



www.bolnica.org.yu

ГЛАС БОЛНИЦЕ

Информатор Опште болнице "Борђе Јоановић" Зрењанин

• број 17 • Септембар/Октобар 2007 године



Обележен
Светски дан срца



Одржани дани
здравсвене неге



Визије
коронарне
јединице



Одржавање
болничког круга

страница 10

страница 2

страница 4

страница 13



УЧЕНИЦИ
СРЕДЊЕ МЕДИЦИНСКЕ ШКОЛЕ
НА ПРАКСИ У БОЛНИЦИ



Дани здравствене неге у зрењанинској болници

У Општој болници у периоду од 08 – 12 октобра одржана је четврта по реду а сада већ и традиционална манифестација "Дани здравствене неге".

У склопу манифестације организована је поставка постера на којима су на креативан и занимљив начин представљена сва одељења и службе а свакога дана обрађена је по једна тема из области здравствене неге.

Ова служба је у нашој установи оформљена 1. септембра 2004. године и то под мотом "ВРАТИМО СЕСТРУ БОЛЕСНИКУ", и као таква прва је у Србији.

Ова служба представља организациони облик деловања извођача здравствене неге (медицинских сестара) који планира, организује, води и надзире здравствену негу болесника у нашој болници.

Њен основни задатак је извођење квалитетне здравствене неге и ефикасне здравствене обраде болесника хоспитализованих у болници "Ђорђе Јоановић".



У намери да све ово функционише на најбољи могући начин, а што је најбитније да се сестра врати болеснику, организоване су пратеће службе које сестру ослобађају неких дотадашњих активности.

Формирана је Служба за транспорт која је одвојена а чине је медицинска сестра и лица за транспорт. Поред пратње болесника, ова служба обавља транспорт комплетног лабораторијског материјала, лабораторијских налаза и инфузионих растворова.

Овогодишње обележавање Дана здравствене неге пратили су веома посвећена едукативна предавања. Учешће на овим предавањима узели су лекари из наше установе али и професори Високе здравствене школе струковних студија из Београда а теме су биле:

1. Нормативи и стандарди у здравственој нези

Предавач: Проф.Др Сци Слободанка Маноловић

2. Нови приступи у здравственој нези – примена неуро стимулативног програма

Предавач: Проф.Др Сци Ленка Бабић

3. Кодекс понашања медицинске сестре

Предавач: Mr.Сци. Душанка Шаренац

4. Бол – пети витални знак

Предавач: Прим.Др Недељка Бошков

5. Здравствена нега онколошких пацијената у терминалној фази

Предавач: Дарко Стојановић, мед. техничар Онколошког одсека

6. Хигијена руку

Предавач: Др Љиљана Божовић

7. Контрола и превенција крвно преносивих инфекција

Предавач: Др Жанка Субић

8. Пласирање привременог Pace makera

Предавач: Др Мирослав Радовић

9. Електроконверзија

Предавач: Сања Цвејанов, мед. сестра **Коронарне** јединице

У овом издању часописа "Глас болнице" објавићемо резиме тематских предавања за све заинтересоване који нису били у могућности да присуствују скуповима али и за one који би желели да обнове знање са истих.

Оснивач и издавач: ОПШТА БОЛНИЦА "ЂОРЂЕ ЈОАНОВИЋ" ЗРЕЊАНИН, др Васе Савића бр.5.

Тел. 023/513-200, факс: 023/564-104. Главни и одговорни уредник: Игор Јањић. Метер: Стеван Данић

Штампа: Grafocolor Zrenjanin

НОВИ ПРИСТУПИ У ЗДРАВСТВЕНОЈ НЕЗИ

Проф. др сци. Ленка Бабић

Висока здравствена школа струковних студија, Београд

Протокол сестринских интервенција у јединици за можданудар

- **Циљ рада** је приказ протокола интервенција у нези у јединици за можданудар који, усвајају студенти Високе здравствене школе, на клиничкој настави у оквиру предмета Неурологија са негом.

- **Метод рада** – примена Процеса здравствене неге

Интервенције медицинске сестре у јединици интезивне неге

- Перманентни надзор
- Кома положај (**повећани ИЦП** захтева подизање узглавља постельје за 15° са вратом у неутралном **положају**)
- Оксигенација -ев. **Механичка** вентилација (**праћење ритма дисања, боја коже, знојење, сатурација O_2 у периферној крви**)
- Мониторинг виталних **функција**

- Примена медикаментозне терапије
- Одржавање хигијене
- Исхрана (**парентерална 1500 мл/ 24x 30-40 капи у минути**)
- Попштовати протокол **стандарда** превенције инфекција
- Елиминација (**контрола уринарне и цревне елиминације, придржавање плана, превенција опстипације**)
- Обезбедити мир и тишину болеснику
- Психичка подршка породици болесника

Циљ **неуростимултивног** програма је побољшање оштећених функција и подизање преосталих функција на виши ниво

Врсте стимулација:

1. Тактилна
2. Кинестетска
3. Олфакторна
4. Орална
5. Густативна
6. Аудитивна
7. Визуелна

Планирање Кома стимулационог програма

- Утврдити одговоре (реакцију) пацијента на сензорне стимулације
- Посматрати сензорни **систем** уз коришћење традиционалних неуролошких прегледа (преглед нивоа свести, Глазгов-кома скала)
- Посматрати реакције пацијента на уобичајене стимулансе окружења
- Вербалне/невербалне одговоре кроз време; учесталост, конзистентност и трајање понашања
- Идентификовати утицајне факторе као што су стрес, замор, осећања (чији ниво флукутира током дана)
- Утврдити периоде дана када је пациент **најосетљивији**
- Класификовати пацијента у когнитивни (онтогенетски) ниво према добијеним подацима

О КОДЕКСУ ПОНАШАЊА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА

Мр. Сци. Душанка Шаренац

Етички кодекс представља стандарде везане за морално понашање који се очекују од медицинских сестара. То је водич за процес доношења одлука везаних за морална питања.

Представља основ за моралне стандарде који увек могу да се допуне сугестијама медицинских сестара.

Елементи кодекса:

- Сигурна, компентентна, и етичка нега;
- Промоција здравих стилова живота;

- Попштовање пациентове **личности**, подржавање њихових жеља за информацијама, **изражавању** потреба и доношењу одлука;
- Професионалан рад и однос према пациентима;
- Подржавање праведности и промоција социјалне правде;
- Професионална одговорност и придржавање стандарда здравствене неге;

Пословни успех је резултат професионалних или и комуникационих знања ...

Визија је обезбедити образоване, поуздане, мотивисане,

посвећене, компентентне сестре које ће бити прави професионалци у здравственој нези корисника здравствене **заштите**.

И за крај порука:

„за нас које смо сестре, наше сестринство је дело са којим чинимо напредак сваке године, сваког месеца, сваке недеље, упамтите моје речи, или се враћате уназад.“



И Н Т Е Р В Ј У

са др Мирољавом Радовићем

Због завидних резултата и великих напора на пољу едукације и праћења модерних медицинских трендова у збрињавању оболелих од акутних кардиоваскуларних болести обавили смо разговор са др Мирољавом Радовићем, шефом коронарне јединице и поставили му следећа питања о раду службе:

1. КОРОНАРНА **ЈЕДИНИЦА** ЗР ЈЕ НАЈСТАРИЈА У ВОЈВОДИНИ, КАДА ЈЕ ОСНОВАНА И ЧИМЕ ЈЕ ТАДА РАСПОЛАГАЛА?

