske usluge. Deklaracija načela – “ Pravo bolesnika/korisnika u fizikalnoj terapiji” regulira neka od temeljnih Prava bolesnika/korisnika koja fizioterapijska profesija prihvaća i promovira, kako u Hrvatskoj, ako i u ostatku svijeta. Fizioterapija je zdravstvena profesija koja je prepoznata i regulirana u cijelom svijetu. Fizioterapeuti jednakopravno i otvoreno sudjeluju u interdisciplinarnom odnosu sa svim zdravstvenim profesionalcima – pružateljima zdravstvenih usluga, kako u javnom, tako i u privatnom sektoru, s ciljem bolje zdravstvene skrbi bolesnika/korisnika koja se temelji na njegovim potrebama. Temeljna Prava bolesnika/korisnika u fizioterapiji su: pravo na kvalitetne usluge fizikalne terapije, pravo na informacije, pravo na informirani pristanak, pravo na povjerljivost, pravo na pristup informacijama, pravo na zdravstvenu edukaciju i pravo na dostojanstvo. Standardi prakse u fizikalnoj terapiji i Etički kodeks i Kodeks deontologije koje je donijela Hrvatska komora fizioterapeuta usklađeni su s citiranim načelima kao i s etičkim načelima WCPT-a. Cilj predstavljanja ovih temeljnih Prava bolesnika/ korisnika u fizikalnoj terapiji je informiranje šire javnosti u pogledu fizioterapijskog kodeksa ponašanja i postupaka fizioterapeuta tijekom pružanja usluga fizikalne terapije.

ZAKON O ZAŠTITI PRAVA PACIJENATA / PROČIŠĆENI TEKST ZAKONA

Ovim se Zakonom određuju prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite te način zaštite i promicanja tih prava.

Bolesnikom u smislu ovoga Zakona smatra se svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije.

Članak 2.

Svakom bolesniku jamči se opće i jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu primjerenu njegovom zdravstvenom stanju, sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, u najboljem interesu bolesnika uz poštivanje njegovih osobnih stavova.

Načela zaštite prava pacijenata

Članak 3.

Zaštita prava pacijenata u Republici Hrvatskoj provodi se na načelima humanosti i dostupnosti.

Načelo humanosti zaštite prava pacijenata

Članak 4.

Načelo humanosti zaštite prava pacijenata ostvaruje se:

- osiguravanjem poštivanja bolesnika kao ljudskog bića,
- osiguravanjem prava na fizički i mentalni integritet bolesnika,
- zaštitom osobnosti bolesnika uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora te moralnih i vjerskih uvjerenja.

Načelo dostupnosti zaštite prava pacijenata

Članak 5.

Načelo dostupnosti zaštite prava pacijenata podrazumijeva jednaku mogućnost zaštite prava svih pacijenata na području Republike Hrvatske.

II. PRAVA PACIJENATA

Pravo na suodlučivanje

Članak 6.

Pravo na suodlučivanje bolesnika obuhvaća pravo bolesnika na obavještenost i pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka.

Iznimka od prava na suodlučivanje

Članak 7.

Bolesnikovo pravo na suodlučivanje može se iznimno ograničiti samo kada je to opravdano njegovim zdravstvenim stanjem u slučajevima i na način posebno određenim ovim Zakonom.

Pravo na obavještenost

Članak 8.

Bolesnik ima pravo na potpunu obavještenost o:

- svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka,
- preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje,
- mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata,
- svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima,
- mogućim zamjenama za preporučene postupke,
- tijeku postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite,

- daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite,
- preporučenom načinu života,
- pravima iz zdravstvenoga osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava.

Bolesnik ima pravo dobiti obavijesti na način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti.

Bolesnici s invaliditetom imaju pravo dobiti obavijesti u njima pristupačnom obliku.

Članak 9.

Obavijesti iz članka 8. stavka 1. ovoga Zakona na usmeni zahtjev bolesnika obvezan je dati zdravstveni radnik visoke stručne spreme koji bolesniku izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge.

Članak 10.

Bolesnik ima uvijek pravo tražiti drugo stručno mišljenje o svome zdravstvenom stanju, sukladno odredbi članka 8. stavka 1. ovoga Zakona.

Drugo stručno mišljenje iz stavka 1. ovoga članka, bolesniku je, na usmeni ili pisani zahtjev, obvezan dati svaki zdravstveni radnik visoke stručne spreme i odgovarajuće specijalizacije, koji nije sudjelovao u izravnom pružanju određenog oblika zdravstvene usluge bolesniku iz članka 9. ovoga Zakona.

Članak 11.

Tijekom pružanja zdravstvene zaštite, nakon svakog pregleda i zahvata, bolesnik ima pravo na obaviještenost o uspjehu, odnosno, neuspjehu i rezultatu pregleda ili zahvata kao i o razlozima za eventualnu različitost tih rezultata od očekivanih.

