СЕСТРИНСТВО

Информативно-стручни часопис
УМСТ, КЦС, „Сестринство“
Број 40, јул-септембар 2014. године

Адреса: КЦС „Сестринство“
ул. Вишеградска бр. 26, 11000 Београд
Тел: 011/366 30 31
Факс: 011/ 3615 805
E-mail: umstkcs.sestrinstvo@gmail.com
(ERSTE banka), ПИБ број 103245461

Издавач
УМСТ, КЦС, „Сестринство“

За издавача
Председник УМСТ, КЦС, „Сестринство“
Гордана Ковачевић

Главни и одговорни уредник
Добрила Пејовић

Уредништво
Биљана Ковачевић,
Љиљана Стаменковић
Јованка Вучковић
Сузана Богдановић
Олга Симић
Наташа Васиљевић
Ивана Стојковић

Преводиоци
Ивана Нешић
Александра Букумировић
Данијела Ивковић

Спољни сарадник-новинар
Јагода Плавшић

Припрема и штампа
LICEJ, Београд,
Браће Јерковић 69,
Тел/факс 011/2460-426
iklicej@yahoo.com

Директор
Станоје Јовановић

Ликовни уредник
мр Небојша Кујунџић

Лектор
Мила Барјактаревић

Тираж 1.250 примерака

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд
614.253.5

ISSN 1451-7599 Сестринство
COBISS.SR-ID 111363596

Сестринство: часопис за медицинске сестре / Година 11. бр 40. (јул – септембар 2014). – Београд: УМСТ КЦС „Сестринство“. Излази тромесечно.

У ОВОМ БРОЈУ

7

СТРУКОМ И ПОКРЕТОМ ДО ЗДРАВЉА

10

ИНФОРМАЦИОНЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ И САВРЕМЕНО СЕСТРИНСТВО

15-25

СТРУЧНИ РАДОВИ

У ИДУЋЕМ БРОЈУ

Новогодишњи поклон читаоцима
СТОНИ КАЛЕНДАР ЗА 2015. ГОДИНУ

Десет година са вама

НАШИХ 40 БРОЈЕВА

За нама је 40 бројева часописа „Сестринство“ и деценија његовог излажења. Мала велика бројка. Сестре које су започеле свој радни век с првим бројевима часописа већ имају за собом десет година радног искуства. Многе су зрелије и искусније за толико, а немали број сестара „Сестринство“ је испратило у мировину. Уосталом, такав је живот. И информативно-стручна гласила, какво је у бити „Сестринство“, имају свој животни пут: ра-

ђање првих бројева, трагање за идентитетом и местом под сунцем, до година стасања и зрелости, када се с њим озбиљно рачуна. То је и прилика за осврт на минуло време, с неизбежним погледом унапред.

Ако је сваки број имао од двадесет до чак 40, или у просеку 28 страна, стижемо до позамашног комплета од 1.120 страна. Комплета препуног имена драгих људи који су стварали часопис и о којима је часопис беседио.

За гласило које је у почетку излазило два, касније три пута годишње, да би се последњих година усталило у тромесечним терминима, са специфичним садржајем и начином припреме, бројка 40 је достојна поштовања.

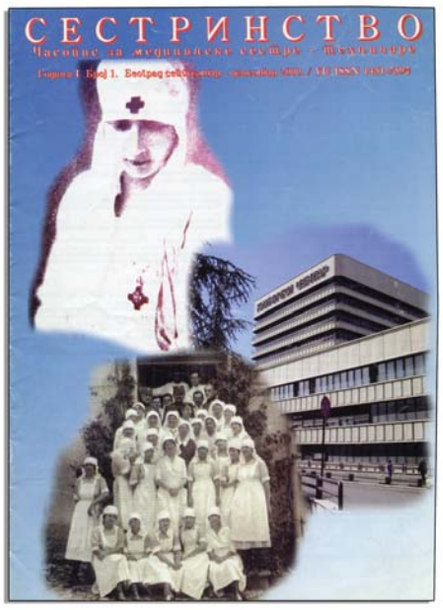
Претходница је био часопис „Сестринско огледало“, чији су оснивач и издавач били Савез здравствених радника Југославије – Друштво медицинских сестара. У заглављу импресума часописа била су уписана имена Добриле Пејовић, у име оснивача, Милијане Матијевић, главног и одговорног уредника, и Раде Медведев, њеног заменика, уз трочлани уреднички тим: Зора Петровић, Љиљана Јеринић и Драгица Зековић. У редакцијском одбору биле су Деса Ракић, Љубосава Весовић и Нада Ђикановић, затим технички секретари Власта Никшић и Душанка Крајчиновић и стални сарадници Наташа Костић, Павле Ковачевић, Зорица Марковић, Бојана Поповић, Јагода Плавшић и Драгана Минић. Уређивање, лектуру, компјутерску припрему и прелом обављао је Yu marketing press, а штампање „Космос“ и „Inpress“.

У међувремену догодиле су се и многе промене у земљи захваћеној ратним сукобима, санкцијама и другим недаћама. Ништа више није било исто. У многим сегментима кренуло се из почетка.

Први број „Сестринства“ објављен је у децембру 2003. године, у издању Клиничког центра Србије – Удружења медицинских сестара – техничара „Сестринство“. У име издавача биле су потписане Иванка Аџић, главна сестра КЦС, и Зорица Милошевић, председник УМСТ „Сестринство“. Број је имао 30 страна, скромно технички обликован. У краћем редакцијском уводном тексту промовисан је заштитни знак часописа и удружења и изражено задовољство што су сестре КЦС добиле своје гласило, свој прозор у свет и обећање да ће бити отворен и за сараднике и догађаје из других здравствених установа, што је касније доследно поштовано.

На страницама првог броја, који је више личио на званични билтен, сликом и биографијом представљени су чланови Извршног одбора Удружења, а у специјалном додатку – Статут и Пословник о раду Скупштине удружења, њених органа и комисија. Објављено је и више информација о стручним скуповима у земљи и иностранству, а представљене су и две књиге. Добрила Пејовић и Снежана Ерић потписане су као главни и одговорни уредник и њен заменик, а уреднице су биле Жана Ђурић, Гордана Ковачевић и Весна Латиновић. Технички одбор чинили су Снежана Симић, Биљана Крстић и Предраг Урошевић.

„Сестринско огледало” претходница „Сестринства”



Насловна страна првог броја „Сестринства”: септембар-децембар 2013.

Од 5. броја „Сестринство" у новом руху – у колору

Већ наредни број (јануар–април 2004) означио је видљив напредак у техничком обликовању часописа: устројство сталних рубрика и садржаја, што је, уз мање корекције, задржано до данас, са осмишљеним ликовно-графичким решењем и побољшањем квалитета штампе, наравно на квалитетнијем папиру.

Пети број, у трећој години излажења (јануар–јун 2005) донеће нов визуелни изглед гласила, које се у целини појавило у новом, савременијем руху – у колору, уз непрестано настојање уредништва да се побољшају квалитет и садржај рубрика и круг тема. Иницијатори и креатори биле су сестре којима је часопис и намењен, посебно оне чија су имена била уписана у импресуму гласила, уз стручну подршку Издавачке куће „Лицеј" и штампарије „Inpress".

За нама је читава деценија излажења (зашли смо и у једанаесту) и 40 бројева часописа. Мали јубилеј. Традиција која траје и која се ствара. Хронологија развоја сестринства, пре свега у КЦС, али и на ширим просторима. Они који буду писали историју ове надасве хумане и незаменљиве професије у нас неће моћи да заобиђу „Сестринство" и његових 40 бројева. И сијасет наслова и рубрика на њиховим странама окренутих професији.

А тема безброј. Писано је о широком спектру догађаја и њиховим учесницима. О конгресима и симпозијумима са актуелним сестринским темама и дилемама и о другим значајним скуповима у организацији Удружења, попут обележавања Недеље сестринства. На страницама часописа афирмисани су награда сестринске хероине Душице Спасић и све њене добитнице, награда за животно дело Милена Тијанић, те друге узорне сестре са клиника и института Клиничког центра Србије. Сваки број је доносио четири до пет стручних радова сестара (близу 200): могућност да сестре посредством гласила представе свој истраживачки напор стручној јавности. Неке су се први пут огледале на страницама гласила. Објављивани су садржај декларација и других аката Светске здравствене организације и документи и активности Радне групе сестара која је неколико година у Министарству здравља тумачила стремљења и потребе ове професије. Сарадници су извештавали са стручних скупова сестара у земљи и иностранству и све плоднијој међународној сарадњи. Представљени су сестрински синдикати и њихове активности. О сестрама и њиховој улози у здравственим тимовима казивали су министри здравља и истакнути лекари, руководиоци клиника и института. Преношено је шта о сестрама и њиховој професији пишу наши медији, али и пацијенти. Приказани су нови програми и изазови. Допринос едукацији. Откривани таленти и њихова дела, стваралаштво изван оквира професије: портрети спортиста, ликовних уметника, песника... Објављивани прикази књига и других издања сестара и о сестрама. Похвале и критике. Подстицани су размена мишљења и искустава. Отваран је простор новим идејама. Читаоци су се опраштали и од сестара које су заувек отишле из наших редова. Објављивани су специјални прилози и постери. Даривани стони календари уочи новогодишњих празника и ЦД са сестринском химном „Сестра". И још много тога...

Уз добродошлицу 40. броју пожелимо да „Сестринство" успешно настави своју мисију – поузданог информативног и стручног гласила сестара Клиничког центра Србије и њихових сарадника широм Србије и изван њених граница. Наравно, уз помоћ сестара које су његови креатори, стваралаци и читаоци. За њихово информисање, едукацију и даљу афирмацију професије.

С. Јовановић

Избор насловних страна часописа који је зашао у једанесту годину

Актуелности из Ургентног центра

ВИСОКО ОБРАЗОВАЊЕ СЕСТАРА

Високошколско образовање представља једну од најважнијих вредности сваког друштва. У свим областима људског деловања полазна је основа за квалитетнији рад, па и у пружању услуга здравствене неге пацијентима. Образовање медицинских сестара у Србији тек је однедавно подигнуто на висок ниво иако је свест и потреба о томе постојала деценијама уназад.

Статистика показује да је све већи број медицинских сестара одлучило да после средњег упише и високо образовање за медицинске сестре. Неке од њих су одлучиле да се школују уз рад, пратећи захтевне високе технологије у лечењу, које се уводе. Тако је у јунском року једанаест медицинских сестара запослених у Ургентном центру стекло висока струковна звања, а у најави за одбрану дипломског рада у септембарском року је још пет сестара. У овом тренутку у Ургентном центру је једанаест медицинских сестара са завршеним специјалистичким студијама на Високој здравственој школи струковних студија и Медицинском факултету.

Клиника за Ургентну интерну медицину

1. Олгица Весић – струковна медицинска сестра – техничар
2. Данијел Сладовић – струковна медицинска сестра – техничар
3. Давор Витић – струковна медицинска сестра – техничар
4. Амир Барчић – струковна медицинска сестра – техничар
5. Александра Ранђеловић – виша медицинска сестра

Клиника за ургентну хирургију

1. Марија Ђурић – виша медицинска сестра
2. Катарина Здравковић – струковна медицинска сестра
3. Марија Новаковић – струковна медицинска сестра
4. Милош Милојевић – струковни медицинска сестра –техничар
5. Гордана Јовановић – струковна медицинска сестра
6. Мирјана Игрутиновић – струковна медицинска сестра

***Љиљана* Ђукић, ВСС спец. едукатор УЦ**

ПРИЗНАЊЕ ЗА ДОПРИНОС БЕЗБЕДНОСТИ НА РАДУ

Поштовани колегинице и колеге, у прошлом броју часописа „Сестринство“ пропустили смо да вам саопштимо значајну информацију. Међутим, за добре вести никад није касно!

Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања Републике Србије – Управа за безбедност и здравље на раду, поводом безбедности и здравља на раду у Републици Србији доделили су нам **Похвалницу „28. април“** . Признање нам је додељено „за допринос у области безбедности и здравља на раду за 2013. годину“.

РЕПУБЛИКА СРБИЈА
МИНИСТАРСТВО ЗА РАД, ЗАПОШЉАВАЊЕ, БОРАЧКА И СОЦИЈАЛНА ПИТАЊА

Управа за безбедност и здравље на раду

Поводом Дана безбедности и здравља на раду у Републици Србији додељује се

ПОХВАЛНИЦА

"28. АПРИЛ"

Удружење медицинских сестара и техничара Клиничког центра Србије " Сестринство "

За допринос у области безбедности и здравља на раду за 2013. годину

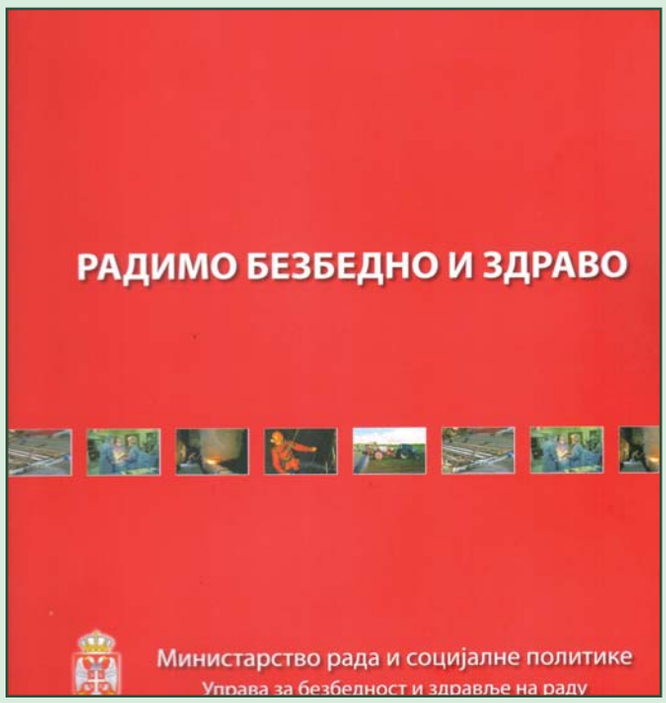
Министар

Београд, 28.04.2014.