Зрењанинска коронарна јединица је поносна на своју традицију. Основана је 07. 02. 1972. год. као прва коронарна јединица у Војводини по угледу на већ постојеће у Европи. Њена превасходна намена је била и јесте збрињавање оболелих од акутних кардиоваскуларних болести на најдекватнији начин чија је основа: смештај таквих болесника на једном месту и њихово адекватно збрињавање у смислу адекватнијег праћења и мониторисања као и адекватнијег спровођења терапијских процедура. Оснивач и први лекар коронарне јединице био је прим. др Паја Станков доајен Војвођанске кардиологије. На почетку радило се са 4 мониторима да би убрзо капацитет био проширен са још 5 - укупно 9 мониторисаних пацијената.

2. КОЈУ ТЕРИТОРИЈУ ПОКРИВАТЕ ДАНАС И КОЛИКО ПАЦИЈЕНТА ГОДИШЊЕ ЗБРИНЕТЕ?

Коронарна јединица Зрењанинске опште болнице покрива територију 5 општина: Зре-

њанин, Сечањ, Житиште, Српска Црња и Нови Бечеј. Из овог следи да је опште болница регионалног карактера јер збрињава болеснике оболеле од акутних КВ оболења са територије региона са око 235.000 становника по последњем попису становништва. Према статистици из 2006. год. коронарна јединица је збрињула 1.307 болесника са укупним бројем б.о. дана 6.414. Број болесника са акутним коро-нарним синдромом 553 (42.30%), акутни са СТ елевацијом – 280, акутни без СТ елевације – 34, нестабилна ангина пејторис – 177, субакутни – 62, ангина пејторис – 158, број имплантираних привремених пејсмејкера – 38, пароксизмални поремећаји срчаног ритма – 268, едеми плућа – 92, дисекантна ануеризма аорте – 9, број ординиране фиобриолили-тичке терапије (Стрептокиназа) – 105-(37,50%), укупан број умрлих – 105 (8.9%), укупан број умрлих у АКС-41-(7.42%).

3. МОЖЕТЕ ЛИ ДА **ДА-ТЕ ПОРЕЂЕЊЕ СА НЕКИМ ВЕЋИМ ЦЕНТРОМ У ЗЕМЉИ?** (Где сте по **ОБИМУ** послала нпр. према Сремској Каменици или неком другом центру?)

Према статистичким подацима Актива за ургентну кардиологију Војводине чији је један од



др Мирољав Радовић
Шеф Коронарне јединице

основача била и К.Ј. Зрењанин за 2003. 2004. и 2005. годину (расформиран 2006) по броју примљених болесника налазимо се на другом месту у Војводини а по обиму пријема болесника од АКС на 2 или 3 месту које делимо са Сомбором зависно од године до године. По броју болесника којима је дата фибринолитичка терапија као и по стопи морталитета, налазимо се изнад просека за Србију. По броју имплантираних привремених пејсмејкера такође на 2. месту иза Института за КВБ у Сремској Каменици.

4. ГДЕ СТЕ У ОДНОСУ НА ДРУТЕ ЦЕНТРЕ ПО ОПРЕМИ СА КОЈОМ РАСПОЛАЖЕТЕ А ГДЕ У ОДНОСУ НА **ОБУЧЕНОСТ ЛЕКАРА?**

Налазимо са у згради Интерног одељења болнице која је павиљонског типа на 408 квадратних метара површине. Тренутно располажемо са 5 мониторисаних постеља и 18 обичних, 2 ЕКГ апарате, 2 дефибрилатора као основним средствима и по томе се налазимо у Војвођанској просеку. Очекујемо скоро пресељење у нове просторије, новоизграђене болничке зграде по блок типу где ће нова коронарна имати 10 савремено опремљених постеља са висећим ампелима са довољно простора, 3 ЕКГ апарате, 2 респиратора, покретни РТГ апарат, 2 дефибрилатора, савременим мониторингом и свом пратећом опремом неопходном за савршен рад са најтежим пацијентима. Такође овом треба додати и лаку доступност кабинету за ехокардиографију, холтеровом мониторингу и кабинету за стресергометрију. Због наведеног Зрењанинска коронарна јединица наћи ће се раме уз раме са коронарном јединицом Института за КВБ у Ср.Каменици са којом имамо одличну сарадњу.



Тренутно посао у КЈ обавља екипа од 5 лекара: 2 субспецијалиста кардиологије, 1 лакар интерниста који се налази на тренутној субспецијализацији на Институту у Ср. Каменици и уједно и едукацији за имплантацију трајних једнокоморских пајсмејкера, 1 лекар спец. интерне медицине и 1 лекар на волонтерском спец.стажу. Сви лекари су едуковани за кардиопулмочеребралну реанимацију, пункцију великих крвних судова, инвазивни хемодинамски мониторинг, имплантацију привременог пајсмејкера, основе ехокардиографије и осталих дијагностичких процедура. Поред лекара тим чини и 18 медицинских сестара од којих 5 тренутно похађа вишу медицинску школу у Београду. Све сестре су обучене за асистенцију при свим наведеним дијагностичким и терапијским процедурама. Тешко је одговорити на питање где се налазимо по обучености кадра у односу на друге центре јер је и процес едукације континуалан. Ми смо задовољни тренутним степеном **обучености** јер велики део процедуре које радимо рутински као што је нпр. имплантација привременог пајсмејкера (од 80.-тих година) други центри не раде.

5. УСПЕВАТЕ ЛИ ДА ПРУЖИТЕ ПАЦИЈЕНТИМА НАЈСАВРЕМЕНИЈУ ТЕРАПИЈУ?

У лечењу болесника од АКС прихваћене су најновије препоруке **Америчког** и Европског **удружења** кардиолога. У том смислу уз велике напоре установе успевамо да обезбедимо најсавременија терапијска и **дијагностичка** средства и лекове. Фибринолитичке агенсе Стрептокиназу и Ацтилузу, нискомолекуларни **хепарин/енохапарин/**, клопидогрел/плавих/, инотропна средства – Добутрех, Допамин, антиаритмика и све друго што је потребно за адекватно лечење: Swon Gancz катетере, ЦВ катете-ре, пајсмејкер лидове итд. Можемо се похвалити да имамо већ завидна искуства у примени нискомолекуларног хепарина у акутном коронарном синдрому /што је тек недавно имплементирано у препоруке за лечење АКС/, без значајнијих комплика-

ција и са добрым резултатима као и авангардне коронарне јединице Србије као што су Коронарна јединица Института за КВБ у Ср. Каменици и коронарна јединица Клинике за кардиологију у Нишу.

6. КОЛИКО СУ САВРЕМЕНИ ТЕРАПИЈСКИ **ВОДИЧИ** ПРИМЕЊИВИ У ВАШОЈ БОЛНИЦИ И СВАКОДНЕВНОЈ ПРАКСИ ?

Наша коронарна јединица је пример управо како се може апсолутно применити најсавременија препоручена терапија па чак и поткрепити аргументи за безбедност примењених терапијских процедура као што је и пример за



редовно контролисање дозирања нискомолекуларног хепарина помоћу Хепаринског теста којим се утврђује ниво активисаног Ха фактора коагулације, који се у нашем истраживачком узорку кретао 100% у оквирима адекватног дозирања.