Članak 12.

Bolesnik ima pravo biti upoznat s imenima te specijalizacijom osoba koje mu izravno pružaju zdravstvenu zaštitu.

Članak 13.

Pravo na obaviještenost ima i bolesnik s umanjenom sposobnošću rasuđivanja, u skladu s dobi, odnosno s fizičkim, mentalnim i psihičkim stanjem.

Odbijanje primitka obavijesti

Članak 14.

Bolesnik ima pravo pisanom i potpisanom izjavom odbiti primitak obavijesti o prirodi svoga zdravstvenoga stanja i očekivanom ishodu predloženih i/ili poduzetih medicinskih postupaka i mjera.

Članak 15.

Bolesnik s punom poslovnom sposobnošću ne može se odreći prava na obaviještenost u slučajevima u kojima mora biti svjestan prirode svoje bolesti, kako ne bi ugrozio zdravlje drugih.

Bolesnik s punom poslovnom sposobnošću ima pravo u pisanom obliku ili na bilo koji drugi vjerodostojan način odrediti osobu koja će umjesto njega biti obaviještena.

Bolesnik ima pravo biti obaviješten čak i u slučajevima kad njegov pristanak nije uvjet započinjanja terapije (u hitnim slučajevima).

Pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka

Članak 16.

Bolesnik ima pravo prihvatiti ili odbiti pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje bolesnika ili izazvalo trajna oštećenja njegovoga zdravlja.

Prihvaćanje pojedinoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka bolesnik izražava potpisivanjem suglasnosti.

Obrazac suglasnosti te obrazac izjave o odbijanju pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravstvo (u daljnjem tekstu: ministar).

Slijepa osoba, gluha osoba koja ne zna čitati, nijema osoba koja ne zna pisati i gluhoslijepa osoba, prihvaća pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak izjavom u obliku javnobilježničkog akta ili pred dva svjedoka iskazanom izjavom o imenovanju poslovno sposobne osobe koja će u njeno ime prihvaćati ili odbijati pojedini takav postupak.

Zaštita bolesnika koji nije sposoban dati pristanak

Članak 17.

Za bolesnika koji nije pri svijesti, za bolesnika s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog bolesnika, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije, suglasnost iz članka 16. stavka 2. ovoga Zakona potpisuje zakonski zastupnik, odnosno skrbnik bolesnika.

U interesu bolesnika osoba iz stavka 1. ovoga članka može suglasnost u bilo koje vrijeme povući potpisivanjem izjave o odbijanju pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka.

Ako su interesi pacijenata iz stavka 1. ovoga članka i njihovih zakonskih zastupnika, odnosno skrbnika suprotstavljeni, zdravstveni radnik je dužan odmah o tome obavijestiti nadležni centar za socijalnu skrb.

Članak 18.

Ako se zbog hitne situacije ne može dobiti suglasnost zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika iz članka 17. stavka 1. ovoga Zakona bolesnik će se podvrći dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku samo u slučaju kada bi zbog nepoduzimanja postupka bio neposredno ugrožen njegov život ili bi mu prijetila ozbiljna i neposredna opasnost od težeg oštećenja

njegovoga zdravlja. Postupak se može provoditi bez pristanka zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika bolesnika samo dok traje navedena opasnost.

Zaštita bolesnika nad kojim se obavlja znanstveno istraživanje

Članak 19.

Za znanstveno istraživanje nad bolesnikom i uključivanje bolesnika u medicinsku nastavu nužan je izričiti pristanak obaviještenog bolesnika.

Pristanak obaviještenog bolesnika je, u smislu ovoga Zakona, pisana, datirana i od bolesnika potpisana suglasnost za sudjelovanje u određenom znanstvenom istraživanju ili medicinskoj nastavi dana na temelju preciznih i na razumljiv način dokumentiranih obavijesti o prirodi, važnosti, posljedicama i rizicima ispitivanja. Za poslovno nesposobnog ili maloljetnog bolesnika, pristanak daje njegov zakonski zastupnik ili skrbnik.

Bolesnik, odnosno njegov zakonski zastupnik, odnosno skrbnik u interesu bolesnika može suglasnost iz stavka 2. ovoga članka povući u bilo koje vrijeme.

Članak 20.

Znanstvena istraživanja nad bolesnikom mogu se poduzeti ako su ispunjeni svi sljedeći uvjeti:

1. nema zamjene usporedive učinkovitosti za istraživanje na ljudima,
2. rizici kojima se izlaže bolesnik nisu nerazmjerni mogućim koristima od istraživanja,
3. istraživanje je odobrilo nadležno etičko povjerenstvo sukladno posebnome zakonu, nakon nezavisnog ispitivanja njegove znanstvene vrijednosti, važnosti cilja istraživanja i ocjene njegove etičke prihvatljivosti,
4. bolesnici na kojima se provode istraživanja moraju biti upoznati o svojim pravima i zaštititi svojih prava sukladno zakonu,
5. pribavljen je pristanak obaviještenog bolesnika iz članka 19. stavka 2. ovoga Zakona.