Александар Вулин

Подсећамо: у октобру 2013. године, у оквиру Европске недеље безбедности и здравља на раду у здравству, у Центру „Сава“ у Београду одржали смо симпозијум „Безбедност и здравље на раду у здравству. Скуп је био изузетно посећен (око 1.000 учесника), са еминентним предавачима из земље и иностранства и бројним излагањима на основу резултата истраживања о безбедности и здрављу на раду здравствених радника на радном месту. Желимо да нагласимо да је поред бројних наступа колегиница и гостију из земље и иностранства, говорила и госпођа Богларка Бола, директор Европске канцеларије за безбедност и здравље на раду.

У досадашњем раду УМСТ „Сестринство“ настојало је да свој рад базира на темама и резултатима битним за професију, који ће моћи да се користе у будућности. С таквим опредељењем настављамо и даље задатке унапређивања професије и заједничке сутрашњице.



Уз 8. СЕПТЕМБАР – МЕЂУНАРОДНИ ДАН ФИЗИОТЕРАПЕУТА

СТРУКОМ И ПОКРЕТОМ ДО ЗДРАВЉА

ВИШЕ ОД 20 ГОДИНА РАДА ФИЗИОТЕРАПЕУТА НА КЛИНИЦИ ЗА ФИЗИКАЛНУ МЕДИЦИНУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈУ КЛИНИЧКОГ ЦЕНТРА СРБИЈЕ

Снежана Благојевић рођена је 26. априла 1968. године у Београду, где је завршила основну, средњу и вишу медицинску школу, одсек за физиотерапеуте (садашња Висока здравствена школа струковних студија). Запослена је од 1988. године на Клиничком центру Србије. Обављала је послове физиотерапеута на свим одељењима КЦС, а најдуже на одељењу ортопедије Ургентног центра и касније у интензивним негама А и Б тог центра. Од 2009. године главни је терапеут Ургентног центра, а од 2013. главни терапеут Клиничког центра. Члан је Друштва физиотерапеута Србије и Удружење медицинских сестара и техничара КЦС „Сестринство“.

Snežana Blagojević is born in Belgrade on the 26th of April 1968. She has completed all her schooling in Belgrade, and is a physiotherapist of high rank. She is working in the Clinical Centre of Serbia from 1988, and has worked at all departments, mostly on orthopaedic ward of Emergency Centre and intensive care units of Emergency Centre. She becomes the Head of the therapists in Emergency ward at 2009 and the Head of all therapists working in the Clinical Centre of Serbia in 2013. She is the member of the Serbian Association of Physiotherapists, Association of Nurses and Technicians of CCS.

Физикална медицина и рехабилитација (ФМ&Р) вероватно је један од најстаријих метода лечења у историји медицине. Ипак, физиотерапеут, онако како га ми данас знамо, постоји од прошлог века. Први значајнији развој ФМ&Р доживела је након Првог светског рата. Упоредо са развојем катедри за физикалну медицину и рехабилитацију на медицинским факултетима у средњим школама оснивају се и прва одељења за физиотерапију.

Данас је занимање физиотерапеут изузетно привлачно младима, јер је везано за медицинску грану која континуирано напредује због старења становништва и све веће пажње превентиви (и лечењу ако је потребно) у раном и касном детињству и радно активног становништва. Та специфична здравствена делатност је у успону и због тога што све више људи схвата неопходност коришћења покрета и природних агенса у лечењу.

Међународни дан физиотерапеута 8. септембар у Србији је први пут обележен 2010. године, а затим и сваке следеће године, уличним приказима у Београду, Новом Саду и Нишу са називом ПОКРЕТОМ ДО ЗДРАВЉА.

Овогодишњи Међународни дан физиотерапеута права је прилика да прикажемо физиотерапеутски део рада Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Србије и да се сетимо да је најмлађа клиника КЦС прославила више од 20 година рада.

Физиотерапеути су и много година пре званичног формирања установе у оквиру Клиничког центра Србије радили на готово свим клиникама.

На простору данашњег Клиничког центра Србије године 1945. је на Клиници за ортопедску хирургију и трауматологију основано прво одељење за физикалну медицину и рехабилитацију. На том одељењу је госпођа Пешић (први терапеут на просторима клиника које су данас обухваћене Клиничким центром Србије) још за време Другог светског рата примењивала Solux лампе, кварц лампе, топлотне арњеве и вежбе (касније су терапеути били: Љубомир Бећировић, Аница Врцељ, Драган Денда...). Године 1956. Клиника за инфективне и тропске болести је у време епидемије полиомијелитиса увела физиотерапеуте и физијатре у свој свакодневни рад. Професор Лабан је на Институту за плућне болести и туберкулозу 1959. године основао први физиотерапеутски тим, у чији састав су ушли радни терапеути и психотерапеути. Први главни терапеут била је Љубинка Врачарић, виши физиотерапеут. Спасоје Матовић и Александар Грујић су први терапеути које је примио Институт за неурологију, а Нада Живковић и Светислав Микић први терапеути Института за неурохирургију. Од 1988. године почиње рад физиотерапеута на Ургентном центру (Радмила Грбић, Марија Мартиновић, Драгица Милутиновић Филиповић, Владимир Ристић, Зоран Цветковић).

Служба за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Србије је 1993. године објединила све кадрове из ове области који су радили на клиникама у оквиру КЦС и примила нове. Први главни терапеут била је Драгица Милутиновић, виши физиотерапеут, а први начелник службе мр сц. др Милена Мицић, примаријус. У тренутку оснивања Службе, за директора је постављена проф. др Владислава Весовић Потић, а био је 21 виши физиотерапеут, 15 средњих физиотерапеута, 9 виших радних терапеута, 5 средњих радних терапеута и 10 лекара. Десет година касније Центар за физикалну медицину и рехабилитацију КЦС има 80 физиотерапеута, 5 административних радника и 21 лекара. Данас, 20 година касније, Клиника за физикалну медицину и рехабилитацију има укупно 104 струковних и физиотерапеута (15 средњих) и 25 лекара.

Велики допринос струци дали су и физиотерапеути који су протеклих година отишли у пензију: Светислав Микић, Даница Ивин, Бошко Милосављевић, Ковиљка Недић Дубљанин, Андреј Гарденин†, Душан Кићевић†, и Марија Мартиновић†.

Рад физиотерапеута организован је према клиничким одељењима, а у оквиру клиничких одељења према степену зависности болесника. У амбулантном делу постоји и специјализовани кабинет за рехабилитацију шаке.

Физиотерапеути су, у сарадњи са административним службеницима, осмислили изглед терапијске листе усклађене са потребама амбулантног и одељењског рада Клинике и вођења медицинске документације и електронске документације. Исто тако осмишљене су и припремне листе за фактурисање услуга у стационару.

У првих шест месеци 2014. године Клиника је у стационарном делу имала 67.359 физијатријских прегледа и 121.495 физиотерапијских и рехабилитационих услуга, а у амбулантно-поликлиничком делу 4.679 физијатријских прегледа и 77.813 физиотерапијских и рехабилитационих услуга; укупно 72.058 физијатријских прегледа и 199.308 физиотерапијских и рехабилитационих услуга. Укупан број особа обухваћених физијатријским прегледима и физиотерапијским и рехабилитационим услугама је 13.087 и то у амбулантном делу 1.065, а у стационарном 12.022 особе.

Клиника је наставна база Медицинског факултета на основним и специјалистичким студијама за лекаре и физиотерапеуте са високим и вишим образовањем, те Високе струковне школе здравствених радника. Запослени су носиоци или сарадници у процесу образовања на свим нивоима школовања.

Сви физиотерапеути активно су учествовали у пилот-акредитацији Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију коју је Агенција за акредитацију здравствених установа Србије доделила Клиници ради тестирања и прихватања критеријума акредитације у области физикалне медицине и рехабилитације. Клиника је у тој акредитацији добила максималан број бодова (7 година). Тиме су дефинитивно прихваћене све процедуре неопходне за стално унапређивање квалитета здравствене заштите у раду и успостављени оптимални циљеви у задовољавању стандарда прописаних за нашу струку на терцијарном нивоу здравствене заштите и уведени делотворни механизми за њихово праћење

Када говоримо о стручном усавршавању, један терапеут је завршио ПНФ метод рехабилитације, 10 терапеута kinesiotaping, terraband и terraball, док је један терапеут завршио специјалистичке струковне студије другог степена на Медицинском факултету у Београду, а три терапеута завршавају исту школу (специјалиста – струковни терапеут). Од 2013. године један терапеут се бави рехабилитацијом покретом, плесом, уз музику. Два терапеута су редовно учествовала у раду радионица Светске федерације за хемофилију (WFH) и обучени су за рад са особама оболелим од хемофилије. Два терапеута су са лиценцом за психофизичку припрему трудница, а један ради у ЕМНГ кабинету. Један је предавач на курсу КЦ „Збрињавање пацијената са акутним коронарним синдромом“.

Наши терапеути су цењени и у свету спорта. Виши физиотерапеут Душан Поповић је, као члан стручног штаба сениорске кошаркашке репрезентације Југославије и Србије и као физиотерапеут, учествовао на Европском првенству за кошаркаше у Истан-

булу (Турска) 2001. године (златна медаља), на Светском првенству за кошаркаше у Индијанаполису (САД) 2003. године (златна медаља), на Европском првенству за кошаркаше у Стокхолму (Шведска) 2003. године (златна медаља) и на Европском првенству за кошаркаше у Варшави (Пољска) 2009. године (сребрна медаља). Одликован је Орденом Немање првог реда и Орденом Југословенске заставе. Поред тога, Душан Арсић и Драган Ристовић били су физиотерапеути клуба МАРГО у малом фудбалу (ФУЦАЛ) . Са сениорском репрезентацијом земље у том спорту били су физиотерапеути тима на три европска и једном светском првенству, те на светском такмичењу са Универзитетском репрезентацијом у том спорту.

Наши су физиотерапеути активни чланови Друштва физиотерапеута Србије. Драгица Милутиновић била је члан организационог одбора Првог конгрес физиотерапеута Србије у Београду 2003. године и члан председништва Удружења и секретар за образовање, те члан уредништва часописа „Физикална терапија“. У актуелном сазиву као члан председништва активна је колегиница Слађана Ћосовић, а чланови надзорног одбора су Ранка Пљаскић Мартиновић и Душан Поповић.

Од 1997. године на Клиници се одржавају редовни стручни скупови физиотерапеута Србије, сада познатији као мајски састанци, који су увек изузетно посећени. Ове године је скуп први пут одложен на препоруку Друштва физиотерапеута због временских неприлика.

Савез здравствених радника Србије и Друштво радних и физиотерапеута Србије је поводом прославе 45 година постојања доделило Клиничком центру Србије Захвалницу за посебне заслуге и допринос у стручном раду и афирмацији радних и физиотерапеута.

За наших јубиларних 25 година даћемо преглед рада и постигнућа целе Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Србије.

(Захваљујемо прим. др Ранки Крунић Протић за помоћ.)

***Снежана* Благојевић**

Неки радови наших физиотерапеута:

1. Дубљанин Недић, К., Којић, С.: *Могућност ране рехабилитације са спољним фиксатором*, Конгрес здравствених радника Југославије, Херцег Нови, Игало 5–10. јун 1995. године.
2. Легеза, М., Павловић, С.: *Рехабилитација болесника са опструктивним бронхитисом*, Конгрес здравствених радника Југославије, Херцег Нови, Игало 5–10. јун 1995. године
3. Миловановић, Н.: *Рана рехабилитација и превенција респираторних компликација у јединици интензивне неге*. Конгрес здравствених радника Југославије, Херцег Нови, Игало 5–10. јун 1995. године.
4. Турчинов, Г., Буђевац, Т.: *Примена електромагнетног поља и ласера у лечењу ulcus cruris-a*, Конгрес здравствених радника Југославије, Херцег Нови, Игало 5–10. јун 1995. године.
5. Филиповић, Д.: *Искуства у лечењу ulcus cruris-a и декубиталних рана применом Био – Бима, светлосног генератора ог 66 онм,* Конгрес здравствених радника Југославије, Херцег Нови, Игало 5–10. јун 1995. године.
6. Филиповић, Д., Младеновић, С.: *Рана рехабилитација постинфарктних стања миокарда*, Конгрес здравствених радника Југославије, Херцег Нови, Игало 5–10. јун 1995. године.
7. Павловић, С., Манојловић Опачић, М.: *Рани рехабилитациони третман болесника са уграђеном парцијалном ендопротезом кука*, Јубиларни сусрети здравствених радника Југославије са међународним учешћем, Будва, 3–8. јун 1996. године, Сажеци радова, стр. 323.
8. Велимировић, О.: *Психофизичка припрема трудница за порођај*, Јубиларни сусрети здравствених радника Југославије са међународним учешћем, Будва, 3–8. јун 1996. године, Сажеци радова, стр. 349.
9. Миловановић, Н., Мицић, М.: *Поступци раног рехабилитационог третмана у току лечења болесника са краниоцеребралноим повредама*, Јубиларни сусрети здравствених радника Југославије са међународним учешћем, Будва, 3–8. јун 1996. године, Сажеци радова, стр. 339.
10. Милосављевић, Б., Микић, С., Миловановић, Н.: *Утицај поремећеног стања свести на обим покрета у зглобовима*, Јубиларни сусрети здравствених радника Југославије са међународним учешћем, Будва, 3–8 јун, 1996. године, Сажеци радова, стр. 339.
11. Филиповић, Д., Буђевац, Т.: *Физикално лечење и рехабилитација особа са лезијама plexus brachialis-a*, Јубиларни сусрети здравствених радника Југославије са међународним учешћем, Будва, 3–8. јун 1996. године, Сажеци радова, стр. 330.
12. Буђевац, Т., Мицић, М.: *Поступци раног рехабилитационог третмана у току лечења болесника са краниоцеребралном траумом*, ФТ Физикална терапија, година 3, број 6, јануар 1997, стр. 19–20.
13. Филиповић, Д., Видаковић, П.: *Рана рехабилитација после акутног инфаркта миокарда*, ФТ Физикална терапија, година 3, број 6, јануар 1997, стр. 13–15.
14. Милосављевић, Б., Микић, С., Крунић Протић, Р.: *Утицај измењеног мишићног тонуса на обим покрета у зглобовима код пацијената са поремећеним стањем свести*, ФТ Физикална терапија, година 3, број 6, јануар 1997, стр. 16–18.
15. Богданов, Ј.: *Улога физиотерапеута у превенцији компликација код операција на плућима*, Сусрети здравствених радника Југославије са међународним учешћем, Херцег Нови, 2–7. јун, 1997. године.
16. Мићуновић, Б.: *Значај кинезитерапијског третмана код пацијената са „висећим куком“ са једне стране и остеосинтезом трохантерног масива фемура са друге стране*, Први конгрес физиотерапеута Србије, Београд , 2003. године
17. Вељић, С., Матановић, Д.: *Рана рехабилитација пацијената у кардиологији са имплантацијом стента (примарни PCI),* Трећи конгрес физиотерапеута Србије са међународним учешћем, 20–23. септембар, Нишка Бања, 2007, Зборник радова, стр 46.
18. Велимировић, О., Вучковић, З., Благојевић, Д.: *Рана рехабилитација одојчади са тортиколисом*, Трећи конгрес физиотерапеута Србије са међународним учешћем, 20–23. септембар, Нишка Бања, 2007. године, Зборник радова, стр. 38 – РАД ЈЕ ДОБИО ПРВУ НАГРАДУ
19. Цветковић, Јелена.: *Рехабилитација пацијената након руптуре мождане анеуризме*. Девети конгрес физиотерапеута, Београд, 2012. године.
20. Ћосовић, Слађана.: *Танго у терапији рехабилитација старих*, Шести конгрес физиотерапеута, Нови Сад, 2013. године.
21. Ћосовић, Слађана.: *Аспекти примене ритма и покрета – Танго у терапији*, Први конгрес физиотерапеута УФФ БИХ са међународним учешћем, Сарајево, 3–6. октобар 2013. године.
22. Благојевић, С., Турчинов, Г., Ристић, В.: *Рани рехабилитациони третман пацијената након прелома карлице*, Конгрес здравствених радника Србије „Без граница за знање“, Златибор, 23–27. октобар 2013. године.
23. Ракић, З., Недељков, Н., Благојевић, С., Ђукић, Р., Брујић, Ј., Томановић Вујадиновић, С.: *Физикална терапија у различитим фазама постоперативног лечења болесника након трансплантације јетре – приказ случаја*, Четрнаести конгрес физијатара Србије са међународним учешћем, Суботица, 11–14. мај 2014. године, Зборник радова, стр. 54.
24. Павловић, С., Нишић, Ј., Ракић, Д., Драча, Б., Крстић, Н.: *Рехабилитација болесника након трансплантације срца*, Четрнаести конгрес физијатара Србије са међународним учешћем, Суботица, 11–14. мај 2014. године, Зборник радова, стр 57.
25. Поповић, Д., Мавренчић, Н., Раилић, З., Јовановић, К., Селаковић, И., Ђурашић, Љ.: *Место и улога физиотерапеута у мултидисциплинарном тиму код трансплантације бубрега*, Четрнаести конгрес физијатара Србије са међународним учешћем, Суботица, 11–14. мај, 2014. године, Зборник радова, стр. 59

Са Конгреса медицинске информатике у Истанбулу у Турској

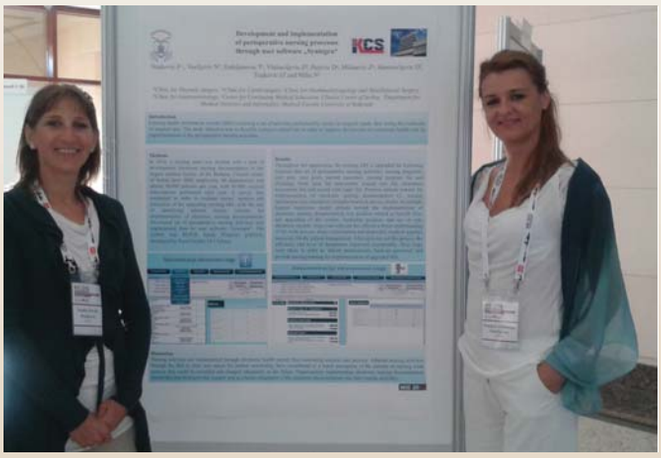
ИНФОРМАЦИОНЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ И САВРЕМЕНО СЕСТРИНСТВО

Међу 350 учесника из 44 земље биле су и сестре КЦС и Клиничко-болничког центра „Др Драгиша Мишовић“ • У погледу стручности и неге не заостајемо за сестрама у свету. • Кључне потребе: усавршавање образовног система и завршетак процеса дигитализације

Један од највећих изазова данашњице у процесу лечења и неге представља повезивање великог броја учесника тог делокруга рада са информационо-комуникационим технологијама. Најбољи показатељ односа међузависности био је Конгрес медицинске информатике одржан од 31. 8. до 3. 9. 2014. године у Истанбулу. Више од 300 радова, 100 постера, 30 панел-дискусија и бројне радионице показали су да је један конгрес са таквом темом био недовољан да би се приказала потреба за озбиљним укључивањем здравствених радника у процес технолошког напретка ради безбедности и збрињавања пацијената. Изузетан је податак да је међу бројним радовима сестринска делатност била равноправно заступљена и да је међу 350 учесника из 44 земље током сестринске сесије могло да се да чује истраживање о познавању информационо-комуникационих технологија у сестринској професији у Србији.

Колегинице са Клиничког центра Србије, у сарадњи са колегиницом Сањом Паунић са Клиничко-болничког центра „Др Драгиша Мишовић“, у Истанбулу су се представиле са две теме. Постер-презентацијом показана је могућност надограђивања постојећег софтвера клиничког пута лека како би медицинске сестре Клиничког центра Србије поред извештавања о потрошњи лекова и потрошног материјала могле да прикажу свакодневно ангажовање у оквиру процеса здравствене неге. Уз помоћ постера приказан је део апликације која може да се прилагоди да би колегинице након рада око пацијента једноставним одабиром из падајућег менија селектовале примењене поступке.

Говорном презентацијом приказано је истраживање познавању информационих технологија међу медицинским сестрама обављено од септембра 2012. до марта 2013. године.Истраживање је обухватило 400 медицинских сестара и групу од 12 експерата, који су имали задатак да на основу анкетног упитника и Ликертове скале прикажу разлику између онога што тренутно знамо и онога што бисмо морали знати о ИКТ у свакодневном раду. Ваљало би нагласити да су се сличним истраживањем бавиле и наше колегинице у Турској и да су резултати били запањујуће слични. Већина запослених у Србији има представу да смо у заостатку за многим колегама из иностранства. Чињенице су потпуно другачије. На основу свега што смо имали прилику да чујемо, једино у чему медицинске сестре у Србији заостају јесте образовни систем, који није усаглашен са европским и недостатак финансијских средстава да све идеје спроведемо у дело. На крају те презентације слушаоце је највише занимао наш образовни систем, постојање сестринске информатике, рад у електронском здравственом картону или неким другим апликацијама, да ли смо упознати са TIGAR иницијативом. Било нам је драго што смо оставили фантастичан утисак и што смо позване да присуствујемо конгресу сестринске информатике који ће бити одржан 2016. у Швајцарској.



Морамо признати да је овај конгрес био одлично организован. Предавања су завршавана тачно на време, све сале су биле близу једна другој. До последњег предавања слушаоци су били нестрпљиви да чују новине из света. Нашу пажњу највише су привукла предавања о Google наочарима, терминологији, номенклатури, електронском картону, безбедности пацијената, роботици, претраживању информација уз помоћ веб-сајта. Било је немогуће испратити све учеснике: радни дан на конгресу почињао је у 9, а завршавао се у 18,30 часова. Књига сажетака има 1382 стране. Новина коју смо видели и доживели на овом конгресу односи се на апликацију ConPass. У питању је мобилна апликација која омогућава да без икакве папирологије, мапа, књиге сажетака све постоји на једном месту у телефону или таблету одабиром из падајућег менија.

Можемо да се надамо дигитализацији у 2015. години, да ће садашњи министар здравља довести процес до краја, те да ће се сестринска информатика показати као засебна професија на Високој школи или на Медицинском факултету и да неће бити схваћена као луксуз већ као потреба.

Наташа **Василијевић**
Ивана **Стојковић**

Студијски боравак наших сестара у метрополи на два континента

У ПОСЕТИ ГРАДУ ЗДРАВЉА

Acibaden – престижни приватни здравствени систем у Турској представља интегрисану мрежу за пружање здравствених услуга, од пројектовања, мобилне здравствене службе, лоборатор анализа, до обезбеђивања кетеринга и образовања

Истанбул – природна врата између Европе и Азије, са својом раскошном културном оставштином, никад не престаје да нас одушевљава. Тај сјајни град, подигнут на месту где се и буквално сусреће исток и запад, уобличиле су четири снажне цивилизације: грчка, римска, византијска и османлијска. Током своје историје поносито је носио имена: Византион, Нови Рим, Константинопољ, Цариград и Истанбул. Данас је то велеград, права кошница људи са више од тринаест милиона становника који живе и раде на два континента, извлачећи оно најбоље из оба света. Модерни трг Таксим, или квартови Бејоглу и Османбеј, учиниће да се осећате као у било којој светској метрополи, док ћете се, шетајући Султанахмет тргом, неизбежно вратити неколико стотина или чак хиљада година уназад и осетити декаденцију, али и родољубље византијских императора, генијално планирање римских урбаниста, готово неизмерну моћ султана….

Од 22. до 26. септембра Удружење медицинских сестара и техничара Клиничког центра Србије „Сестринство“ организовало је студијски боравак 16 сестара у Истанбулу. Наш циљ била је престижна болница **Acýbadem,** коју смо обишли и боравили у њој ради усавршавања и размене искустава. Наравно, упознали смо се и са знаменитостима Истанбула.

Acýbadem је најпризнатији приватни здравствени систем у Турској од 1991. године. Пружа свеобухватне услуге дијагностике и лечења захваљујући најбољим лекарима, коришћењем најсавременије медицинске технологије и инфраструктуре, које акредитовао JCI стандард. Здравствени систем обухвата 17 потпуно опремљених општих болница и 13 амбуланти, са тимом од 2.200 лекара, 3.500 медицинских сестара и 6.500 чланова помоћног особља.

Acýbadem, у ствари, представља *интегрисану мрежу за пружање здравствених услуга.*

Acýbadem пројектни менаџмент бави се пројектовањем, изградњом и опремањем болница.

Acýbadem осигурање пружа услуге здравственог и животног осигурања.

Acýbadem мобилна служба омогућава здравствене услуге на путу, код куће, на послу, те стандардне услуге хитне здравствене службе.

A-Plus пружа услуге попут кетеринга, прања веша и чишћења болница свих величина.

Acýbadem лабораторија обезбеђује услуге свих типова лабораторијских анализа, укључујући генетске и патолошке анализе и чување матичних ћелија.

Универзитет Acýbadem је институција која је посвећена преношењу знања истакнутих професионалаца који раде у оквиру здравственог система будућим генерацијама здравствених радника и то у оквиру самог медицинског факултета и школе за медицинске техничаре и немедицинско особље.

Циљ посете медицинских сестара у организацији „Сестринства“ била је болница са великим искуствима код онколошких пацијената и упознавање са радом **GAMMA KNIFE PERFEXION** за лечење тумора.

Напредна технологија Gamma ножа омогућава поступак лечења тумора мозга на безболан начин и без крви, без отворене операције, тако да пацијент може да се врати кући истог дана.

Термин радиохирургија у свет медицине увео је швајцарски неурохирург Ларс Лексел и односи се на процес усмеравања бројних нискоенергетских радиоактивних снопова који не оштећују здраво ткиво мозга око оболеле области унутар лобање. Ти радиоактивни снопови третирају оболело ткиво фокусирајући се на заражене тачке и ослобађају јаку дозу зрачења само на то једно оболело место.

- **Много је прецизнији**
  Његове технолошке могућности му пружају прецизност од 0.3 mm.
- **Много је ефективнији**
  Његова ефикасност доказана је у хиљадама објављених научних чланака.
- **Научне студије потврђују да постиже најбољи резултат без угрожавања пацијента.**
- **Користи се у великом броју здравствених центара.** Gamma нож се тренутно користи у око 300 здравствених центара широм света.