7. ШТА ВАМ ПРЕДСТАВЉА НАЈВЕЋИ ПРОБЛЕМ У СВАКОДНЕВНОМ РАДУ?

Понекад недостаје нешто од материјала или је чињеница хроничног недостатка кадра и лекарског и сестринског за појединачне ситуације, рецимо када се прими већи број тежих болесника и имплантирају и по 3 пајсмејкера

у исто време и када је потребно брзо дијагностички разрешити неке клиничке проблеме. Довољан број кадра би сигурно омогућио и још бољу негу и бржу дијагностику а тиме и боље лечење наших пацијената. Део садашњих проблема ће сигурно бити отклоњен пресељењем у нови објекат.

8. НА ЧЕМУ ЂЕТЕ НАЈВИШЕ РАДИТИ У **БУДУЋНОСТИ**?

Очекивано пресељење у нову болничку зграду нас очекује у наредним месецима. Перманентно радимо на сопственој едукацији за рад са вентилаторима плућа који су за нас новина и изазов, радимо и на едукацији кадра за пункцију свих врста крвних судова и интубацију пацијената, како лекара тако и сестара као и едукацији за хемодинамски мониторинг.

У току је едукација једног колеге за имплантацију трајних једнокоморских пајсмејкера. **Паралелно** је у току и опремање ангиосале која ће служити за трајне пајсмејкере и катетеризацију срца у скорој будућности.

За нас је велики изазов планирање и отварање једне катетеризационе лабораторије за овај регион која би покривала и регион Кикинде и Вршца а у склопу идеје дисперзије катетеризационих лабораторија по Србији ради приближавања ове врсте кардиолошких интервентних процедура пацијентима како се то већ известан број година ради у Европи.

Сигурно да је један од најзначајнијих предуслова за оснивање ове катетеризационе лабораторију у Зрењанину постојање једне савремене, добро опремљене и са довољним капацитетом КОРОНАРНЕ ЈЕДИНИЦЕ.

9. КАКО ВИДИТЕ ЗРЕЊАНИНСКУ КОРОНАРНУ ЈЕДИНИЦУ ЗА 10 ГОДИНА?

Свакако да се из овог свега напред реченог може наслутити изглед Зрењанинске коронарне јединице за 10 година на задовољство пацијената и оних који ће у њој обављати свој лекарски позив.

ПРАВИЛНИК О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА

У „Службеном гласнику“ Републике Србије број 57. од дана 22. јуна 2007. године објављени су ПРАВИЛНИЦИ о показатељима квалитета здравствене заштите.

У делу I УВОДНЕ ОДРЕДБЕ у чл. 2 каже се: „По показатељима квалитета подразумева се квантитативан показатељ који се користи за праћење и евалуацију квалитета неге и лечења пацијентата“.

Показатељима квалитета рада здравствених установа приододати су и показатељи квалитета који се односе на рад Комисије за унапређење квалитета рада, стицање и обнова знања и вештина запослених, вођење листе чекања, базбедност пацијента, задовољство корисника услугама здравствене службе и задовољство запослених. Овим правилником утврђују се обавезни показатељи квалитета. Здравствене установе прате од раније неке од тих показатеља у зависности од делатности а што и наша установа чини.

Препоручени показатељи квалитета могу се пратити по избору здравствених установа и нису обавезни, али ће се праћење препоручених показатеља посебно вредновати у процесу евалуације рада здравствених установа на сталном унапређењу квалиста здравствене заштите.

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА У СЕКУНДАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

У здравственим установама које обављају здравствену делатност на секундарном нивоу квалитет здравствене заштите процењује се на основу показатеља који се прате за установу у целини и показатеља по гранама медицине (интернистичке, хируршке, гинекологија са акушерством, педијатрија) за стационарну и специјалистичко консултативну делатност.

Показатељи квалитета за здравствену установу у целини:

Обавезни показатељи:

- Стопа леталитета
- Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема
- Просечна дужина болничког лечења
- Просечан број медицински сестара по заузетој болничкој постељи
- Процент обдукованих
- Процент подударности клиничких и обдукционих дијагноза
- Процент пацијената упућених у друге здравствене установе осим на рехабилитацију

Интернистичке гране медицине

- Стопа леталитета
- Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема
- Стопа леталите од инфаркта миокарда
- Процент умрлих од инфаркта миокарда у току првих 48 сати од пријема.
- Стопа леталитета од **цереброваскуларног** инсулта
- Процент умрлих од цереброваскуларног инзулта у току првих 48 сати од пријема.
- Просечна дужина болничког лечења.
- Просечна дужина болничког лечења пацијената са акутним инфарктом миокарда.
- Просечна дужина болничког лечења пацијената са цереброваскуларним инзултом.
- Просечан број медицински сестара по заузетој болничкој постељи.
- Процент обдукованих
- Процент подударности клиничких и обдукционих дијагноза
- Процент пацијената упућених у друге установе осим на рехабилитацију.

Хируршке гране медицине:

- Стопа леталитета
- Процент умрлих у току првих 28 сати од пријема
- Стопа леталитета оперисаних пацијената
- Стопа леталитета неоперисаних пацијената
- Просечна дужина болничког лечења
- Просечан број преоперативних дана лечења
- Просечан број оперисаних пацијената у општој, спиналној и епидуралној анестезији по хирургији
- Просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи
- Процент обдукованих
- Процент подударности клиничких и обдукционих дијагноза
- Процент пацијената упућених у друге здравствене установе осим на рехабилитацију

Гинекологија и акушерство

- Стопа леталитета
- Процент умрлих у току првих 28 сати од пријема
- Број трудница и породиља умрлих током хоспитализације
- Број живорођене деце умрле до отпушта из болнице

- Просечна дужина болничког лечења
- Просечан број мед сестара по заузетој болничкој постељи
- Број повреда породиља насталих при порођају
- Број повреда новорођенчади насталих при порођају
- Процент порођаја обављених царским резом
- Процент обдукованих
- Процент подударности **клиничких** и обдукционих дијагноза
- Процент пацијената упућен у друге медицинске установе осим на рехабилитацију

Педијатрија

- Стопа леталитета
- Процент умрлих у току првих 28 сати од пријема
- Просечна дужина болничког лечења
- Просечан број мед. сестара по заузетој болничкој постељи
- Процент обдукованих
- Процент подударности **клиничких** и обдукционих дијагноза
- Процент пацијената упућен у друге медицинске установе осим на рехабилитацију

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА ВОЂЕЊА ЛИСТА ЧЕКАЊА

Листе чекања се воде за следеће медицинске интервенције:

- Преглед методом компјутеризоване топографије (ЦТ)
 - Уградња ендо протеза кука
 - Уградња сочива
- 1. Број нових пацијаната стављених на листу чекања
- 2. Број урађених процедура са листе чекања у односу на укупан број урађених процедура
- 3. Процент пацијената којима је извршена интервенција или процедура са листе чекања
- 4. Просечна дужина чекања за извршену процедуру или интервенцију са листе чекања на нивоу здравствене установе

БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНТА

Безбедност пацијената представља идентификацију-анализу и корекцију ризичних догађаја, са циљем да се здравствена заштита учини безбеднијом и да се ризик по пацијента сведе на најмањи могући ниво.

1. Успостављање формалне процедуре за регистровање нежељених догађаја и опис процедуре.
2. Успостављање формалне процедуре за регистровање нежељених дејстава лекова и опис процедуре.

ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Стационарна делатност:

1. Број падова и повреда пацијената насталих током хоспитализације у здравственој установи.
2. Стопа инциденције болничких инфекција на јединици интензивне неге здравствене установе.
3. Стопа инциденције инфекција оперативног места
4. Број лежећих пацијената са декубиталним ранама
5. Број компликација насталих услед давања аnestезије у здравственој установи.
6. Стопа инфекција мокраћног система код пацијената са уринарним катетером
7. Број поновљених операција у истој регији
8. Број механичких јатрогених оштећења насталих приликом хируршке интервенције
9. Број тромбоемболијских компликација

Обавезни показатељи квалитета које прате институти, заводи и службе за трансфузију крви су:

1. Просечан број давања крви добровољних давалаца по лекару
2. Просечан број лабораторијских анализа које се обављају за пацијенте по лекару
3. Формиран регистар давалаца крви
4. Процент наменских (породичних) давања крви
5. Процент давања крви на терену
6. Примена упитника за даваоце крви
7. Примена националних критеријума за селекцију давалаца крви
8. Број прикупљених јединица крви према структури кеса
9. Примена националног алгоритма обавезних тестирања узорака крви давалаца на маркере трансфузијских трансмисивних инфекција
10. Процент трансфундованих јединица целе крви
11. Процент примењених еритроцита осиромашених леукоцитима
12. Примена националних водича за терапију компонентма крви
13. Успостављене формалне процедуре за евидентирање посттрансфузијских реакција
14. Успостављене стандардне оперативне процедуре рада
15. Успостављене формалне процедуре за контролу квалитета компонентна крви
16. Евиденција о пријему и дистрибуцији јединица крви узетих из других установа

17. Постојање формализоване процедуре за пријаву неусаглашености и инцидената

КОМИСИЈА ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА РАДА

Комисија за унапређење квалитета рада стара се о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите у здравственим установама.

Обавезни показатељи квалитета рада Комисије за унапређење квалитета рада су:

1. Постојање плана сталног унапређења квалитета рада здравствене установе
2. Број активности, на нивоу установе, које су предузете у циљу сталног унапређења квалитета рада
3. Број интерних провера квалитета стручног рада
4. Постојање извештаја о раду Комисије за унапређење квалитета рада

СТИЦАЊЕ И ОБНОВА ЗНАЊА И ВЕШТИНА ЗАПОСЛЕНИХ

Обавезни показатељи квалитета који се односе на стицање и обнову знања и вештина запослених су:

1. Постојање плана едукације за све запослене у здравственој установи
2. Број радионица, едукативних скупова и семинара одржаних у здравственој установи
3. Процент особа које су бар једном о трошку установе похађале курс, семинар или учествовале на конгресу или стручном састанку из области која је релевантна за њихов стручни рад

ДОСТАВЉАЊЕ ПОДАТАКА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА

Здравствена установа прикупља податке за израчунавање показатеља квалитета, које једанпут годишње преко надлежног завода за јавно здравље доставља заводу за јавно здравље основаном за територију Републике и надлежној филијали Републичког завода за здравствено осигурање.

Завод за јавно здравље основан за територију Републике годишње доставља обрађене податке Министарству здравља и Републичком заводу за здравствено осигурање.

*Председник Комисије за праћење и унапређење квалитета рада
др Драгана Жегарац*

СТАНДАРДИ И НОРМАТИВИ ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ

Др сд. Слободанка
Манојловић

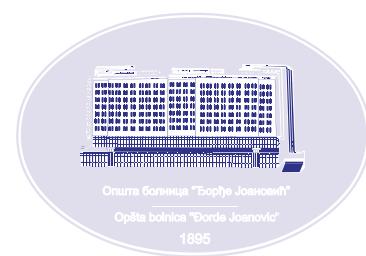
То су првенствено **популазни** елементи за планирање и програмирање рада медицинских сестара – техничара, али изузетно су значајни за **обезбеђење** квалитетне и ефикасне медицинске услуге **болесницима**

За примену стандарда и норматива треба обезбедити објективне и субјективне услове

Постојање стандарда и норматива омогућава:

- Квалитетну и ефикасну здравствену услугу
- Реално и квалитетно планирање, програмирање и остваривање предвиђених интервенција
- Прецизније оцењивање обима и квалитета рада медицинских сестара
- Правилну и бољу поделу рада у оквиру службе здравствене неге
- Утиче на успешност укупног развоја здравствене заштите, јер подстиче мултидисциплинарну сарадњу у пружању здравствених услуга
- Појачава појединачну одговорност стручњака за свој делокруг рада
- Јединствени приступ у поступцима утврђивања цена медицинских услуга

КВАЛИТЕТ У ЗДРАВСТВУ се може остварити на прави начин у условима где је спроведена рационализација кадрова, времена и материјала за рад.



ДЕФЕКТОЛОШКИ ТРЕТМАН КАО ВИД ТЕРАПИЈЕ У ДЕЧИЈОЈ РАЗВОЈНОЈ ПСИХИЈАТРИЈИ



Пише:
Мирјана Младеновић
Дефектолог Олигофренолог

У раду са децом са развојним сметњама врло је важна дијагностика когнитивних дисфункција ради што ефикаснијег дефектолошког третмана. Када се ради са децом која су класификована као ментално ретардрана овај посао постаје јож тежи јер су нам још увек непознати етиолошки чиниоци који доводе до рађања оваквих деце. Неуропсихологија као релативно млада наука отвара један сасвим нови приступ у сагледавању развојних проблема. На основу данашњих истраживања све чешће наилазимо на податке о органским узроцима менталних ретардација и како светска наука напредује највероватније је да ће већина менталних ретардација наћи своју основу у неуробиолошким конструктима који ће омогућити бољу дијагнозу али и начине лечења ове деце. Неуропсихолошко прилажење проблему има изванредну методологију јер омогућава мултидисциплинарни приступ са свих аспекта и у садашњем тренутку омогућава ефикаснији начин сазнавања когнитивног функционисања дечјег развоја.

Дефектолошки третман подразумева учење и стицање знања и вештина које су смањене или изгубљене.

Односи се на децу која су поседовала зрелост одређених функционалних система или којима су те функције изгубљене или се уопште нису ни развиле.

У раду са ЛМНР децом и уопште децом са развојним сметњама користи се метода реедукације психомоторике. То је неуропсихолошка метода која датира још из осамнаестог века. Переира у Паризу у првој половини осамнаестог века наводи податак да је могуће заобићи чула специфична за одређени вид комуникације и остварити је заobilaznim путем а то су шеме психомоторних активности како би се покренули говорни органи.

Основач психомоторне реедукације је Едуард Сеген (1812 – 1880). Значај његовог дела је признат тек након његове смрти. Сматрамо да је основач модерне рехабилитације ментално оболелих и хендикепираних лица. Учио је своје ђаке не класичној фронталној настави него да се пењу уз мердевине, да држе оловку, алат итд... Како наводи Бојанин да лекари тог времена нису схватали да је смисао рехабилитације ЛМНР

у томе да се богати њихова могућност односа са светом, да се прошири њихово егзистенцијално поље на истакнутом плану. Сеген наводи да рехабилитација треба да се заснива на индивидуалном приступу и да се прво обрати пажња на моторику тела у стајној тачци јер постуралност и организованост психомоторике представљају основно језгро људског постојања. Осећање стабилности, сигурности у стојећем ставу је предуслов да дете оствари комуникацију са другима и да се у рехабилитацији прво додгради базична функција која чини доживљај себе у свету (Бојанин, 1985; Буцхер, 1970; Хеуер, 1952).