Članak 21.

Znanstveno istraživanje nad poslovno nesposobnim bolesnikom, bolesnikom koji nije sposoban za rasuđivanje te nad maloljetnim bolesnikom može se poduzeti ako su uz uvjete iz članka 20. točke 1., 2., 3. i 4. ovoga Zakona ispunjeni i svi sljedeći uvjeti:

1. rezultati istraživanja mogu pridonijeti stvarnoj i izravnoj koristi za zdravlje bolesnika,
2. istraživanje usporedive učinkovitosti ne može se provoditi nad bolesnicima koji su sposobni dati pristanak,
3. pribavljena je suglasnost zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika,
4. bolesnik se ne protivi istraživanju.

Iznimno od stavka 1. ovoga članka, u slučaju kada istraživanje ne može proizvesti rezultate od izravne koristi za bolesnika, istraživanje se može odobriti pod uvjetima iz stavka 1. točke 2., 3. i 4. ovoga članka te uz uvjete:

1. cilj istraživanja je postizanje rezultata koji mogu koristiti bolesniku ili drugim bolesnicima iste dobne skupine, odnosno bolesnicima s istom bolešću,
2. istraživanje obuhvaća minimalni rizik i minimalno opterećenje za bolesnika.

Zahvati na ljudskom genomu

Članak 22.

Zahvat usmjeren na promjenu ljudskoga genoma može se poduzeti samo za preventivne, dijagnostičke ili terapijske svrhe pod uvjetom da cilj promjene nije uvođenje bilo kakvih preinaka u genomu potomka bolesnika.

Testovi koji ukazuju na genetske bolesti ili služe za identifikaciju bolesnika, kao nositelja gena odgovornog za bolest ili za otkrivanje genetske dispozicije ili podložnosti na bolest, mogu se obavljati samo u zdravstvene svrhe ili radi znanstvenog istraživanja vezanog uz zdravstvene svrhe i uz odgovarajuće genetsko savjetovanje.

Pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji

Članak 23.

Bolesnik ima pravo na pristup cjelokupnoj medicinskoj dokumentaciji koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti.

Bolesnik ima pravo o svome trošku zahtijevati presliku medicinske dokumentacije iz stavka 1. ovoga članka.

Medicinska dokumentacija koja se uručuje bolesniku po završenom liječničkom pregledu, odnosno po završenom liječenju propisuje se posebnim zakonom kojim se uređuju vrste i sadržaj te način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom.

Članak 24.

U slučaju smrti bolesnika, ako to bolesnik nije za života izrijekom zabranio, pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju iz članka 23. stavka 1. ovoga Zakona ima bračni drug bolesnika, izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik, odnosno skrbnik bolesnika.

Osobe iz stavka 1. ovoga članka imaju pravo o svom trošku zahtijevati presliku medicinske dokumentacije iz stavka 1. ovoga članka.

Protivljenje uvidu u medicinsku dokumentaciju prema stavku 1. ovoga članka bolesnik daje pisanom izjavom solemniziranom od javnog bilježnika.

Pravo na povjerljivost

Članak 25.

Bolesnik ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka.

Bolesnik ima pravo dati usmenu ili pisanu izjavu o osobama koje mogu biti obaviještene o njegovu prijemu u stacionarnu zdravstvenu ustanovu kao i o njegovom zdravstvenom stanju.

Bolesnik može imenovati i osobe kojima zabranjuje davanje tih podataka.

Pravo na održavanje osobnih kontakata

Članak 26.

Tijekom boravka u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi bolesnik ima pravo primanja posjetitelja sukladno kućnom redu zdravstvene ustanove te pravo zabraniti posjete određenoj osobi ili osobama.

Pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove

Članak 27.

Bolesnik ima pravo samovoljno napustiti stacionarnu zdravstvenu ustanovu, osim u slučajevima propisanim posebnim zakonom, u slučajevima kada bi to štetilo njegovome zdravlju i zdravlju ili sigurnosti drugih osoba.

O namjeri napuštanja ustanove iz stavka 1. ovoga članka bolesnik mora dati pisanu izjavu ili usmenu izjavu pred dva istovremeno nazočna svjedoka koji potpisuju izjavu o namjeri bolesnika da napusti ustanovu.

Pisana izjava iz stavka 2. ovoga članka prilaže se u medicinsku dokumentaciju bolesnika.

Podatak o samovoljnom napuštanju zdravstvene ustanove bez najave nadležan zdravstveni radnik obvezan je upisati u medicinsku dokumentaciju bolesnika. Ako to nalaže zdravstveno stanje bolesnika nadležan zdravstveni radnik o napuštanju zdravstvene ustanove bez najave obvezan je obavijestiti osobu iz članka 25. stavka 2. ovoga Zakona, a nadležna tijela u slučajevima određenim posebnim propisima. Ako je bolesnik nesposoban za rasuđivanje, odnosno maloljetan nadležan zdravstveni radnik obvezan je obavijestiti njegova zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika.