Резултат посете: Научили смо много тога, прикупили мноштво информација, стекли нова знања... све то желимо да поделимо и с нашим колегиницама

Времена је било мало, али смо уз добру организацију „Сестринства“ успели да спојимо корисно и лепо. Очекујемо да наше медицинске сестре добију позив да у тим установама проведу извесно време на едукацији и усавршавању. Њихова организација сестринске службе је на завидном нивоу у односу на наш здравствени систем. Сам процес здравствене неге је олакшан, јер раде са најмодернијом опремом и апаратима.

Медицинске сестре имају свој самостални факултет, а у здравственом систему њих води директор медицинских сестара. Ради се по систему здравствене неге: уредно води сестринска анамнеза, сестринска документација и поставља сестринска дијагноза по НАНДА листи, а након лечења, пацијент добија и сестринску отпусну листу.

Са лепим утисцима, мирисом оријента и укусним баклавама преносимо срдачне поздраве колега из Истанбула. Надамо се да ће се сарадња наставити и даље као што је била протеклих година и да ће ускоро извештај са оваквог путовања у организацији „Сестринства“ писати нова група сестара која ће боравити тамо на усавршавању .

Велисава **Перовић**
Клиника за кардиоваскуларне болести Дедиње, Београд

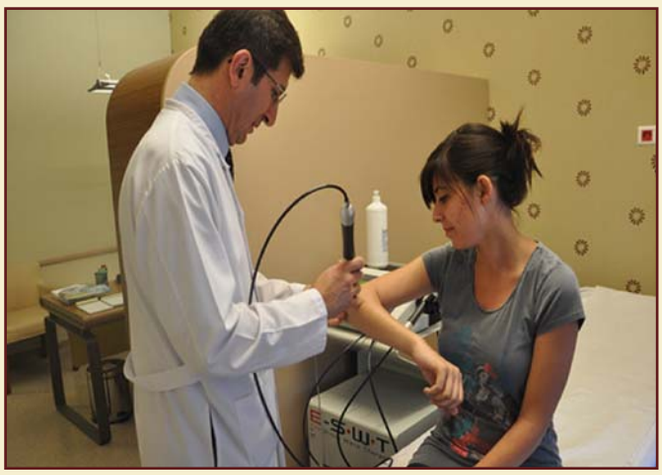
У СВЕТСКИ ПОЗНАТОМ СПОРТСКОМ ЦЕНТРУ

Истанбул је светски центар у коме се сусрећу исток и запад, Азија и Европа, ислам и хришћанство. Место преплитања различитих култура и религија. Град добронамерних људи који нас је оставио без даха.

Главни циљ наше посете овом граду је био Acibadem центар спортске медицине. Болница се налази у европском делу Истанбула, у Бешикташу, првом насељу на обали мореуза.

Центар спортске медицине Acibadem је познат признати приватни здравствени систем у Турској, основан 1991. године. Намењен је лечењу и кондиционирању искључиво професионалних спортиста. Поседује све потребне дозволе ФИФЕ.

Сматра се за водећи европски центар у тој области и трећи у свету. У њему раде признат лекарски специјалисти из области ортопедије и спортске медицине. Ради развијања физичког потенцијала и перформанси спортиста Центар подједнако инсистира на припреми за превенцију повреда и лечење повређених спортиста.



Центар има услове за богат садржај рада: кошаркашке, одбојкашке и фудбалске терене, трим-стазе, сауне, базене, центре за масажу, јогу, пилатес и најсавременије справе за тестирање свих врста спортиста. Помоћу те савремене апаратурне и технике обавља се анализа могућности и способности спортисте како би се направио лични програм тренинга. Центар поседује и такозвану шок-собу, у којој се могу подешавати температуре од -60^{0}Ц до +60^0 за тренинг спортиста који се баве екстремним спортовима. Ту је и просторија која симулира услове на различитим надморским висинама и апарат који симулира бестежинско стање.

Центар је спонзор многих спортиста и спортских друштава, међу којима су спортског друштва „Партизан“ и „Црвена звезда“.

Били смо одушевљени условима и опремљеношћу центра, те љубазношћу наших домаћина, који су нас стрпљиво провели кроз његове просторије и објекте и одговарали на наша питања. Остаје само нада да ће се и код нас у блиској будућности отворити таква престижна установа.

Јелена **Нишић**
Центар за физикалну медицине и рехабилитацију КЦС

Жене у белој униформи – Јагода Стојиљковић

СТРУЧНА, ПОУЗДАНА, ОМИЉЕНА...

Причати или писати о Јагоди Стојиљковић - жени у белој униформи, првој главној сестри Ургентног центра, није уопште тешко. Напротив, представља право задовољство и чини ми част као њеном дугогодишњем сараднику.

Упознале смо се у септембру давне 1987. године, поводом организације, опремања, сређивања и припреме Ургентног центра за свечано отварање и почетак његовог рада. У томе су учествовале и друге колегинице и колеге. Клинички центар Србије конституисан је 1. 1. 1983. године. Ургентни центар као његов део, који представља највиши ниво заједништва клиника и института у стручном раду на збрињавању ургентних стања на подручју града Београда, Републике Србије, у то време и Југославије, конституисан је 1987. године. Почео је с радом 3. 11. 1987. године и до данашњег дана врата те установе се не закључавају, а на одељењима и у амбулантама не гасе се светла.

Смештен је у обновљеним и реконструисаним зградама бивше ВМА. Заузима простор од 22.000м^2. Састоји се од амбулантно-пријемног дела и стационара са 300 постеља, те пратећих неопходних служби разних специјалности. Наставна је база за ђаке Средње медицинске школе, студенте Високе медицинске школе и студенте Медицинског факултета. О оправданости постојања оваквог центра и његовом значају више пута су до сада аргументовано казивали челни људи Ургентног центра, најпре први директор проф. др Живорад Ђорђевић, проф. др Михајло Митровић, проф. др Вељa Вујичић и други. На то указује и данашње руководство, које своје тврдње може поткрепити егзактним показатељима о броју прегледаних пацијената и интервенција.

Током рада Ургентни центар храбро се изборио с многим недаћама. Најтеже је било током деведесетих година прошлог века, када је на просторима СФРЈ избио рат и велики број рањеника и избеглица затражио помоћ баш у Ургентном центру. Тада су сви запослени положили испит људскости, стручности и хуманости с највишом оценом. На место главне сестре ургентног пријемног дела је у то време постављена виша медицинска сестра Јагода Стојиљковић.

Покушаћу да у кратким цртама опишем лик Јагоде Стојиљковић, те дивне особе коју мотивација за рад и успех никада није напуштала и која није случајно пригрлила баш тај позив и ту професију. Њене особине обележавају њену снажну личност, што не значи да није и рањива.

Као мајка је веома пожртвована. Велики је борац за породицу. У послу је егзактна, стручна, амбициозна, поуздана, радна. Увек усмерена ка испуњењу циља коме тежи, не желећи при томе никога да повреди или оштети. Одличан је предавач, омиљена међу студентима, праведна, коректна, плени осмехом и харизмом .

Искрен је сарадник и прави пријатељ.

Увек је тежила да помогне другима и изађе им у сусрет иако се према њој нису увек сви тако понашали.

Да је вредна и радна, говоре и њена дела, пре свега образовање:

– 1986. – Виша медицинска сестра – Виша медицинска школа у Београду,

– 1995. – Дипломирани дефектолог – Дефектолошки факултет у Београду,
– 1996. – Заснива стални радни однос у Вишој медицинској школи у Београду на предметима: Ургентна медицинска помоћ и Здравствена нега у хирургији,
– 2002. – Магистар медицинских наука – Медицински факултет у Београду, Теза: „Процена неуробихевиоралних способности код особа са повредама мозга у акутном стању“,
– 2004. – Изабрана у звање предавача предмета: Здравствена нега у хирургији и Ургентна медицинска помоћ,
– 2007. – Изабрана у звање предавача предмета: Технике инструментирања.

Томе би требало додати и бројне награде и научну, стручну и друштвену активност. Аутор је 19 радова који су публиковани у зборницима радова Савеза здравствених радника Србије и другим часописима, коаутор је осам стручних радова...

Јагода Стојиљковић је аутор изузетног уџбеника за Ургентну медицинску помоћ са негом и Здравствене неге, Технике инструментирања и Здравствене неге у хирургији.

Велико је лично и професионално задовољство што сам у прилици да се дружим и сарађујем са особом каква је моја дивна пријатељица Јагода Стојиљковић. О њој могу да имају другачије мишљење само они који је не познају. Желим јој много успеха у даљем раду, личну и породичну срећу.

***Нада Јанковић*, дипл. деф.**

Из богате биографије

Јагода Стојиљковић рођена је 27. 6. 1950. године у Граници. Средњу медицинску школу завршила је Лесковцу као ђак генерације. Као средњошколац била је активиста Црвеног крста у свом граду. После завршене Медицинске школе уписује се на Медицински факултет у Скопљу: због финансијских разлога бива приморана да прекине школовање, након три године школовања, 1977. почиње да ради на Првој хируршкој клиници као медицинска сестра на трећем одељењу за колоректалну хирургију замењујући одсутну сестру.

Са трећег одељења прелази на девето одељење за хепатобилијарну хирургију, где добија инокулациони хепатитис Б и одлази на боловање. Вративши се са боловања почиње да ради на шестом одељењу за езофагеалну хирургију. Као вредну, савесну и сестру са искуством, која је своје знање хумано и савесно обављала пружајући негу пацијентима, начелник проф. др Зоран Герзић и главна сестра одељења предлажу је за пријем у стални радни однос. Након тога прелази на одељење интензивне неге и реанимације, где остаје до 1986. године.

Вредна, образована и сестра са великим стручним искуством, пуна елана и воље за стручним усавршавањем, наставља школовање на Вишој медицинској школи у Београду, коју завршава 1986. године. Са дипломом ВМШ постављена је за главну сестру првог одељења Прве хируршке клинике, где остаје до 1987. године. Са Прве хируршке прелази у новоотворени Ургентни центар. Године 1995. завршава Дефектолошки факултет и 1996. из Ургентног центра одлази на Вишу медицинску школу.

Шта рећи о медицинској сестри Јагоди Стојиљковић? С њом сам провела 10 година заједничког рада на Првој хируршкој клиници и била њен стручни сарадник на ВМС на предмету Техника инструментирања на смеру за бабице. Она је професионалац, заљубљеник у свој посао и професију. Дугогодишњи рад у пракси, а касније и у просвети, посветила је што бољем усавршавању медицинских сестара у стручном погледу. Као заљубљеник у своју професију медицинске сестре написала је велики број стручних књига за студенте ВМС. Аутор је и коаутор многобројних стручних радова из области сестринства.

Иницијатор је и учесник у припреми програма за отварање специјализације за медицинске сестре из области клиничке неге, анестезије и инструментирања у операционој сали и праксе у својим установама. Јагода је хероина сестринства. Она се бори за бољи статус медицинских сестара у погледу школовања и стручног усавршавања, за статус сестара које ће бити равноправни чланови здравствене установе. Она је искрени пријатељ, добар сарадник и љубитељ своје професије. И данас с великом љубављу и осмехом присећа се својих почетака и догодовштина у раду.

То је Јагода Стојиљковић, права медицинска сестра.

***Снежана Антонијевић*, ВМС**

Наташа Василијевић, Клиника за гинекологију и акушерство КЦС

Natasha Vasilijević, Department of Gynecology and Obstetrics, CCS

ВАЖНОСТ СТАНДАРДИЗАЦИЈЕ СЕСТРИНСКЕ ТЕРМИНОЛОГИЈЕ У ЦИЉУ ФОРМИРАЊА СЕСТРИНСКИХ ДИЈАГНОСТИЧКИХ СРОДНИХ ГРУПА И ЊИХОВА ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА У ДИЈАГНОСТИЧКЕ СРОДНЕ ГРУПЕ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

THE IMPORTANCE OF STANDARDIZATION OF NURSING TERMINOLOGY IN ORDER TO FORM A NURSING DIAGNOSTIC GROUPS AND THEIR IMPLEMENTATION IN THE DIAGNOSTIC RELATED GROUPS REPUBLIC OF SERBIA

Наташа Василијевић рођена је у Чачку 1979. године, где је 1998. завршила средњу медицинску школу. Дипломирала је 2003. године на Вишој медицинској школи у Београду, а 2007. завршила Факултет за менаџмент у здравству .

Од 2004. ради на Клиници за кардиохирургију – Клинички центар Србије као виша медицинска сестра на одељењу интензивне неге, од 2011. године обавља послове едукатора здравствене неге Клинике за кардиохирургију, а од 2013. је начелник службе за здравствену администрацију Клинике за гинекологију и акушерство КЦС.

Nataša Vasilijević was born in 1979 in Čačak, Serbia where she finished Medical high school in 1998. She graduated from Medical College of Zemun in 2003, and in 2007 she graduated from the Faculty of Management at Health. Since 2004 she has been working at The Clinic for cardiac surgery within the Clinical center of Serbia as a nurse at the intensive care department and since 2011 as a health care educator, as well. Since 2013 performed after the Head Office for Health Administration Department of Obstetrics and Gynecology.

Сажетак

Стандардизација сестринске терминологије (SNL) и њена примена од суштинског је значаја за изградњу добре сестринске праксе. Обухвата формални, структуриран језик, који дефинише све делове процеса здравствене неге. У свету се сестринска терминологија користи од 1970. године, што није случај са нашом земљом.

Применом сестринске терминологије, користећи се пре свега класификацијама сестринских дијагноза, интервенција и исхода, електронским здравственим картоном остварује се могућност за њихову имплементацију у систем дијагностичких сродних група.