Битан став Сегена су и чула вида и слуха јер вежбе перцепције диференцирају гностичка подручја кортикалних предела и да савршеније перцепције остварују бољу диференцијацију кортикалних способности, битних за и држање тела у простору и кретању, тако да хендикепирано лице што стабилније доживи развој и реализација психичких способности.

Марија Монтесори (1870 – 1952) је заснивала свој рад на



делу Сегена и богатству описаног случаја са олигофреним дечаком из Авејрона (описао Итард). Полази од обраде искуства психомоторике а процес сазнавања освежава и ослања се на сензомоторне шеме и искуства. Њено искуство је за нас значајно јер користи реедукативни поступак у раду са хендикепираном децом јер делује стимулативно на недограђена искуства и дисхармоничност ове деце. **Ажи-риагера** је у психолошкој лабораторији "Анри Русел" у Паризу при психијатријској установи "Света Ана" педесетих година основао тим за реедукацију психомоторике и користио је код деце са развојним сметњама. У Београду се ова врста тренинга примењује од 1967. године у Институту за ментално здравље, на челу са проф. Др С. Бојанинином.

Реедукација психомоторике има своје принципе који се поштују у току извођења третмана. Свака вежба мора да буде строго дефинисана, да оставља јасан траг у сензорним областима и то кинестезије и сензибилитета. Покрети и вежбе су прожети пријатним осећањем уз именовање делова тела. Увек се прати развојност и дозрелост нервних структура.

Реедукација психомоторике се ослања на познато сензомоторно искуство и психомоторни чин. Обнављајући ова искуства реедукатор открива детету нове варијанте искуства у околини и њему самом, тако да реедукатор обнавља искуства и бogaти их до мере која је просечна за узраст, док педагог у школи уводи нове серије знања која су изван искуства детета.

Основне индикације за реедукацију психомоторике су:

- успорен развој психомоторике
- тикови
- хиперкинетски синдром
- муцање

- развојна дисхармонија
- развојна дисгнозија
- дислатерализованост
- развојна диспраксија
- развојна дисграфија
- специфичне сметње учења (дислексија, дискалкулија, дисортографија)
- первазивни поремећаји – аутизам
- дечије психозе

На основу **дефектолошке** дијагностике свако дете добија индивидуални третман у зависности од проблема који је присутан. Реедукација се примењује континуирано у трајању од неколико недеља до неколико месеци у зависности од дијагнозе. Сеанса траје највише тридесетак минута и то поштујући принципе у исто време у току недеље. Један од битних принципа је да родитељ буде присутан да би на тај начин боље упознао своје детете, његове проблеме и своје аспирације у вези са дететом. Дефектолошки третман захтева рад на вишем нивоу а то је школа и педагошка служба јер без ове координације успех третмана не би био задовољавајући. У оквиру реедукације психомоторике примењује се и метод релаксације који има за циљ да смањи напетост детета и примењује се кроз петнаест тема. Укратко речено код деце не постоје брза решења.

Тимски рад на дечијој психијатрији у Општој болници „Ђорђе Јоановић“, у Зрењанину се негује од 1984. године на челу са оснивачем др Ђорђе Дамјаном дечијим психијатром, дефектологом Љубицом Пиперски, социјалном радницим Верицом Протић и психологом Јелком Ковачев. Служба се годинама бавила лечењем деце и омладине са менталним проблемима. Данас тим чине др неуропсихијатар Биљана Гардиновачки, спец. психолог Ивана Приљева Ђорђевић, соц. радник Верица Протић и дефектолог Мирјана Младеновић.

ЛИЦЕНЦИРАЊЕ

На основу закона о Коморама здравствених радника, који је донет децембра 2006. год. формирана је Лекарска комора Србије. Упис у Лекарску комору врши се уписом у одговарајућу регионалну комору на основу места сталног боравка. Лекар је у обавези да одговарајућој комори поднесе: испуњен захтев за упис, испуњен евиденциони лист, оригиналне или оверене фотокопије дипломе медицинског факултета, уверење о положеном државном испиту, специјалистичку диплому, субспецијалистичку диплому, налог рачуновођству установе у којој ради за плаћање чланарине, једну фотографију, уплату **трошкова** уписа у износу од 6.000,00 дин. трошкова издавања лиценце у износу од 2.000,00 дин. потврде о примаријату, магистерију или докторату, а за лекаре који су у току специјализације или субспецијализације оверено решење Министарства здравља о додели истих.

Након уписа члан Коморе добија решење о упису у именик Коморе и чланску карту.

Лиценца се издаје на рок од 7 година.

Лекарска Комора Војводине налази се у Новом Саду на адреси Душана Даниловића 40. Рад са странкама од 9 – 14 часова. телефон 021 / 496-522 mail. info@lcv.org.yu, www.lcv.lks.org.yu

Запослени у Општој болници су путем дописа обавештени о начину уписа и издавања лиценце. У року од месец дана 135 лекара од укупно 165 запослених лекара донело је уредну документацију. Иста је предата Регионалној Лекарској Комори Војводине.

Помоћник директора за образовање и научно-истраживачки рад
 mr сци. Анђа Божић

Светски дан срца

– 30. септембар 2007.

Дана 25. септембра 2007. године у конференцијској сали Централне болничке библиотеке одржана је стручна презентација поводом 30. септембра - Светског дана срца. Овогодишња акција се спроводи под слоганом "Удружені за здраво срце".

Учешће на презентацији су узели лекари опште медицине Дома здравља "др. Божко Врболов" у Зрењанину. Радна група која је учествовала у формирању водича добре клиничке праксе, водича превенција кардиоваскуларних болести су еминентни стручњаци из ове области.

Светски дан срца, осми пут за редом, организује Светска федерација за срце у преко 100 земаља света. Светска федерација за срце (Њорлд Хеалтх Федерашион), посвећена је превенцији и контроли болести срца и крвних судова ради постизања дужег и квалитетног живота широм света, а посебно у средње развијеним и неразвијеним земљама.

Инфаркт и шлог су светски убица број један, одговоран за 17,5 милиона живота сваке године, а од тог броја око 80% у неразвијеним и земљама у развоју.

Становништво Србије је, такође, највише оптерећено болестима срца и крвних судова - сваке године у Србији више од половине (56,8%) свих смртних исхода последица је умирања од болести срца и крвних судова.

Превенција инфаркта и шлога има успеха ако се смање главни фактори ризика укључујући повишен крвни притисак, повишен ниво холестерола и шећера у крви, недовољан унос воћа и поврћа прекомерна ухраненост и гојазност и недовољна физичка активност.

Здравље породице

Искуство је показало да подршка породице и пријатеља омогућава лакље постизање циљева. Особе које још у детињству усвоје здраве навике, углавном из задрже током читавог свог живота. Породице које се правилно хране, живе у окружењу без дуванског дима и физички су активне на добром су путу да смање ризик за појаву болести срца и шлога.

Ево неколико једноставних предлога које можете да примените да бисте спречили појаву болести срца и шлога. Почните још данас!

– Пренесите своје правилне навике у исхрани на све које познајете: посаветујте их да у својој исхрани користе што више воћа и поврћа, немасна меса и рибу (припремљена кувањем у води или на пари, грилоањем или печењем без масноћа), махунарке (грашак, пасуљ, боранија, сочиво) и производе са малим садржајем масти.