Pravo na privatnost

Članak 28.

Pri pregledu, odnosno liječenju, a naročito prilikom pružanja osobne njege bolesnik ima pravo na uvjete koji osiguravaju privatnost.

Pravo na naknadu štete

Članak 29.

Bolesnik ima pravo na naknadu štete sukladno općim propisima obveznoga prava.

III. POVJERENSTVO ZA ZAŠTITU PRAVA PACIJENATA U JEDINICI PODRUČNE (REGIONALNE) SAMOUPRAVE

Članak 30.

U cilju ostvarivanja i promicanja prava pacijenata u svakoj jedinici područne (regionalne) samouprave osniva se Povjerenstvo za zaštitu prava pacijenata (u daljnjem tekstu: Povjerenstvo).

Članak 31.

Povjerenstvo djeluje pri upravnom tijelu jedinice područne (regionalne) samouprave nadležnom za poslove zdravstva.

Sredstva za naknade za rad članova Povjerenstva osigurava jedinica područne (regionalne) samouprave.

Sastav Povjerenstva

Članak 32.

Povjerenstvo ima pet članova koje na temelju javnog poziva imenuje skupština jedinice područne (regionalne) samouprave iz redova pacijenata, nevladinih udruga i stručnjaka na području zaštite prava pacijenata.

Djelokrug rada Povjerenstva

Članak 33.

Povjerenstvo obavlja sljedeće poslove:

- prati primjenu propisa na području jedinice područne (regionalne) samouprave koji se odnose na zaštitu prava i interesa pacijenata,
- prati povrede pojedinačnih prava pacijenata na području jedinice područne (regionalne) samouprave,
- predlaže poduzima nje mjera za zaštitu i promicanje prava pacijenata na području jedinice područne (regionalne) samouprave,
- bez odgađanja obavještava Povjerenstvo za zaštitu i promicanje prava pacijenata ministarstva nadležnog za zdravstvo o slučajevima težih povreda prava pacijenata koje mogu ugroziti život ili zdravlje pacijenata,
- podnosi skupštini jedinice područne (regionalne) samouprave i ministarstvu nadležnom za zdravstvo godišnje izvješće o svom radu,
- obavještava javnost o povredama prava pacijenata,
- obavlja druge poslove određene ovim Zakonom.

Povjerenstvo donosi poslovnik o svome radu kojim se pobliže uređuje organizacija i način rada.

Članak 34.

Članovi Povjerenstva u svome radu obvezni su postupati tako da ne ugroze dužnost čuvanja službene, odnosno profesionalne tajne.

Članak 35.

Ukinut.

Članak 36.

U obavljanju poslova iz svoga djelokruga Povjerenstvo je ovlašteno upozoravati, predlagati i davati preporuke.

Povjerenstvo je ovlašteno nadležnim tijelima državne uprave, tijelima lokalne i područne (regionalne) samouprave, pravnim i fizičkim osobama predlagati poduzima nje mjera za sprječava nje štetnih djelovanja koja ugrožavaju prava i interese pacijenata i zahtijevati izvješća o poduzetim mjerama.

Povjerenstvo će obavijestiti podnositelja pritužbe o poduzetim aktivnostima poduzetim povodom njegove pritužbe bez odgađanja, a najkasnije u roku od 15 dana.

Članak 37.

Povjerenstvo ima pravo pristupa u prostorije u kojima se sukladno posebnome zakonu obavlja zdravstvena djelatnost te pravo na uvid u način ostvarivanja prava pacijenata.

O obavljenom uvidu iz stavka 1. ovoga članka Povjerenstvo sastavlja izvješće koje bez odgađanja, a najkasnije u roku od 8 dana, dostavlja nadležnoj inspekciji sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Zakonu o sanitarnoj inspekciji, odnosno tijelu nadležne komore koje, sukladno Zakonu o liječništvu, Zakonu o stomatološkoj djelatnosti, Zakonu o ljekarništvu, Zakonu o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti i Zakonu o sestrinstvu, provodi nadzor nad radom osoba koje obavljaju zdravstvenu djelatnost.

Tijelo iz stavka 2. ovoga članka dužno je u roku od 30 dana od dana zaprimanja izvješća, a u hitnim slučajevima bez odgađanja, izvijestiti Povjerenstvo o poduzetim radnjama.

Ako tijelo iz stavka 2. ovoga članka na temelju provedenoga propisanog postupka osnovano posumnja da je povredom prava pacijenata utvrđenih ovim Zakonom učinjen prekršaj ili kazneno djelo obvezno je bez odgađanja, a najkasnije u roku od 30 dana od dana završetka nadzora s utvrđenim činjenicama odlučnim za poduzimanje mjera podnijeti zahtjev za pokretanje prekršajnog postupka, odnosno prijavu zbog pokretanja kaznenog postupka.