Циљ рада

Примарни циљ је да се прикаже значај стандардизације и примене сестринске терминологије. Најважнији циљ је указати на значај вођења електронске сестринске документације и у њеном оквиру примену сестринских терминологија и класификација како би се створили услови за имплементацију сестринских дијагноза и интервенција у систем дијагностичких сродних група.

Методологија

Компаративно-аналитичка студија анализом литературе, у којима су представљена постигнућа швајцарских и српских медицинских сестара.

Закључак

Медицинске сестре из Швајцарске дошле су до закључка да је користећи се сестринском терминологијом и постојећом класификацијом сестринских дијагноза, интервенција и исхода омогућено добијање свеобухватнијег завршног финансијског извештаја установе. Такође напомињу да се вођењем документације електронским путем пружа потпунија слика о стању пацијента, а самим тим и боља објашњења свих процедура и интервенција које

Abstractum

The standardization of nursing terminology (SNL), and its application is essential for building a good nursing practice. Standardization includes formal, structured language that defines all parts of the process of care. In early 1970 the standardized nursing language term was first started to be used worlwide. Unfortunately this was not the case in our country.

The use of standardized nursing terminology (nursing diagnoses, interventions and outcomes), through the electronic medical record, we will able to implement the same at the Diagnostic Related Groups system.

Aim

The primary goal is to point the importance of standardization and application of nursing terminology. The major goal is importance of keeping the electronic nursing documentation, and within the nursing terminologies and classifications in order to create conditions. After that we will able to implement nursing diagnosis and intervention at the Diagnostic Related Groups system.

Methodology

A comparative analytical study through the literature analysis, which describes the achievements of the Swiss and Serbian nurses.

Conclusion

Switzerland nurses came to the conclusion that using nursing terminology and existing classifications of nursing diagnoses, interventions and outcomes is possible to obtain a comprehensive final financial calculation of the institution. They also concluded that electronically stored documents provides a more complete picture of the patient's condition, and therefore a better explanation of all procedures and interventions that are provided to the patient. Nurses in Switzer-

су пацијенту пружене. Могу нам бити узор у предузимању првих корака дефинисања, стандардизације и примене сестринске терминологије у свакодневном раду медицинских сестара у Србији.

Кључне речи: *Стандардизована сестринска терминологија, електронска сестринска документација, дијагностичке сродне групе, процес здравствене неге, сестринска дијагноза.*

Увод

Сестринство као професија, чија је основна делатност здравствена нега, чини скуп специфичних знања, умећа и вештина које медицинска сестра стиче у току свог школовања и касније свога рада. Са развојем сестринске професије отварају се места за имплементацију нових техника и метода из различитих области. Поред стручно-професионалних садржаја, медицинске сестре треба да прате и садржаје и вештине комуницирања, организације рада, информатике, методологије истраживања, педагошко-психолошке садржаје, те садржаје из опште културе како би могле правилно да одреагују на савремене захтеве професије, односно да би задовољство пацијената пруженом здравственом негом било на што вишем нивоу.

У свакодневној сестринској пракси документовање рада медицинских сестра је рутински део сестринског посла. Примена процеса здравствене неге, континуирано праћење стања пацијента, али и вредновање сестринског рада императив је примене сестринске документације као информативни алат за опис сестринске праксе. Документовање сестринског рада је есенцијално за правилну, безбедну и ефикасну здравствену негу. [1,2] Подаци прикупљени на тај начин одлична су база за сестринска истраживања и даљу едукацију и надоградњу знања медицинских сестара.

Висококвалитетна сестринска документација промовише ефикасну комуникацију унутар здравственог тима, омогућујући континуитет и индивидуалност у току пружања неге. [3]

Стандардизована сестринска терминологија (Standardized Nursing Terminologies - SNL)

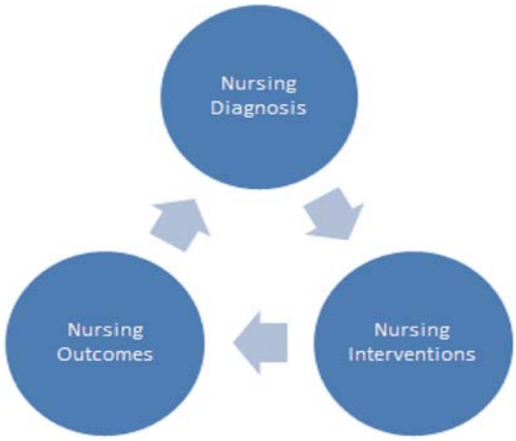
Коришћење стандардизоване сестринске терминологије од виталног је значаја за сестринску професију и изградњу добре сестринске праксе. Обухвата формални, структуриран језик који дефинише све делове процеса здравствене неге у њеном потпуном обиму (процену стања пацијента, планирање, спровођење интервенција, евалуацију). Стандардизована сестринска терминологија омогућава медицинским сестрама и другим здравственим радницима да користе исту терминологију за описивање потреба и проблема пацијента на свим нивоима здравствене заштите како у земљи тако и у иностранству. [4] Суштински, структура процеса здравствене неге састоји се од образаца и дефиниција сестринских дијагноза, интервенција и исхода. На тај начин, подаци о потребама пацијената „користе“ СНЛ за описивање здравствене неге као дисциплине, с једне стране, а с друге као подршку за развој параметара и стандарда праксе, истовремено олакшавајући медицинским сестрама процес доношења одлука у току вођења сестринске документације.[5]

Развој сестринске терминологије започет је још седамдесетих година прошлога века. Тренутно, Удружење америчких сестара (ANA) препознаје 12 стандардизованих сестринских терминологија:

- Минимални сет података здравствене неге (NMDS - Nursing Minimum Data Set).
- Сет података за перипоративну здравствену (PNDS - Perioperative nursing data set).
- Минимални управљачки сет података (NMMDS - Nursing Management Minimum Data Set).
- Класификација здравствене неге (CCC - Clinical Care Classification .)
- Међународна класификација сестринске (ICNP - International Classification of Nursing Practice).
- Класификација сестринских дијагноза (NANDA-International).
- Класификација сестринских интервенција (NIC - Nursing Interventions Classification).

land can be our role models in making initial step in presenting nursing terminology here in Serbia.

Key words: *Standardized nursing terminologies, electronic nursing documentation, diagnostic related groups, process of care, nursing diagnoses, interventions and outcomes.*



- Класификација сестринских исхода (NOC - Nursing Outcomes Classification)
- Омаха систем (Omaha System).
- Сет података за негу пацијента (PCDS - Patient Care Data Set).
- АБЦ кодови (ABC Codes) .
- Систематизована номенклатура медицинских клиничких термина (SNOMED CT - Systematic Nomenclature of Medicine Clinical Terms). [6]

Међу дванаест набројаних терминологија, NANADA-I, NIC i NOC се издвајају као терминологије које се користе за валидно и исправно документовање сестринског рада и ефикасну комуникацију између медицинских сестара. Оне дају велики допринос у именовању, категоризацији и класификацији знања из подручја здравствене неге, свеобухватне су и могу се користити у свим здравственим установама било које специјалности.

Класификација сестринских дијагноза Северноамеричког удружења за сестринске дијагнозе (NANDA-I) прва је објављена класификација сестринске праксе. Почеле су да се користе у пракси још 1970. године и до сада их је прихватило 20 земаља. [7]

Прва Класификација сестринских исхода (NOC) настала је 1991. године, а прва публикација 1997. године. Преведена је на седам језика и прихватиле су је многе земље. [5]

Класификација сестринских интервенција (NIC) први пут је публикована 1992. године и преведена је на 10 језика, NIC i NOC се ажурирају на сваке четири године, последње ажурирање је било 2013. године. [8]

Тренутно постоји 216 дијагноза у NANDA-I, 554 интервенција у NIC и 490 исхода у NOC. Током вођења процеса здравствене неге неопходно је критичко размишљање медицинских сестара у процесу одабира правилне и прецизне дијагнозе неге, интервенције и исхода на основу стања пацијента. [9] У свакој фази вођења процеса здравствене неге медицинска сестра користи сестринску терминологију да опише стање пацијента, да комуницира са осталим медицинским сестрама и другим здравственим радницима унутар тима. Свакако да је у коришћењу сестринске терминологије могућност настанка грешке у комуникацији и преношење информација о стању пацијента сведена на минимум.

Од 1970. године за огроман напредак сестринске праксе, сестринског знања заслужно је Удружење северноамеричких сестара за дијагнозу неге, пројекат Класификације сестринских интервенција и пројекат Класификације сестринских исхода. Нова сазнања заснована на сестринским дијагнозама, интервенцијама и исходима захтевају развијање новог модела процеса здравствене неге, односно начина вођења сестринске документације и њене им-

плементације у електронски систем. Управо је тај начин вођења сестринске документације олакшан коришћењем СНЛ. У пракси би то изгледало овако: у фази процене медицинска сестра би систематично прикупљала податке о пацијенту, након чега ће селектовати сестринске дијагнозе NANDA-I терминологију базирану на актуелним и потенцијалним проблемима и потребама пацијената. На основу постављених дијагноза, медицинска сестра ће моћи да постави циљеве и самим тим одреди интервенције користећи овога пута NIC терминологију. Након одређених интервенција и постигнутих циљева, одабира исходе неге из NOC терминологије, при чему ће утврдити који су циљеви реализовани, а који не. Јасно је да се исход неге креира на основу компарације пацијентовог стања пре и после примењених интервенција неге. На овај начин медицинска сестра прати стање пацијента у континуитету, те резултате пружене здравствене неге. [10]

Коришћење и стандардизација сестринске терминологије још недостаје у многим европским земљама. Ипак, већина (68%) која примењује стандардизовану терминологију, најчешће користе NNN (NANDA-I, NIC, NOC).

Имплементација СНЛ у електронски здравствени картон (EHR) од суштинског је значаја за свеобухватну евиденцију потпуне здравствене услуге коју пацијент добија у једној здравственој установи. Све то представља веома значајну тему данашњих истраживања. Међутим, стандарди за имплементацију сестринске документације, а самим тим и сестринске терминологије у електронски здравствени картон још недостају. Имплементација СНЛ у пракси дословно значи увођење сестринских знања у EHR, омогућавајући тако да здравствена нега буде видљива и мерљива. [11]

Позитивне стране стандардизације и примене система класификације, као и њихова имплементација у EHR су:

- Описује сестринску праксу (чини је познатијом другим члановима тима и клијентима).
- Унапређивање комуникације унутар тима.
- Помаже у унапређивању здравствене неге и сестринске професије.
- Омогућује поређење резултата здравствене неге.
- Олакшава документовање здравствене неге.
- Подстиче сестринска истраживања.
- Подстиче стандардизацију номенклатура услуга (здравствене неге).
- Проширује знања из области здравствене неге.
- Подстиче се развијање информационог система у сестринској пракси.
- Лакше је доношење одлука у свакодневном раду медицинских сестара
- Олакшано је одређивање трошкова пружене неге.
- Правилна је расподела средстава здравствене неге.
- Олакшано је повезивање знања медицинских средстава.

Здравствени информациони систем – ЗИС

Увођењем ИТ технологије у здравство мења се начин пословања и пружања здравствених услуга. Е-здравство дало је нову димензију у вођењу медицинске документације. Документовањем свих података о пацијенту, његових проблема и потреба електронским путем омогућени су већа доступност и бржи проток информација. Контрола квалитета услуга, ток употребе лекова, медицинског материјала омогућено је увођењем ЗИС. Он је извор података за индикаторе јавног здравља (здравље нације), што представља основ националне здравствене статистике. [12]

ЗИС има своју економску страну, која је веома важна у пословању једног система. Омогућена је контрола услуга (она је сведена на рационални ниво), смањена је нерационална потрошња вредности, а трошкови лечења постају значајна ставка у лечењу како за пацијенте тако и за државу.[12]

У здравственим установама Србије тренутно постоји више софтверских решења који се користе за вођење медицинске и здравствене документације. Програмска решења омогућавају праћење и бележење различитих података. Оно што је највећи проблем јесте управо непостојање јединствене информационе мреже здравствених установа где ће проток информација бити могућ на нивоу свих установа у Србији.

Што се тиче вођења сестринске документације електронским путем, једино је КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ Дедиње дао решење у оквиру програма „Монезис“, у коме се пацијенти прате путем Процеса здравствене неге, а по угледу на сестре у свету. Тај вид сестринске документације још је у процесу развоја, али и сада даје велике могућности и позитивне резултате у праћењу пацијента од тренутка његове хоспитализације до отпуста из болнице.

Јасно је да је коришћењем таквих програма, са јасно дефинисаним сестринским дијагнозама, интервенцијама и исходима, омогућена њихова лакша имплементација у DRG систему. Тиме ће се приказати све услуге које пацијент добија у току процеса лечења и неге у једној здравственој установи.