– Потрудите се да у сваком оброку буде заступљено воће и поврће, најмање пет пута дневно.

– Уместо газираних сокова својој породици и пријатељима понудите воду, свеже цећене сокове без шећера или млеко са ниским садржајем масти.

– Обавезно укључите поврће и воће у ужину или ручак који деца носе у школу. Разговарајте са другим родитељима и посаветујте их да ураде исто за своје дете. Тражите подршку од учитеља и наставника у виду часова посвећених правилној исхрани.

– Потрудите се да не уносите превише соли, нарочито кроз индусријски произведену храну (сухомеснати производи, конзервисана храна...).

– Планирајте да са породицом проведете своје слободно време активно у природи.

– Нека физичка активност постане саставни део вашег свакодневног живота - најмање пола сата дневно. Уместо лифта користите степенице. Оставите кола на паркингу и прошетајте до посла или, још боље – идите на посао пешке.

– Нека ваш дом буде **непушачка** зона! Као непушач даћете одличан пример својој деци. Научите их да се изборе за окружење без дуванског дима.



– Ограничите време проведено уз рачунар и телевизијски програм. Потрудите се да ваше дете што више слободног времена проведе напољу физички активно. Прошетајте са дететом до школе или заједно возите бицикл. Ролере, играјте фудбал, баскет, одбојку, бадминтон...

– Ако сте непушач, правилно се храните и редовно сте физички активни, дајете најбољи пример својој породици и окolini.

– Ако мислите да је било ко у вашој блишој или даљој породици под ризиком за појаву болести срца, посаветујте га да се обрати свом лекару за савет и помоћ.

Здраво окружење

– Вртићи, школе, факултети - Захтевајте од управе да обезбеди квалитетне обroke, више простора за игру и спортске активности.

– Радно окружење – Захтевајте од послодавца да обезбеди правилну исхрану на радном месту и могућност за физичку активност. Инсистирајте на радном окружењу без дуванског дима.

– Продавнице и ресторани – Заједно са пријатељима и комшијама залажите се за средину без дуванског дима и боли избор хране. Неопходно је да се на сваком производу налази комплетна декларација. Закон је на вашој страни!

– Болнице – Захтевајте да се у болницама служи квалитетна храна и забрани продаја брзе

хране. Подржите потпуну забрану пушења у здравственим установама.

Здрави стилови живота

Колико је превише? Није увек јасно која је храна штетна по здравље и у којој количини. Поједиње врсте хране могу имати изненађујуће висок садржај шећера, масти или соли. Све оне заједно представљају фактор ризика за појаву болести срца и шлог.

На пример, конзерва газираног пића садржи седам кашика шећера. Велика порција брзе хране (дупли чизбургер, помфрит, газирани сок, дезерт) може да садржи 9200 кЈ (2200 ккал), а да бисте сагорели унету количину енергије потребно је да истрчите цео маратон, како бисте по пређеном километру потрошили 53 ккал.

Дневне препоруке:	
Со	Мање од 5 грама
Воће и поврће	400 до 500 грама
Укупне масноће	Мање од 30% укупног енергетског уноса

Будите активни у друштву!

Много је забавније бавити се спортом у друштву пријатеља. Далеко је теже одустати од шетње, ако сте се са неким договорили него да идете сами. Свакодневна получасовна шетња брзим ходом смањује ризик од болести срца за 18%, а шлога за 11%.

Направите први корак - престаните да пушите!

Уколико престанете да пушите, елиминисали сте најзначајнији фактор ризика. Дуван је одговоран за појаву једне петине болести срца и крвних судова широм света. Много је лакше постићи овај циљ уз подршку породице, пријатеља и окружења. После годину дана од престанка пушења ризик за настајање инфаркта срца и ангине пекторис се смањује на пола. Направите први корак - престаните да пушите и помозите и другима да учине исто.

Извор: www.zdravqe.sr.gov.yu



ЕЛЕКТРОКОНВЕРЗИЈА СРЦА

Сања Цвејанов, мед.сестра Коронарне јединице

Електроконверзија срца је терапијски поступак који се спроводи у лечењу срчаних аритмија. Заснива се на непосредно испоруци електричне енергије одговарајуће снаге на зид грудног коша када се остварује жељена деполаризација већине ексцитабилних структура срца.

Како се примењује и у којим случајевима?

Код тахикардних поремећаја срчаног ритма, посебно кружних тзв: реентру аритмија: атријска фибрилација, ундулација, А-В нодусне тахикардије, тахикардије у склопу преексцитационих синдрома, вентрикуларних тахикардија разних облика.

Како се примењује и када се користи?

Користи се обично као последња метода након исцрпљења медикаментозних покушаја конверзије или као прва код болесника који су хемодинамски угрожени због поремећаја ритма рада срца.

Метода:

Изводи се стандардним уређајем – дефибрилатором који испоручује електричну енергију снаге до 400 W/s или 400 J. са могућношћу синхронизоване испоруке енергије са Р зубцем QRS комплекса у ЕКГ-у (деполаризација комора) да би се избегла испорука ел. енергије у вулнерабилну фазу реполаризације комора, са просечном потребном снагом за успешну кардиверзију од 50 – 360 J (зависно од врсте аритмије). Ово није од важности за дефибрилацију (ДЦ СХОЦК).

Извођење:

1. Болеснику детаљно упознати са процедуром, нарочито са њеним непријатним сегментима и могућим компликацијама.

2. Ако се ради планирана електроконверзија спровести адекватну антикоагулантну припрему болесника (3 недеље пре и наставити 4 недеље после).

3. Проверити лабораторију (електролити и ацидозни статус).

4. Припремити и проверити функционисање дефибрилатора,

код нас у КЈ то је савремени апарат последње генерације – (бифазичан) који се одликује апликацијом електричне енергије мање снаге са већом ефикасношћу.

5. Неопходно је припремити и проверити сет за реанимацију као и терапијска колица са неопходним медикаментима.

6. Поставити болесника у хоризонталан положај, без јастука и горњег дела гардеробе, без додира већина металних делова кревета и у најближој околини.

7. Седирати и аналгизирати болесника (амп.Бенседин и.в. и амп. Морпхин и.в) са претходно апликованим орофарингеалним тубусом због онемогућавања загушења током интервенције.

8. Апликација ЕКГ електрода ради мониторинга.

9. Укључити дефибрилатор и подесити мониторинг ЕКГ-а, пронаћи одвод са јасном величином Р зубца ради лакшег препознавања и припремити папучице дефибрилатора намазати их електродним гелом. Поставити апарат у синхрони мод и проверити исправност маркирајућег сигнала Р зубаца.

10. Папучице поставити на грудни кош пацијента, са довољним притиском да буду приљубљене за површину грудног коша целом својом површином. Поставити папучице једна за стерnum уз десну ивицу стерnuma у висини II-III м.р.п. а другу за апех у пројекцији срчаног врха.

11. Започети пуњење дефибрилатора кад је болесник седиран и када су сви учесници интервенције као и пацијент безбедни и не затварају струјно коло додирујући металне предмете или пацијента. Пуњење се увек врши до одређене јачине ел. енергије која нам је потребна, када се оно заврши истовременим притиском на догме за пражњење на папучицама врши се испорука утврђене енергије.