Tijelo kojem je podnesen zahtjev, odnosno prijava iz stavka 4. ovoga članka obvezno je o ishodu postupka obavijestiti Povjerenstvo. Povjerenstvo će u daljnjem roku od 8 dana o ishodu postupka obavijestiti bolesnika.

IV. POVJERENSTVO ZA ZAŠTITU I PROMICANJE PRAVA PACIJENATA MINISTARSTVA NADLEŽNOG ZA ZDRAVSTVO

Članak 38.

U ostvarivanju društvene skrbi za zaštitu prava pacijenata, u okviru prava i obveza Republike Hrvatske na području zdravstvene zaštite, ministar osniva i imenuje Povjerenstvo za zaštitu i promicanje prava pacijenata ministarstva nadležnog za zdravstvo.

Povjerenstvo iz stavka 1. ovoga članka ima sedam članova i to:

- tri predstavnika udruga za zaštitu prava pacijenata,
- jednog predstavnika medija,
- tri predstavnika ministarstva nadležnog za zdravstvo.

Članak 39.

Povjerenstvo za zaštitu i promicanje prava pacijenata ministarstva nadležnog za zdravstvo obavlja sljedeće poslove:

- prati provedbu ostvarivanja prava pacijenata sukladno ovome Zakonu,
- raspravlja o izvješćima povjerenstava jedinica područne (regionalne) samouprave,
- daje mišljenja, preporuke i prijedloge nadležnim tijelima o utvrđenom stanju na području djelokruga rada povjerenstava jedinica područne (regionalne) samouprave,
- predlaže poduzimanje mjera za izgradnju cjelovitog sustava zaštite i promicanja prava pacijenata u Republici Hrvatskoj i
- surađuje s domaćim i međunarodnim tijelima i organizacijama na području zaštite i promicanja prava pacijenata.

Povjerenstvo iz stavka 1. ovoga članka donosi poslovnik o svome radu kojim se pobliže uređuje organizacija i način rada.

Sredstva za naknade za rad članova Povjerenstva iz stavka 1. ovoga članka osiguravaju se iz državnoga proračuna, a visinu naknade utvrđuje ministar.

Članak 40.

Članovi Povjerenstva za zaštitu i promicanje prava pacijenata ministarstva nadležnog za zdravstvo u svome radu obvezni su postupati tako da ne ugroze dužnost čuvanja službene, odnosno profesionalne tajne.

V. KAZNENE ODREDBE

Članak 41.

Novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj zdravstvena ustanova ako:

1. uskrati bolesniku pravo na obaviještenost iz članka 8. ovoga Zakona,
2. uskrati bolesniku pravo na podatak o imenu te specijalizaciji osobe koja mu izravno pruža zdravstvenu zaštitu (članak 12.),
3. uskrati bolesniku pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka protivno članku 16. – 18. ovoga Zakona,
4. postupi suprotno odredbama članka 17. stavka 3. ovoga Zakona,
5. obavlja znanstveno istraživanje nad bolesnikom protivno odredbama članka 19. – 21. ovoga Zakona,
6. obavlja zahvat na ljudskom genomu protivno članku 22. ovoga Zakona,
7. uskrati uvid u medicinsku dokumentaciju protivno članku 23. i članku 24. stavku 1. i 2. ovoga Zakona,
8. povrijedi pravo na povjerljivost podataka iz članka 25. ovoga Zakona,

9. uskrati bolesniku pravo na održavanje osobnih kontakata ili povrijedi zabranu posjete određenoj osobi ili osobama (članak 26.),

10.uskrati bolesniku pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove protivno članku 27. ovoga Zakona,

11.uskrati bolesniku pravo na privatnost (članak 28.).

Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna i odgovorna osoba u zdravstvenoj ustanovi.

Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna i trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti.

Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna i odgovorna osoba u trgovačkom društvu koja obavlja zdravstvenu djelatnost.

Za prekršaj iz stavka 1. točke 1., 3., 4., 5. – 8. i 11. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna i privatni zdravstveni radnik.

Članak 42.

Novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna kaznit će za prekršaj zdravstveni radnik ako:

1. na zahtjev bolesnika uskrati obavijest (članak 9.),
2. na zahtjev bolesnika uskrati pravo na drugo stručno mišljenje (članak 10. stavak 2.),
3. postupi suprotno odredbama članka 17. stavka 3. ovoga Zakona,
4. ne upiše podatak o namjeri bolesnika da napusti zdravstvenu ustanovu ili ne upiše podatak o samovoljnom napuštanju zdravstvene ustanove bez najave bolesnika (članak 27. stavak 4.).

VI. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 43.

Skupštine jedinica područne (regionalne) samouprave će u roku od dva mjeseca od dana stupanja na snagu ovoga Zakona imenovati Povjerenstvo za zaštitu prava pacijenata.