Дијагностичке сродне групе – DRG

Дијагностичке сродне групе (ДСГ) представљају метод класификације болнички лечених пацијената у групе сличне клиничке спецификације и захтевају сличну потрошњу болничких средстава. Термин дијагностичке сродне групе (ДСГ) превод је енглеског израза Diagnostic Related Groups (DRG). [10]

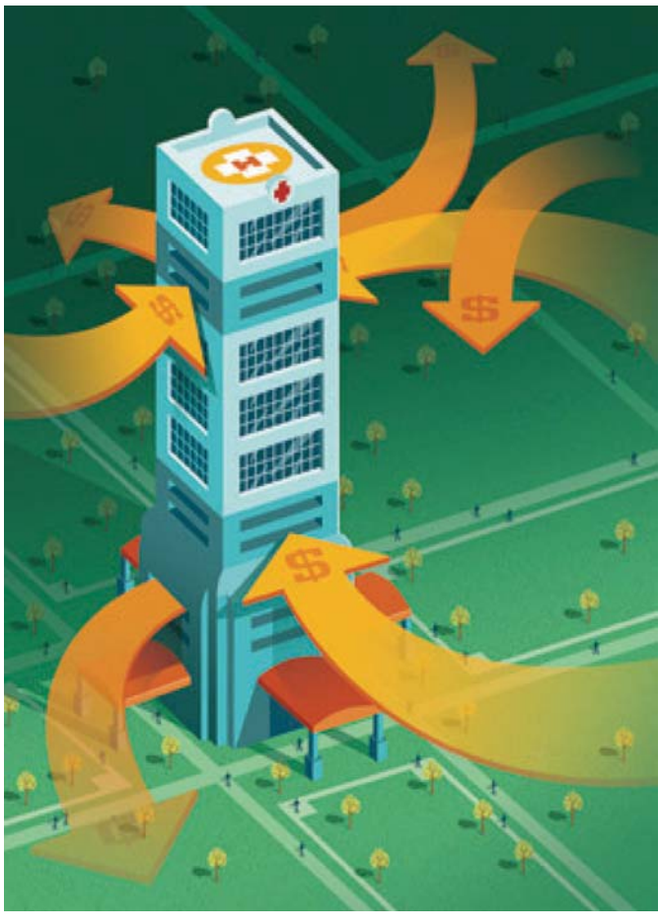
Прву класификацију извршио је тим стручњака са Универзитета Јејл у Америци. Касније сарадњом америчких и аустријских стручњака развили су се системи DRG и у многим другим државама. Данас 30 земаља примењује систем DRG.

Разврставање пацијената по систему DRG. врши се на основу постављене дијагнозе и урађених процедура, те података који су потребни за детаљније извештавање по овом систему:

- Основни узрок хоспитализације (дијагноза постављена на основу МКБ-10) – Пратеће дијагнозе: компликације и ко-

морбидитети (МКБ-10).
– Процедуре (правилник о номенклатури).
– Старост.
– Пол.
– Тежина на рођењу (само за новорођенчад).
– Исход лечења.
– Број сати на механичкој вентилацији.
– Број дана хоспитализације [10].

Увођење DRG. система у прво време као начин извештавања, а после стицања потребног услова, и као начин плаћања болница у Србији, предвиђено је Планом развоја здравствене заштите Републике Србије који је усвојила Народна скупштина Републике Србије у новембру 2010. године.



Модел система DRG. који ће се примењивати у Србији базиран је на аустралијском систему дијагностичких сродних група.

Циљ рада

Примарни циљ је да се укаже на значај стандардизације и примене сестринске терминологије. Најважнији циљ је указати на значај вођења електронске сестринске документације и у оквиру ње примену сестринских терминологија и класификација како би се створили услови за имплементацију сестринских дијагноза и интервенција у DRG. систем.

Методологија

Коришћење компаративно- аналитичке студије анализом литературе, где је описано оно што су медицинске сестре у Швајцарској урадиле, показало се да увођењем сестринских дијагноза у DRG. систем даје позитивне резултате у финансијским извештајима установе. При томе се мисли на бенефит који се постиже како на микроекономском тако и на макроекономском нивоу.

Дискусија

Јасно се види да у систему DRG, који је уведен и у нашој земљи, нигде није јасно дефинисан сестрински делокруг рада. Односно да процедуре које медицинска сестра обави код пацијента нису предвиђене за калкулисање у финансијски извештај. Оно што спада у делокруг сестринског рада у извештају ће бити приказано кроз БО дан (болнички дан) без јасних одредница шта он заправо подразумева и које ставке у себе укључује. Тиме се поставља питање: Колико ће финансијски извештај бити валидан, тј. да ли завршни извештај обухвата све оно што је код пацијената урађено?

У већини земаља где је DRG уведен, утврђено је да он не узима у обзир сестринске активности, односно негу пацијента или то не чини на прави начин. Али је утврђено да је скраћење дужине боравка у болницама ипак директно повезано са здравственом негом хоспитализованих пацијената. С тим у вези неке земље су покренуле усклађивање и прилагођавање сестринских процедура, интервенција и дијагноза ради допуне DRG система, у коме ће се одразити и сестрински део посла. [13]

У Њујорку трошкови неге се додељују DRG по формули = плаћање путем оцене тежине интензивне неге (nursing intesity weights-NIWs). Вредности одражавају количину и врсту неге која се пружа пацијенту у сваком DRG. Метод додељивања врши се или користећи стандардизоване сетове за тежину интензитета неге, или мерења нивоа неге на основу класификације неге, и томе се прилагођавају рачун и наплата. Истраживања су такође показала да DRG објашњава само 20% – 40% варијација неге пацијената (сетова). Коефицијент варијација неге који су исказани у сваком DRG варирају од 0.22 до 2.56. [14]

Белгијски систем болничког финансирања обухвата различите елементе, међу којима је и нега пацијента, односно цена оних услуга које медицинска сестра пружа пацијенту. Услуге медицинских сестара углавном се финансирају из *Budget of Financial Means-БМФ управо због тога што се БМФ заснива на All Patient refined diagnostic related group - APR-DRGs.* Око 6,5% националног буџета резервисано је за допуну БМФ, за сваку болницу за додатну расподелу буџета, углавном базираних на подацима који се односе на сестринске интервенције.[15,16] Четири пута у току године (4 пута по 15 дана) бележене су сестринске активности. Белгијске сестре су при томе користиле минимални сет података здравствене неге (NMDS - Nursing Minimum Data Set), који се до 2006. године састојао од 23, а 2008. године од 78 ставки, селектованих из Класификације сестринских (NIC). NMDS се користи за класификацију болничких дана у 28 области, са њиховом тежином у односу на стварно стање по броју и квалификацијама сестринских радних места. [17]

Резултати

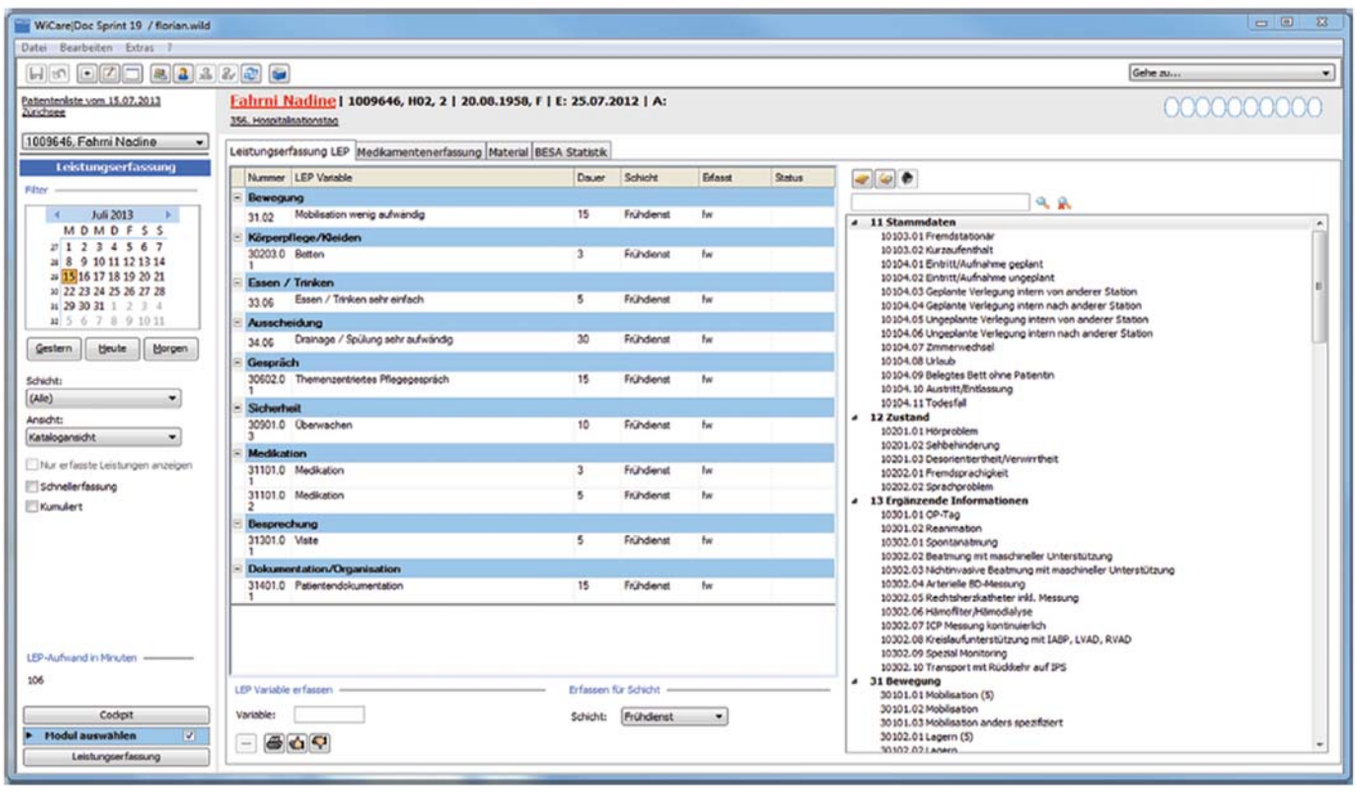
Добар пример значаја стандардизације и примене сестринских терминологија и њена имплементација у DRG дале су колеге из Швајцарске. Модел DRG који је уведен у Швајцарској зове се „SwissDRG“ и користи се као модел плаћања и нуди могућност успостављања базе података на националном нивоу који обухвата медицинске податке везане за трошкове и податке потребне за анализу квалитета. [18]

На Конференцији под називом „DRG And Electronic Nursing Documentation: Risks And Chances“, одржаној у Базелу у јануару 2010. године, стављен је акценат на питање: Како имплементација DRG може имати користи за медицинске сестре? Укупни закључак конференције заснива се на томе да имплементација сестринских дијагноза DRG даје огромну шансу сестринској професији у смислу њеног даљег развијања и напредовања, те да подаци које медицинске сестре користе нису сувишне за DRG. [19]

Сестринске класификације омогућују видљивост сестринске праксе како у промоцији здравља тако и у превенцији болести. Класификације као што су NANDA-I дијагнозе, NIC и NOC помажу медицинским сестрама да планирају и доследно документују пружену негу. Комбинацијом сестринских дијагноза и DRG даје се потпун опис свих третмана који су пацијенту потребни.[20]

Matthias Odenbreit (Solothumer Hospital-SoH) представила је повезаност сестринских дијагноза и DRG на основу двогодишњег искуства вођења сестринске документације електронским путем. [21] Та електронска документација зове се WiCareDoc.

Утврђено је да увођењем NANDA-I дијагноза, сродних интервенција и исхода показује ефикасност у размени информација о пацијенту на институционалном нивоу. Веза између сестринских дијагноза и DRG била је представљена заједно са подацима за мерење квалитета неге у болницама. Додавањем сестринских дијагноза у DRG побољшан је начин извештавања за 30%. [22] Тиме се обезбедило боље објашњење дужине боравка у болници (length of stay - LOS), Правилника о интерној контроли ЛОС, укупних трошкова лечења, вероватноће смрти, отпуста пацијента. Оцењене су најдоминантније дијагнозе неге, изведене интервенције и постигнути исходи код пацијената, при чему се водило рачуна о томе да подаци који се уносе у електронску документацију буду релевантни и прецизни, јер овај начин вођења сестринске документације мора да буде поуздан.[21] Електронска сестринска документација омогућава критичко размишљање медицинских сестара и њену процену у току планирања неге. Коришћењем одређених елемената, као што је рачунарски генерисани стандардизовани планови неге, олакшано је медицинским сестрама обављање административних послова. Развој и имплементација електронске документације показали су позитивне ефекте у учесталости документовања дијагноза неге, при томе је време постављања и нотирања сестринских дијагноза путем рачунара знатно краће.[23] Класификације као што је NANDA-I веома су корисне, јер увођењем у компјутерски систем повећавају прецизност постављања сестринских дијагноза, а користећи одређене моделе у формирању сестринских дијагноза, као што је ПЕС модел (проблем/етиологија/симптом) додатно утичу на прецизност и тачност информација о пацијенту. Проток и тачност информација коришћењем сестринске терминологије далеко је бољи и прецизнији. Завршни финансијски извештај обухвата све ставке које се односе на све нивое пружања здравствених услуга. Тако умрежен начин прикупљања података и информација о пацијенту има макроекономски ефекат на свеобухватност



здравствених трошкова.[24] Према новом SwissDRG систему плаћања, трошкови неге имају велики значај за менаџмент болнице. Увођењем сестринских дијагноза у DRG, болнице би профитирале, при чему би било могуће објаснити болничке трошкове. Самим тим, ако је менаџмент спреман да рефинансира добитке у квалитет неге, свакако треба очекивати позитивне исходе лечења пацијената.

Закључак

Развој сестринске терминологије и даље њена имплементација у електронски систем отварају нове могућности пре свега за вођење добре сестринске документације, а тако дефинисане сестринске дијагнозе, интервенције и исходи отварају врата за њихово увођење и усклађивање у DRG.

Да би сестрински рад могао да буде наплаћен, неопходно је најпре јасно и тачно дефинисати све процедуре које сестре обављају у току свог свакодневног рада, оне морају бити стандардизоване и, оно што је најбитније, морају да буду тачно забележене и документоване. Будући да се налазимо у иницијалној фази увођења DRG у нашој земљи, кључни је тренутак да се започне са прављењем првих корака ка стварању сестринских сродних дијагностичких група и њихово усклађивање са DRG системом.