12. Након овога се проверава ритам на монитору и ако је болесник поново у синусном ритму интервенција се завршава а ако није покушава се поново електричном енергијом веће снаге.

СЛУЖЕЊЕ ВОЈНОГ РОКА У ЦИВИЛНОЈ СЛУЖБИ



Иван Дајић
Шеф службе обезбеђења

Дајић Иван је Решењем Директора Здравственог центра Зрењанин одређен за лице овлашћено за рад са војницима који долазе на служење војног рока у цивилној служби у Здравствени центар Зрењанин. На ову тему разговарали смо са њим.

– Колико дуго већ војници долазе на служење свог војног рока у Болницу, односно Здравствени центар Зрењанин?

Здравствени центар Зрењанин је одлуком министра одбране одређен као једна од установа у којој се може служити војни рок у цивилној служби. Сходно Уредби о вршењу војне обавезе, потписан је Уговор између Министарства одбране и Здравственог центра Зрењанин и тиме створени услови за пријем војника на служење војног рока у цивилној служби. Први војници су дошли на служење војног рока у цивилној служби у Здравствени центар Зрењанин 22. 12. 2003. године, а до сада је у Здравственом центру Зрењанин укупно свој војни рок служило 374 војника (укључујући и упут септембар 2007. год.).

– Колико војника тренутно служи свој војни рок у Здравственом центру Зрењанин?

Тренутно, у Здравственом центру се налази 51 војник, од чега је 14 војника у Дому здравља а 37 у Болници.

– На које послове су војници распоређени?

За време служења војног рока у цивилној служби у Здравственом центру Зрењанин, војници обављају друштвено користан рад у складу са Решењем којим су распоређени на одређене послове. Не постоје послови који су посебно намењени војницима и који су посебно одређени као друштвено корисни.

Ограничења која се применjuju у обављању друштвено корисног рада су: војник не може обављати послове са повећаним ризиком, нити може радити дуже од пуног радног времена, али обзиром на специфичну делатност Здравственог центра Зрењанин, институт пре-расподеле радног времена се у великој мери примењује.

Војник обавља друштвено користан рад уз стални надзор запосленог који је одређен за његовог непосредно предпостављеног и обавља послове које му овај повери, а у складу са нормативним актима Здравственог центра.

Непосредно предпостављени запослени прати рад, понашање и залагање војника и на крају сваког месеца доставља писмени извештај о томе. Тим извештајем, поред кратког описа послова које је војник обављао, непосредно предпостављени оцењује рад, понашање и залагање војника и квалитет послова које је овај обавио, као и број радних дана које је војник у току месецу провео на послу.

Поред редовног посла који обављају, војници се, када се за то укаже потреба, ангажују и на обављање ванредних и једнократних послова, као што су: чишћење и сређивање круга, паркинга, појединих просторија опште намене, истовара веће количине робе и сл. О томе се води евиденција са циљем да се

сви војници подједнако оптерете наведеним ванредним активностима.

Такође, војници се ангажују, када ситуација то захтева, и на другим пословима ширих размера и који су од општег интереса, као што је био случај са поплавама, као и другим пословима из домена цивилне заштите и цивилне одбране.

– Каква су досадашња искуства са војницима који се налазе на цивилном служењу?

Служење војног рока у цивилној служби, односно обављање друштвено корисног рада, оправдало је своје постојање и треба га даље развијати и усавршавати. Корист од оваквог начина служења војног рока је вишеструка (и за државу, и за организацију-установу и за војника). Елементарне непогоде (поплаве) које су у последње две године задесиле Зрењанин и околину показале су, између остalog, велики значај војника на служењу војног рока у цивилној служби, чије је ангажовање на помоћи становништву и санацији последица било од веома великог значаја.

Такође, досадашња искуства Здравственог центра Зрењанин показују да се војници на служењу војног рока у цивилној служби могу ангажовати и у областима које нису директно везане за њихове непосредне дужности и да се и у тим областима могу постићи добри резултати (хор војника и хуманитарни концерт који је тај хор одржао и том приликом прикупio око 1.000 евра, у динарској противвредности, за децу ратних војних инвалида и погинулих у ратовима 1990 – 1999. година, као и концерти тог хора за ментално недовољно развијену децу и штићенике Герентолошког центра; документарни филм о тој деци; мултимедијални приказ Опште бол-

нице у Зрењанину; спортске активности и др.). Међутим, квалитет регрутата који долазе на служење војног рока у цивилној служби опада из класе у класу и по образовној структури, и по дисциплини, а и по заинтересованости за извршавање додељених обавеза. Процент високообразованих војника, који се у 2004. години кретао изнад 80%, спао је на свега неких 10-15%; уочљив је пораст броја регрутата са основном или чак и без завршене основне школе; недисциплина, избегавање обавеза и покушаји да се избегне свакодневно долажење на дужност (уз разноразна, врло често несувисла објашњења и „чуђења“ зашто то не може) су у порасту и неопходно је далеко веће и енергичније ангажовање **непосредно** предпостављених да се то спречи него што је то био случај у ранијем периоду.

– Шта, по Вашем **МИШЉЕЊУ**, треба учинити да се овакав начин регулисања војне обавезе побољша и подигне на виши ниво?

Неопходно је област **слуђења** војног рока у цивилној служби уредити Законом (а не уредбама, као што је сада случај). У погледу одређивања лица (регрутата) који ће служити војни рок у цивилној служби требало би више пажње посветити термину „приговор савести“. Пре свега, потребно је дефинисати овај термин јер је утисак да због недовољно прецизно дефинисаног овог термина велики број регрутата, позивајући се на приговор савести, одлази на служење војног рока у цивилној служби из разних других разлога. Комисије које одлучују о молбама регрутата за служење војног рока у цивилној служби требало би више да се баве личношћу регрутата и **утврђивању** стварног постојања приговора савести. Законском регулативом ближе и детаљније дефинисати термин „друштвено користан рад“. Ово је неопходно у циљу боље и ефикасније искоришћености војника и остваривања циљева служења војног рока у цивилној служби, а акце-

нат би требало ставити на хуманитарни рад. Има ту још низ ствари које треба, по мом мишљењу, а и по мишљењу многих који се баве овом проблематиком, изменити или регулисати на други начин. У том смислу, ја сам недавно, преко Команде Војног округа Нови Сад, покренуо иницијативу за покретање поступка за доношење закона и изнео низ сугестија о томе шта треба регулисати њиме. Ова иницијатива је у Војном округу прихваћена, а шта ће бити даље, видећемо.

– *A у нашој Установи?*

Запослени би требало, пре свега, да схвате да војници нису радници и да су они ту, пре свега, да помогну запосленима да лакше, брже, ефикасније обаве своје послове. Није добро организовати обављање **одређених** послова ослањајући се искључиво на војнике. Војници су данас ту, сутра их нема. Број војника који долазе и њихова стручна и школска спрема су релативни и не зависе од нас, већ од броја регрутата пријављених за цивилно служење и распореда упућивања који направи Војни одсек. Такође, требало би још мало порадити на концепцији ангажовања војника, мада она већ постоји, и ближе одредити послове које војници обављају и тога се стриктно придржавати.