Ministar će u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona osnovati i imenovati Povjerenstvo za zaštitu i promicanje prava pacijenata ministarstva nadležnog za zdravstvo.

Članak 44.

Pravilnike za čije je donošenje ovlašten ovim Zakonom ministar će donijeti u roku od dva mjeseca od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 45.

Odredbe ovoga Zakona koje se odnose na zdravstvene ustanove na odgovarajući se način primjenjuju i na trgovačka društva te privatne zdravstvene radnike koji obavljaju zdravstvenu djelatnost sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti.

Članak 46.

Ovaj Zakon stupa na snagu osmoga dana od dana objave u »Narodnim novinama«.

LITERATURA I MREŽNE POVEZNICE

Aleksijević, A. & Vlačić, A. (2017) Postupak provođenja mjera kontaktne izolacije u funkciji sigurnosti bolesnika. Kongres Hrvatskog torakalnog društva s međunarodnim sudjelovanjem. Croatian Thoracic Society Zagreb, 26 -27 travnja 2017.

Ataman, D.A. & Vatanlu-Lutz, E.E. & Yildirim, G. (2013) Medicine in stamps-Ignaz Semmelweis and Puerperal Fever. *Turk ger Gynecol Assoc.* 14(1): 35–39.

Braynt RA, Nix DP. *Acute & chronic wounds. Current management concepts.* USA: Elsevier, 2012.

Broz, Lj. & Budisavljević, M. & Franković, S. (2007) *Zdravstvena njega 3.* Zagreb, Školska knjiga.

Buss, P. M. & Hartz, Z. M. De A.; Pinto, L. F.; Rocha, C. M. F. Health Promotion and Quality of Life: A Historical Perspective of the Last Two 40 Years (1980-2020). In *Ciência & Saúde Coletiva.* 23 May 2020 25(12):4723-4735.

Čukljek, S. (2005) *Osnove zdravstvene njega.* Zdravstveno veleučilište, Zagreb.

Ferris, F.D. et al. (2002) A Model to Guide Patient and Family Care. Based on Nationally Accepted Principles and Norms of Practice. International initiatives. *JPSM: VOLUME 24, ISSUE 2, P106-123.*

Fučkar, G. (1992) *Proces zdravstvene njega.* Zagreb, Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu.

Fučkar, G. (1996) *Uvod u sestrinske dijagnoze.* Zagreb, Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju.

Garmaz, J. & Mrdeša-Rogulj, Z. (2013) Neka načela u komunikaciji s bolesnikom. *Služba Božja* 53 (2013.), br. 3/4, str. 319 – 333.

Hrvatska komora medicinskih sestara. (2013) *Sestrinske dijagnoze 2.* Zagreb, Hrvatska komora medicinskih sestara.

Hrvatska komora medicinskih sestara. (2011) *Sestrinske dijagnoze.* Zagreb, Hrvatska komora medicinskih sestara.

Jolić, M. & Vićovac, Lj. & Đorđević, D. (1990) *Nega bolesnika opšta i specijalna.* Beograd-Zagreb, Medicinska knjiga.

Kalenić, S. et al. (2011) Smjernice za higijenu ruku u zdravstvenim ustanovama. *Liječnički vjesnik*, 133:1-16

Kovačić, L. (2003) *Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti.* Zagreb, Medicinska naklada.

Mojsović, Z. et al. (2005) *Sestrinstvo u zajednici.* Zagreb, Visoka zdravstvena škola.

Prlić, N. (2004) *Zdravstvena njega.* Zagreb, Školska knjiga.

Prlić, N. & Rogina, V. & Muk, B. (2001) *Zdravstvena njega 4.* Zagreb, Školska knjiga.

Prpić, I. et al. (2009) Kirurgija. Zagreb, Školska knjiga.

Ruth C. (1992) COHN, Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Von der Behandlung einzelner zu einer Pädagogik für alle, Stuttgart. KlettCotta, str. 86.

Svjetska zdravstvena organizacija (2012) Tehnički priručnik: Higijena ruku: Kampanja za pranje ruku. Zagreb, Referentni centar za bolničke infekcije Klinički bolnički centar Zagreb.

Šepec, S et al. (2010) Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi. Zagreb, Hrvatska komora medicinskih sestara.

Škrobonja, A. (2017) Kako zavoljeti Hipokrata. Rijeka, Grafika Zambelli, Hrvatsko znanstveno društvo za povijest zdravstvene kulture.

Šogorić, S. (2016) Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika. Zagreb, Medicinska naklada.

Včev, A. & Burton, N. (2015) Objektivno i strukturirano kliničko ispitivanje. 1 Hrvatsko izdanje. Osijek, Medicinski fakultet sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku.

Vončina, L., Pavić, N., Mastilica, M.: Modeli financiranja sustava u zdravstvu. U Šogorić, S. (2016) Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvene ekonomika. Zagreb, Medicinska naklada, 158-9.