Колеге у свету већ дуго на томе раде, могли бисмо да искористимо њихова искуства и знања како бисмо дошли до одређених резултата. Сестрински рад мора да буде видљив, а самим тим и пристојно плаћен. Управо на овај начин моћи ћемо да остваримо бенефит како на институционалном тако и на националном нивоу.

Литература:

1. Institute of Medicine. Keeping Patients Safe. Washington, DC: National Academy Press. 2004;53-64.
2. Iyer, P., Camp, N. Nursing Documentation: a nursing process approach, fourth edition, Mosby Year Book, St. Louis; 2005;63-75
3. Carpenito, L.J. The NANDA definition of nursing diagnosis. In: Johnnson, C.R.M. (Ed.) Classifications of Nursing Diagnoses, Proceedings of the Ninth Conference, J.B. Lippinco Company, Philadelphia;1991.
4. Thoroddsen, A., & Ehnfors, M. Putting policy into practice: Pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. Journal of Clinical Nursing, 2007;16(10), 1826-1838.
5. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (Eds.). Nursing outcomes classification (NOC),4th ed. St. Louis, Mosby; 2008.
6. American Nurses Association 2009. Recognized languages for Nursing. Dostupno na datum pretrage novembar,2013.
7. NANDA International. Nursing diagnosis: Definitions and classification, 2012-2014. Oxford: Whiley-Blackwell;2012.
8. Bulechek, G. M., Butcher, H., & Dochterman., J. M. (Eds.). Nursing Interventions Classification (NIC). 5th ed. St. Louis, Mosby; 2008.
9. Lunney, M . Current knowledge related to intelligence and thinking with implications for the development and use of case studies. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 2008;19(4):158-162.
10. Kautz, D. D., Kuiper, R., Pesut, D. J., & Williams, R. Using NANDA,NIC, and NOC (NNN) Language for clinical reasoning with the outcome-present state-test (OPT) model, International Journal of Nursing Terminologies & Classifications, 2006;17(3), 129-138.
11. Grol, R., Wensing, M., Hulscher, M., & Eccles, M. Theories on implementation of change in healthcare Improving patient care Edinburgh: Elsevier. 2004; 15-40
12. Dostupno na datum pregleda novembar, 2013.
13. Welton JM, Fischer MH, DeGrace S, Zone-Smith L: Hospital nursing costs, billing, and reimbursement. Nurs Econ 2006, 24(5): 227,239–245, 262
14. Knauf R, Ballard K, Mossman P, Lichtig L: Nursing cost by DRG: nursing intensity weights. Policy Polit Nurs Pract 2006; 277-281.
15. Durant G: Le financement des hôpitaux en Belgique. Situation au 1er septembre 2010. Kluwer éditions. Waterloo, Belgium: Hans Suijkerbuijk; 2010. ISBN 978-90-4653-208-9.
16. Sermeus W, Gillet P, Gillain D, Grietens J, Laport N, Michiels D, Thonon O,Vanden Boer G, Van Herck P, Van den Heede K: Development and validation of nursing resource weights for the Belgian Nursing Minimum Dataset in general hospitals: a Delphi questionnaire survey approach. Int J Nurs Stud 2009, 46(2):256–267.
17. Sermeus W, Gillet P, Tambeur W, Gillain D, Grietens J, Laport N, et al: Financement des soins infirmiers hospitaliers. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2007. KCE reports 53B (D/2006/10.273/07 dostupno na pregledano novembar 2013.
18. Buhr P, Klinke S. Qualitative Folgen der DRG-Einfu¨hrung fu¨ r Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Berlin, Germany: Wissenschaftszentrum fu¨ r Sozialforschung; 2006;123-129
19. Fischer W. Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege: Grundlagen, Codierungssysteme,Integrationsmo¨ glichkeiten. Bern, Switzerland: Huber; 2002;62-68
20. Keenan G, Tschannen D,WesleyML. Standardized nursing terminologies can transform practice. JONA. 2008;38(3):103–106.
21. Odenbreit M. Pflegeleistung und DRG: Sichtbar durch Pflegediagnosen?DRG und elektronische Pflegedokumentation:Risiken und Chancen. Basel, Switzerland: Pflege PBS; 2010;156-167.
22. WeltonJM,Halloran EJ. Nursing diagnoses, diagnosis-related group, and hospital outcomes. J Nurs Adm. 2005;35(12):541–549.
23. Smith-Higuchi KA, Dulberg C, Duff V. Factors associated with nursing diagnosis utilization inCanada.Nurs Diagn. 1999; 10(4): 137–147.
24. Welton JM, Zone-Smith L, Fischer MH. Adjustment of inpatient care reimbursement for nursing intensity. Policy Polit Nurs Pract. 2006;7(4): 270–280.

Марија Михајловић, Клиника за васкуларну и ендоваскуларну хирургију КЦС

Marija Mihajlović, Department of Vascular and Endovascular Surgery, CCS

ПРЕДНОСТ ПРИМЕНЕ ТЕРАПИЈЕ НЕГАТИВНИМ ПРИТИСКОМ (V.A.C . ТЕРАПИЈЕ) КОД УДРУЖЕНИХ ПОВРЕДА КОЛЕНА И ПОПЛИТЕАЛНЕ АРТЕРИЈЕ – УЛОГА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

ADVANTAGES OF THE APPLICATION OF NEGATIVE PRESSURE THERAPY IN CONCOMITANT INJURIES OF THE KNEE AND POPLITEAL ARTERY – TOLE OF MEDICAL NURSE

Марија Михајловић рођена је у Београду 1982. године. Средњу медицинску школу „Надежда Петровић“ у Земуну завршила је 2001. године. Тренутно је апсолвент на Високој здравственој школи струковних студија у Београду.

Од 2001. године ради на Клиници за васкуларну и ендоваскуларну хирургију Клиничког центра Србије, на одељењу интензивне неге као водећа сестра у смени. Аутор је многих радова.

Marija MIhajlovic was born in Belgrade in 1982. Graduated in the high school for medical technician/nurse, “Nadezda Petrovic” in 2001. Currently at the final exams in the School of applied health studies in Belgrade.

Since 2001 works at the Clinic for Vascular and Endovascular Surgery of the Serbian Clinical Centre at the Department of intensive care unit as a leading shift nurse. She is author of several papers.

Сажетак

Повреда (траума) насилно је оштећење изазвано деловањем спољашњих фактора. Повреде коштаног система често су удружене с повредом крвних судова и захтевају ангажовање тима васкуларне хирургије.

Хируршко решавање повреде спроводи се опсежном хируршком интервенцијом након које остају фасциотомне ране, које зарастају *per secundam*, а инфекција хируршких рана је неретко главна постоперативна компликација.

Даље лечење и нега захтевају бројна превијања, која су болна и тешка за болесника, а ангажују људске снаге, повећавају потрошњу материјала, антибиотика и продужавају време опоравка.

Употреба V.A.C. терапије поједностављује превијање рана, смањује потребу за хируршким интервенцијама и учесталост превијања (сваки трећи дан).

Циљ

Најбитнији циљ је процена ефикасности негативног притиска на зарастање хроничних рана. Секундарни циљ је да се прикаже скраћивање времена зарастања ране (спонтано, секундарним шавом или трансплантацијом коже), смањење броја превијања ране, броја дана хоспитализације и смањење цене лечења.

Методологија

Истраживање је спровео тим лекара са Клинике за васкуларну и ендоваскуларну хирургију, те лекари Клинике за пластичну хирургију Клиничког центра Србије, 2010. године. Истраживању је допринело и активно учешће медицинских сестара.

Такође је приказан случај пацијента Дејана Мусића, 29 година, примљеног као хитан случај у интензивну негу Клинике за васкуларну и ендоваскуларну хирургију КЦС због повреде десног колена и поплитеалне артерије настале у саобраћајном удесу.

Закључак

Употреба V.A.C. терапије корисна је код лечења свих хроничних рана, јер се убрзава процес зарастања ране, онемогућава настанак секундарне инфекције ране бактеријама из околине, а самим

Abstractum

Trauma is violent damage caused by external factors. Injuries of the bone system are frequently concomitant with vascular trauma demanding care in vascular unit by experienced team of vascular surgeon, anesthetist and nurses.

Surgical treatment consists of extensive procedure on vascular and bone system leaving multiple open wound including fasciotomy ones in order to prevent compartment syndrome and deep infections. Still main postoperative complication is infection that should be treated with aggressive antibiotic therapy and multiple daily wound dressings what is compromising patient comfort, increasing cost and hospitalisation with spending significant working time of all medical stuff.

Simplification and reduced frequency of wound dressing, and necessity for surgical interventions were reduced in presented patients.

Aim

Most important aim was estimation of efficacy of negative pressure therapy on wound healing and patient comfort. Secondary aim was to present reduced working time spent on patients’ wound care.

Methods

Research was conducted by the team of physicians supported with medical nurses at the Clinic for Vascular and Endovascular Surgery of the Serbian Clinical Centre.

Patient of 29 years old was admitted as emergency case due to concomitant injury of popiletal artery and knee joint in a sever motorcycle accident.

Conclusion

Usage of VAC therapy is useful in treatment of all chronic wounds. In presented case VAC therapy improved wound healing

тим се смањује употреба антибиотика и трошкови продуженог лечења. Свакако су позитивни резултати постигнути код пацијента који је хируршки збринут на Клиници за васкуларну и ендоваскуларну хирургију КЦС услед повреда колена и поплитеалне артерије.

Кључне речи: *V.A.C. терапија, хроничне ране, зарастање рана, цена лечења, повреда поплитеалне артерије, смањење дана хоспитализације.*

Увод

Повреде коштаног система често су удружене с повредом крвних судова и захтевају ангажовање тима васкуларне хирургије.

Хируршко решавање повреде спроводи се опсежном хируршком интервенцијом након које остају фасциотомне ране, које зарастају *per secundam*, а инфекција хируршких рана је неретко главна постоперативна компликација.

Збрињавање таквих пацијената захтева ангажовање тима лекара и медицинских сестара како би се пацијент што пре опоравио, скратио број дана хоспитализације и вратио свакодневним животним обавезама и активностима.

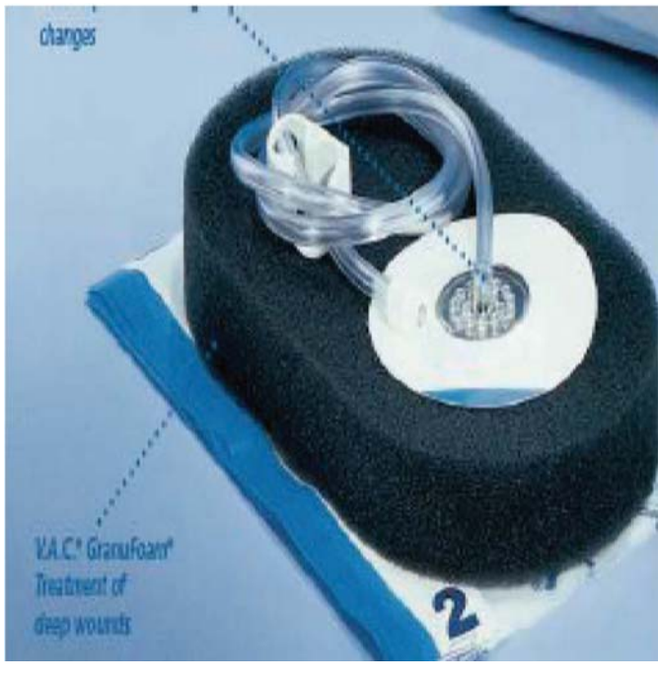
Лечење и нега таквих пацијената захтевају бројна превијања, која су болна и тешка за болесника и захтевају ангажовање великог броја људи унутар тима, што последично доводи до повећавања потрошње материјала, антибиотика и продужавања времена опоравка.

Како би се ти недостаци у лечењу превазишли, на Клиници за васкуларну и ендоваскуларну хирургију је 2010. године покренуто истраживање и употреба V.A.C. терапије, чиме је потврђено да лечење хроничних рана може бити поједностављено, сам третман хируршке ране мање болан за пацијента, а опоравак бржи.

Учешће медицинских сестара је непроцењиво. Као и у свим хируршким процедурама, њена улога је у припреми материјала, пацијента и простора у коме ће се сама процедура постављања V.A.C. система обавити, а након тога су нега и превијање пацијената рутинска медицинско-техничка процедура коју сестра обавља.

V.A.C. терапије

V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) терапија једна је од најважнијих иновација у третману зарастања ране. То је интегрални део лечења хроничних рана, а практично се користи у већини клиника широм света.



Слика 1

and patient comfort while saving time of medical stuff and treatment cost.

Key words: *V.A.C therapy, chronic wounds, cost effective, popliteal artery injury.*

Почеци V.A.C . терапије су из 1995. године. Реч је о посебном уређају (*слика 1*) који ствара негативан притисак у рани (-125 mm Hg) и преко посебних сунђера, који се стављају у рану и обликују према њој (*слика 2*), посебним системом одводи секрет из ране у затворени контејнер у склопу апарата. Негативни притисак обезбеђује оптималну количину течног садржаја у рани, тензију ткива и капиларни проток ради побољшања капиларне перфузије. На тај начин се обезбеђују идеални влажни услови за зарастање ране и одстрањује девитализовано (одумрло) ткиво и бактерије. Рана и сунђер прекривени су полупропусном мембраном и у целости стерилно изоловани, па нема могућности да се рана запрља из околине, чиме се спречава њена секундарна инфекција и ширење бактерија из ране у околину, а нема ни влажења околне коже који узрокује секрет.