Zhu, X. & Smith, R. A. Stigma, Communication, and Health *In: The Routledge handbook of health communication.*, 3rd ed. Thompson, Teresa L. (Ed); Harrington, Nancy Grant (Ed); Publisher: Routledge/Taylor & Francis Group; 2022, pp. 77-90.

Živković, R. (1997) Interna medicina. Zagreb, Medicinska naklada.

Carev, M. Kliničke vještine: Lijekovi i otopine

http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/anesteziologija/MODUL%20F_Carev_final%20final%206.02.2011.pdf

Europsko udruženje za palijativnu skrb. (2009) Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi. *EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE*, 2009; 16(6) 279 https://www.kbc-rijeka.hr/docs/Bijela_knjiga_o_standardima_i_normativima_za_hospicijsku_i_palijativnu_skrb_u_Europi.pdf

Hrvatska Komora fizioterapeuta <https://www.hkf.hr/o-fizioterapiji/>

Hrvatska Komora medicinskih sestara

http://www.hkms.hr/data/1316431523_388_mala_stand.postupci-kompletno.pdf

Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zadaci Službe za promicanje zdravlja

<https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/>

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>

International Council of Nurses (2022) <https://www.icn.ch/news/greatest-threat-global-health-workforce-shortage-international-council-nurses-international>

International Council of Nurses. Nursing definitions <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

[Kovačević, I. \(2003\)](#) Uvod u kirurgiju sa zdravstvenom njegom kirurških bolesnika – nastavni tekstovi. Zagreb, ZDRAVSTVENO VELEUČILIŠTE ZAGREB.

http://www.hkms.hr/data/1384175408_398_mala_ZNJ%20Kirurskih%20bol%20Nastavni%20materijali.pdf

Maretić, M. & Filipušić, I. & Vidoša, A. (2021) ZDRAVSTVENA NJEGA –OPĆA https://issuu.com/medicinskanaklada/docs/zdravstvenja_njega_op_a

McLeod,S., (2007) Maslow's Hierarchy of Needs <https://www.simplypsychology.org/maslow.html>

MENG. Aseptic history of development. Essay on sports medicine on the topic. §4. The emergence of the aseptic method in Russia. <https://m-eng.ru/en/connection-to-the-sewer/aseptika-istoriya-razvitiya-referat-po-sportivnoi-medicine-na-temu-4.html>

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske <https://zdravlje.gov.hr/o-ministarstvu/9>

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. (2013) Nacionalni program za kontrolu infekcija povezanih sa zdravstvenom zaštitom 2013. - 2017.

<https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//2016/Sjednice/Arhiva//81.%20-%2013.pdf>

MSD. Duboka venska tromboza. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/kardiologija/bolesti-perifernog-venskog-i-limfatickog-sustava/duboka-venska-tromboza>

MSD. Nesvjestica i vrtoglavica. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-simptomi/nesvjestica-i-vrtoglavica>

Nurseslabs. (2022) Virginia Henderson: Nursing Need Theory <https://nurseslabs.com/virginia-hendersons-need-theory/>

Pender, N. Nola Pender Biografija i teorija. <https://hr.thpanorama.com/articles/medicina/nola-pender-biografija-y-teora.html>

PLAN I PROGRAM MJERA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE 2020. – 2022

<https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/propisi/2021/prilog-plan-i-program-mjera-zdravstvene-zastite-2020-2022-142-20.pdf>

[Sestrinska dokumentacija \(2011\)](#)

<https://www.yumpu.com/xx/document/read/29041436/sestrinska-dokumentacija>

Simpozij povodom Međunarodnog dana higijene ruku <http://www.hdkm.hr/wp-content/uploads/2015/02/Kampanja-higijena-ruku-poster1.pdf>

Treća dob Hrvatska. (2016) Kako komunicirati i ublažiti bol kod bolesnika <https://trecadobhrvatska.com/komunikacija-i-ublazavanje-boli-bolesnika/>

UpToDate. Clinical presentation and diagnosis of the nonpregnant adult with suspected deep vein thrombosis of the lower extremity [Online].

https://www.uptodate.com/contents/search?search=clinical-presentation-and-diagnosis-of-the-nonpregnant-adult-with-suspected-deep-vein-thrombosis-of-the-lowerextremity&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=

[TOP_PULLDOWN&searchOffset=1&autoComplete=false&language=&max=0&index=&autoCompleteTerm=&rawSentence=](#)

Ustav Republike Hrvatske <https://www.zakon.hr/z/94/Ustav-Republike-Hrvatske>

Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju <https://www.zakon.hr/z/192/Zakon-o-obveznom-zdravstvenom-osiguranju>

Zakon o zaštiti prava pacijenata <https://www.zakon.hr/z/255/Zakon-o-za%C5%A1titi-prava-pacijenata>

Zakon o zdravstvenoj zaštiti <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi>

World Health Organization. Promoting Health. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-18.2>

World Health Organization. Health Financing. https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab_1

World Health Organization. Raising revenues for health. https://www.who.int/health-topics/common-goods-for-health#tab=tab_1

World Health Organization. Raising revenues for health. <https://www.who.int/activities/raising-revenues-for--health>

World Health Organization. Human rights and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

World Health Organization. Glove use information leaflet. <https://surewash.com/news/glove-use-hand-hygiene-go-hand-in-hand/>

World Health Organization. (2020) Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Profesionalni san

***I ja sam jednom sanjala
dosanjala san
iz kojega sada ne želim van***

***Ja sam jednom imala viziju
ja sam jednom imala misiju
sad imam profesionalnu stihiju***

***Planirajte svoje karijere
ne dopustite
barijere***

***Neka griju vaše srce
koje za profesiju tuče
ne dopustite da vas te barijere muče***

***Svaki problem u životu
prosvijetlit će vaš um
pokazati vam pravi put***

***Radujte se i kada vas „rane“
i kada vas „tlače“
nemojte pokazati da vam se plače***

***Rane će proći
tuga će danima da se toči
vi ćete opet mnogo jači ispočetka poći***

Agneza Aleksijević, 2022.

BILJEŠKA O AUTORICI

Doc. dr. sc. Agneza Aleksijević odrasla je u Iloku gdje je završila osnovno obrazovanje. Srednju medicinsku pohada i završava u Vukovaru 1981. godine. Studij za više medicinske upisala u Zagrebu godine 1991. Po izlasku iz Vukovara (poslije sloma obrane grada Vukovara) dolazi kao dragovoljkinja Domovinskog rata i prognanica u Zagreb. Naziv stručna prvostupnica stječe 2002. godine na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, a iste godine upisuje i završava Pedagoško-psihološku izobrazbu na Pedagoškom fakultetu u Osijeku. Godine 2004. završava pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu Menadžment u sestrinstvu i stječe International Diploma – Health Services Management / diplomu za upravljanje i rukovođenje u sustavu zdravstvene zaštite – upravljanje i rukovođenje u sestrinstvu. Specijalistički stručni studij Management u sestrinstvu u Zagrebu završava 2008. godine s diplomskim radom „Financijska opravdanost prevencije osteoporoze“ te stječe naziv *diplomirana medicinska sestra*. U Osijeku 2014. godine završava sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo pri Medicinskom fakultetu Osijek na temu „Stavovi medicinskih sestara prema uporabi računala u zdravstvenoj njezi“ i stječe naziv *magistra sestrinstva*. Doktorirala je 2017. godine na *poslijediplomskom doktorskom studiju Menadžment na Ekonomskom fakultetu u Osijeku* na temu „Model integrirane marketinške komunikacije u funkciji promocije zdravlja i prevencije bolesti u Republici Hrvatskoj“ te stekla akademski stupanj doktora društvenih znanosti, znanstvenog polja ekonomija. U Pučkom otvorenom učilištu ALGEBRA godine 2018. u Zagrebu stječe uvjerenje za *voditeljicu izrade i provedbe projekata financiranih iz EU fondova*. Godine 2020. uspješno je završila jednogodišnje usavršavanje Manager at health care institutions / *Menadžer u zdravstvenim sustavima* u organizaciji Hrvatske udruge poslodavaca u zdravstvu s Visokim učilištem EFFECTUS – visoka škola za financije i pravo iz Zagreba.

Prvo radno iskustvo stječe u Medicinskom centru Vukovar od 1984. godine gdje radi do 2022. godine u Nacionalnoj memorijalnoj bolnici „Dr Juraj Navro“ Vukovar, na funkciji pomoćnika ravnatelja za sestrinstvo radi 23 godine od sveukupnog radnog staža od 1999. Danas radi na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci.

Od 2006. godine radi kao vanjska suradnica i danas viša predavačica na Veleučilištu „Lavoslav Ružička“ u Vukovaru, Studij fizioterapije. Na Veleučilištu „Lavoslav Ružička“ u Vukovaru izabrana je u naslovno nastavno zvanje predavača i višeg predavača. Sudjelovala je u suradničkom zvanju na izvođenju nastave na dodiplomskim studiju i poslijediplomskom studiju fizioterapije na kolegijima: Osnove zdravstvene njege, Menadžment u zdravstvu, Prehrana, Prehrana u sportu, wellnessu i rekreaciji, Palijativna skrb. Vanjska je suradnica na predmetu Zdravlje u zajednici pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Na Sveučilištu Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, izabrana u zvanje docenta, a od 2020. izvodi nastavu na kolegijima Ekonomika i Upravljanje znanjem u zdravstvu.

Recenzentica je udžbenika SMJERNICE ZA POSTUPKE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI U KUĆI II.

Doc. dr. sc. Agneza Aleksijević suautorica je udžbenika naslovljenog ORGANIZACIJA I VOĐENJE ZDRAVSTVENIH USTANOVA.

Udana je i majka jednog djeteta.