Индикације за употребу V.A.C. терапије су следеће:

- хроничне ране,
- акутне ране,
- трауматске ране,
- дехисценциране и инфициране хируршке ране,
- опекотине градус 2 и 2б,
- дијабетске улцерације,
- декубиталне лезије,
- ране покривене трансплантатима и режњевима,
- артеријски и венски улкуси.

Слика 2

Код свих тих рана основна улога V.A.C. терапије управо је у побољшању квалитета зарастања и затварања ране, он убрзава и покреће фазу зарастања ране, смањује број потенцијалних инфекција и самим тим повећава број успешно зараслих рана.

Како би се постигао максималан учинак лечења ране, препоручује се да се та терапија примењује стално ако је могуће, а ако није, лечење ране се пролонгира. Ако је потребно искључити апарат из напајања струје на одређено време, батерија траје до 12 сати.

Начин апликовања сунђера у рану:

Трајање терапије зависи од општег стања, величине и типа ране, квалитетне антибиотске терапије. У великом броју случајева побољшање ране се може уочити већ код прве промене облоге. Понекад је потребно неколико превијања да би се уочили квалитетни терапијски ефекти. Код великих рана терапија се просечно

Слика 3

користи 2–3 недеље. Примењују се различите вредности негативних притисака зависно од индикација и терапијских циљева које поставља лекар. Облога се обично мења сваки трећи дан, али у неким случајевима то може бити и чешће. Постоје и мобилни апарати, који омогућују кретање пацијента и боравак код куће.

Употреба V.A.C . терапије у васкуларној хирургији

Од 2010 године на Клиници за васкуларну и ендоваскуларну хирургију употреба негативног притиска (V.A.C . терапије) у лечењу пацијената постао је рутински метод. Од самог почетка примене те терапије уочени су позитивни резултати.

У васкуларној хирургији најчешће је коришћена код:

- инфициране хируршке ране након васкуларних процедура са експонираним крвним судовима или вештачким графтом и/или без њих,
- инфициране и парцијално дехисциране лапаратомне ране или ране од тораколумботомије,
- трофичке артеријске или мешовите улцерације на стопалу или потколеници након реваскуларизације
- Фасциотомне ране
- Хроничне ране за припрему коже за аутотрансплантацију
- Декубитални улкус – за припрему реконструктивног оперативног захвата
- Подршка апликованом АТ (аутотрансплантат) коже.

Сестринске процедуре

Као и у свим процедурама, и у овој медицинска сестра је веома битна карика у њеном ефикасном спровођењу.

Пре постављања V.A.C. система, медицинска сестра је дужна да обезбеди све услове како би се процедура обавила. Пре свега се мисли на припрему простора у коме ће се сама процедура обављати, на припрему апарата (проверава његову исправност), припрему материјала и припрему пацијента.

У току постављања V.A.C. система медицинска сестра асистира лекару. А након тога, како је она поред пацијента 24 часа, дужна је да :

- прати рад V.A.C. система – прати вредности притиска и остале параметре на самом апарату: да ли су у границама задатих, води рачуна да резервоар у коме се накупља ексудат буде добро постављен, а ако је резервоар напуњен ексудатом, дужна је да га испразни и тако омогући даљи несметан рад апарата,
- прати стање пацијента – опште стање, брине о комфору и о локалном изгледу ране, тј. места где су сунђери постављени, а ако процени да постоје било каква одступања од предвиђеног обавештава лекара.

Применом овог вида лечења олакшан је рад медицинским сестрама. Број дуготрајних превијања, увек болних за пацијента сведен је на два пута недељно, што даје простор медицинским сестрама да своје активности усмере на друге послове у које су укључене у свом свакодневном раду.

Како је опоравак пацијента бржи, медицинска сестра учествује у његовој бржој активацији, здравствено-васпитном раду и припреми за одлазак кући. Задовољство пацијента је веће, чиме је олакшана и сарадња с њим и он убрзо након примене терапије V.A.C. системом, постаје активни учесник у лечењу и рехабилитацији након операције.

На Клиници за васкуларну и ендоваскуларну хирургију од самог почетка примене терапије V.A.C. системом медицинске сестре су укључене у обављање те процедура. А како је тај начин лечења постао рутина, све сестре су прошле обуку припреме, коришћења и праћења апарата који се користи у току примене терапије.

Са становишта медицинских сестара, позитивне стране примене ове терапије вишеструке су. Многа истраживања су показала да је третирањем пацијента оваквим поступком олакшан не само начин превијања већ и ангажовање медицинске сестре у току те процедуре. У времену када је медицинска сестра оптерећена бројним активностима у току свога рада, тај метод омогућава да свој посао обавља брже и делотворније, са увек повољнијим резултатима у односу на уобичајени начин превијања и третирања хроничних рана. Тиме је задовољство у раду веће, а како су резултати који се постижу добри, медицинска сестра је више мотивисана у раду с пацијентима.

Циљ рада

Најбитнији циљ је процена ефикасности негативног притиска на зарастање хроничних рана. Секундарни циљ је да се прикаже скраћивање времена зарастања ране (спонтано, секундарним шавом или трансплантацијом коже), смањење броја превијања ране, броја дана хоспитализације и, на крају, смањење цене лечења.

Методологија

Истраживање је спровео тим лекара са Клинике за васкуларну и ендоваскуларну хирургију, те лекари Клинике за пластичну хирургију Клиничког центра Србије, 2010. године. Истраживању је допринело и активно учешће медицинских сестара.

Приказ случаја: пацијент Дејан Мусић, 29 година, примљен је као хитан случај у интензивну негу Клинике за васкуларну и ендоваскуларну хирургију КЦС због повреде десног колена и поплитеалне артерије настале у саобраћајном удесу.

Дискусија

Иако је у почетку била непознаница на који начин се може користити негативни притисак у лечењу хроничних рана, убрзо је утврђено да се његовим коришћењем може постићи велики број позитивних ефеката.

Исход лечења је повољнији, број компликација сведен на минимум. У току третмана пацијент је подвргнут мањем броју превијања, уз ангажовање мањег броја медицинског особља. Како је зарастање рана брже и број дана хоспитализације је скраћен, а као резултат свега тога смањена је и цена лечења пацијента.

Код пацијената чије је стање изискивало третман у јединици интензивне неге, применом ове терапије постигнуто је да се услед бржег опоравка преводе у јединицу полуинтензивне неге и на одељења. Њихова мобилизација и вертикализација је бржа, а сам апарат је лаган и мобилан, тако да пацијенти нису везани за постељу.

Све ове тврдње узете су као основ спроведеног истраживања на Клиници за васкуларну и ендоваскуларну хирургију, којим је потврђено да је примена те терапије исплатива у свим аспектима.

Резултати

Приликом истраживања анализа је вршена у следећим правцима:

– исход лечења,
– број насталих компликација у току примене терапије,
– број болничких дана,
– број превијања,
– ангажовање особља,
– потрошња материјала,
– квалитет лечења – утисак пацијента.

Извршена је компарација између примене терапије V.A.C. системом и конвенционалних типова терапије, чиме је утврђено:

ТЕРАПИЈЕ V.A.C. СИСТЕМОМ	ОСТАЛИ ВИДОВИ ЛЕЧЕЊА
Превијање - 2 пута недељно	Више пута дневно
Мењање постељине - дневно	Мењање постељине - више пута дневно
Ангажовање медицински сестара - 15 мин.	Ангажовање медицинских сестара - 100 мин.
Вертикализација пацијента 2 пута дневно	Вертикализација скоро немогућа
Болесник је боље мотивисан	Мотивација болесника лоша
Није неопходан боравак у ЈИН	Неопходан боравак у ЈИН
Цена превијања 2.500 РСД	Цена превијања 8.000 РСД
Укупна недељна цена превијања 17.500 РСД	Укупна недељна цена превијања 56.000 РСД
Уштеда радног времена 7 сати	/

Исход лечења

Позитивни исход лечења исказан је процентуално.
У односу на остале праћене параметре, успешност је веома велика, и до 84%.
Тип лечених рана у току истраживања:
– ране са експонираним графтом или крвним судом,
– дехисциране лапаратомне ране,
– ране након ампутације прстију стопала,
– ране након ампутације екстремитета,
– фасциотомне ране.

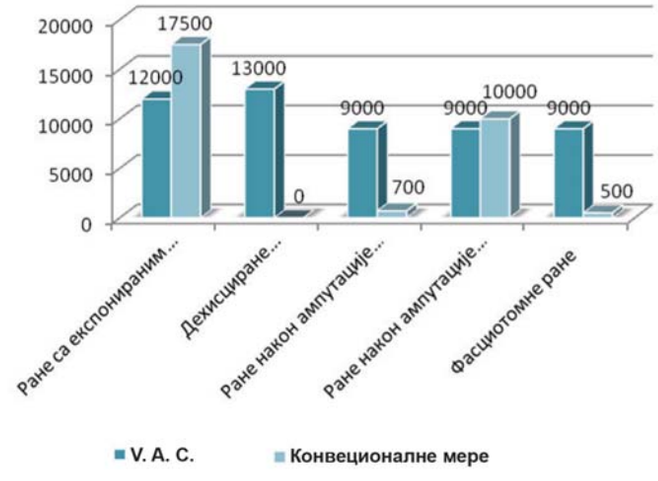
Дужина хоспитализације

Применом терапије V.A.C. система дужина хоспитализације је скраћена за готово 50%. Графички приказано по типу лечених рана:

Број недељног превијања

Постигнути су импозантни резултати. Применом терапије V.A.C. системом број превијања на недељном нивоу је сведен је на два пута.

Цена превијања



Утисак болесника

Компликације у току примене терапије V.A.C. система су минималне, што се може објаснити смањеним бројем превијања и манипулација ране, а самим тим и смањене контаминације и појаве инфекције.

ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Пацијент Дејан Мусић, 29 година, примљен је као хитан случај на Одељење интензивне неге Клинике за васкуларну и ендоваскуларну хирургију КЦС због повреде десног колена и поплитеалне артерије настале у саобраћајном удесу, коме је индиковано хитно хируршко лечење. Од почетка хоспитализације пацијент је три пута оперисан, све време је био на антибиотској терапији и пасивним физикалним вежбама. Свакодневно му је вишеструко превијана рана, што изискује повећан број медицинског особља, материјала и времена.

Слика 4

Слика 5

Слика 6

Након две недеље примењена је терапија негативним притиском (V.A.C. систем), што је показало знатно побољшање у опоравку и смањење свих ресурса. (*Слика 4*)

Убрзо након примене терапије V.A.C. системом пацијент је вертикализован, а након десет дана лечења је доброг општег стања, стабилних виталних параметара и задовољавајућег локалног налаза, преведен у Клинику за ортопедију КЦС ради даљег лечења. (*Слика 5 и 6*)

Закључак

Коришћењем терапије негативним притиском на Клиници за васкуларну и ендоваскуларну хирургију постигнути су позитивни ефекти и резултати. Поред већ поменутих циљева, водећи циљ истраживачког тима био је да се пацијенту омогући што бржи опоравак и безболнији третман, што је применом V.A.C . терапије и постигнуто.

Вођени искуством хирурга из иностранства који тај метод користе још од 1995. године, примењена су сва знања и искуства и оформљен тим који се сада код нас успешно тиме бави и користи V.A.C. терапију, употпуњујући и надограђујући своје знање свакодневним искуствима у оквиру лечења пацијената васкуларне хирургије.

Литература:

1. Bernard L, Hoffmeyer P, Assal M, Vaudaux P, Schrenzel J, Lew D. Trends in the treatment of orthopedic prosthetic infections. J Antimicrobial Chemother 2004; 53: 127-129.
2. Fisman DN, Reilly DT, Karchmer AW, Goldie SJ. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of 2 management strategies for infected total hip arthroplasty in the elderly. Clin Infect Dis2001; 32: 419-430.
3. Fleischmann W. Instilations therapie. In: Willy C (Hrsg). Die Vakuumtherapie.Ulm, 2005: 35-42.
4. Mella-Schmidt C, Steinbrink K. Stellenwert der Spül-Saug- Drainage bei der Behandlung des Frühinfekts von Gelenkimplantaten. Chirurg 1989; 60: 791-794.
5. Herzog R, Morscher E. Treatment of infected total prosthesis arthroplasty of the hip joint. Orthopäde 1995; 24: 326-334.

Здравствена професија из дечјег угла

МЕДИЦИНСКА ПЕСМА

Медицински радници су велики јадници,
мале су им плате, па све купују на рате.
Мој тата је лекар, посао му није лак.
А моја другарица Биљана је медицинска сестра
а то је професија тешка.
Медицина је наука тешка
и у медицини не сме никада да се деси грешка.
У медицини се сваки радник мучи
и у медицини се доживотно учи...
За лекаре и сестре не сме да буде грешке,
а да се знање обнови зато семинари постоје.
Семинари се зову едукација медицинска
и ту се стичу знања истинска.
У медицини знање је велико благо,
али обнова градива се плаћа,
а плаћање сестрама и лекарима није драго...
Њима су плате мале,
а пацијенти их стално хвале,
али од лепих речи кућни буџет се не лечи
и од похвала се не издржавају породица и деца.
Плаћају се котизације, бодови се скупљају и сабирају,
а сестре и лекари нервирају.
Радници медицински су много хумани истински,
плате мале, учење велико.

*

Е од мене о медицини толико.
И на крају нек' се зна, одлучила сам:
бићу медицинска сестра и ја,
па шта: нек' се на време зна
и нервираћу се као тата и Биљана и ја...

Милица Милошевић,
Основна школа „Радоје Домановић“,
Крагујевац IV/1