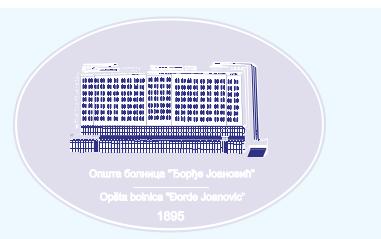
– *Велики је број организација и установа у којима се може служити војни рок у цивилној служби. Како се у томе рангира наш Здравствени центар, а и Ви лично, пошто имам одређених информација о Вашем ангажовању по овом питању и ван наше Установе?*

Са задовољством могу истаћи да се Здравствени центар Зрењанин врло високо рангира и да је до сада неколико пута, а и сада је тако, од стране Команде Војног округа (који покрива територију Војводине) истицан као пример и као установа у којој је најбоље организован овакав вид служења војног рока на територији АП Војводине. Такође, могу рећи да сам и ја

лично доста ангажован. Управо су из штампе изашле две књиге које је објавио пуковник Бранко Бабић, који је заменик команданта Команде Војног округа и који је пре око годину дана докторирао на тему „Служење војног рока у цивилној служби и њен утицај на систем одбране“, а које се баве проблематиком цивилног служења. У изради ових књига учествовао сам и ја и моје име се налази у њима као сарадника. Активно сам **сарађивао** са пуковником Бабићем и на изради његове докторске дисертације, у коју су у великој мери уграђена наша искуства из цивилног служења и моја идејна решења за побољшање функционисања ове области. Поред тога, повремено бивам позиван и на радне састанке са командантима војних одсека и војних одељака са територије Војводине, који се одржавају у Војном округу, где имам излагања на тему служења војног рока у цивилној служби.

– *На крају, реците нам која је перспектива служења војног рока у цивилној служби?*

Већ дуже време проносе се гласине да се укида овакав начин служења војног рока. То, за сада, није тачно и плод је нечије маште или неинформисаности. Постоје **одређене** иницијативе и предлози о укидању војне обавезе и увођењу професионалне војске, а као могући рок помиње се 2010. година. Реорганизација војске ће се сигурно урадити, а детаљи још нису познати. Моје лично мишљење је да ће неки вид и облик цивилног служења ипак остати и после 2010. године, јер чак и ако дође до професионализације војске, сектор цивилне одбране и цивилне заштите ће морати да функционише, а служење војног рока у цивилној служби је управо за ову област врло битно.



ПРИВРЕМЕНО УДАЉЕЊЕ СА РАДА

У нашој Болници од недавно се примењује дисциплинска мера привремено удаљење са рада запосленог у трајању од један, два или три дана.

Ова мера је предвиђена чланом 170. Закона о раду и није постојала у ранијим Законима. Може се изрећи запосленом у случају повреде радне обавезе или за непоштовање радне дисциплине и то у случају када повреда није таква да се за њу мора изрећи мера престанка радног односа. На овај начин се попуњава празнина између ослобађања запосленог од одговорности за повреду радне обавезе и мере престанка радног односа. Наиме у неким ситуацијама повреда радне обавезе или непоштовање радне дисциплине је евидентно да је учињена или није таква да би била разлог за отказ уговора о раду.

Изрицањем мере привременог удаљења запосленог са рада без накнаде зараде је заправо својеврсна опомена и може деловати на побољшање радне дисциплине запосленог у будућем његовом раду.

Запосленом се може изрећи ова мера за све повреде радне обавезе и нарушување радне дисциплине које су предвиђене уговором о раду који је радник закључио, односно потписао са директором здравствене установе.

У уговору о раду који су закључили сви запослени у Здравственом центру односно у нашој болници у тачки 11. набројано је 30 ситуација за које је предвиђена могућност престанка радног односа отказом уговора о раду од стране послодавца. Између осталих то су неблаговремено, несавесно или немарно вршење радне обавезе, као и одбијање радног налога претпостављеног, одбијање да се поступи по распореду за дежурство или по решењу о прековременом раду, злоупотреба положаја, фалсификовање докумената, одбијање коришћења личних заштитних средстава, намерно проузроковање материјалне штете установи, недостављање у року од три дана потврде лекара да је отворено боловање, злоупотреба боловања, не пријављивање нестанка средстава за рад, недозвољено коришћење средстава рада, пропуст у терапији и лечењу болесника који има директне последице по здравље болесника, неоправдан изостанак са рада пет радних дана узастопно, захтевање од пацијента материјалне користи, употреба алкохола и наркотичких средстава за време рада као и одбијање провере алкохолисаности од стране комисије, изазивање нереда и учествовање у тучи, обављање приватног посла за време рада, непоштовање радног

времена, непрофесионално понашање према пацијентима, упућивање пацијената у приватне ординације у случају када се те услуге могу пружити у болници као и рекламирање приватних ординација и установа, непоштовање прописа о забрани пушења у болници и непоштовање одлуке о паркирању у кругу болнице.

Сам поступак изрицања мере односно доношења решења о привременом удаљењу са рада запосленог без накнаде зараде покреће се на писмени захтев непосредног руководиоца (шефа одсека, начелника одељења, шефа службе, шефа сервиса спремачица или пак директора болнице). У том захтеву се обавезно описује сама повреда дисциплине односно повреда радне обавезе, место и време када се она десила, укратко се описују околности и др. Након овога директор здравствене установе ће затражити од запосленог да се изјасни писмено о притужби на његово понашање и да изнесе своју одбрану. Након овога директор разматра чињенице изнете у захтеву као и оне изнете у одбрани и одлучује по захтеву. Његова одлука уколико је позитивна се доноси у форми решења којим се утврђује да је запослени учинио повреду радне обавезе односно да је прекршио радну дисциплину и изриче му привремено удаљење са рада у трајању од једног, од два или пак три радна дана. То значи да је запослени тачно одређених дана сuspendован са рада, да не долази на посао и да му се за сваки дан неће обрачунати и платити по осам сати. Ово решење је коначно и извршно у здравственој установи. То значи да није предвиђена могућност жалбе унутар болнице. Запослени има право да се поводом овог решења обрати Општинском суду ради заштите свога права и то у року од 90 дана.

Поред ове мере привременог удаљења са рада без накнаде зараде, Закон о раду познаје и меру Отказ уговора о раду од стране послодавца када постоје оправдани разлози за то а који се односе на радну способност запосленог, на његово понашање као и потребе послодавца (технолошки вишак).

У случају да директор оцени да постоје олакшавајуће околности или да повреда радне обавезе или непоштовање радне дисциплине није довољан разлог да са запосленим раскине уговор о раду, може му у том случају упутити упозорење и обавестити га да ће му отказати уговор о раду ако поново учини исту или сличну повреду.

**Помоћник директора за правна питања
Спасо Јањић, дипл. правник**

IN MEMORIAM



др Иван Радовановић

Др Иван Радовановић рођен је 22. 02. 1953. године у Зрењанину. Био је запослен у ЗЦ Зрењанин на Хируршком одељењу, одсек Урологије, Општа болница "Борђе Јоановић".

Основну школу и гимназију завршава у Зрењанину а школовање наставља у Београду на Медицинском факултету где дипломира 27.06.1980. године. Стручни испит после обављеног приправничког стажа положио је 16. 06. 1982. године у Новом Саду а у међувремену је одслужио војни рок.

За време обављања приправничког стажа и после положеног стручног испита све до 01. 07. 1984. године радио је у Дому здравља "Др Бошко Врболов" у Служби хитне медицинске помоћи.

Од 01. 07. 1984. године ради на пословима и радним задацима лекара опште медицине на Уролошком одељењу Опште болнице.

Од јула 1989. године ради као лекар специјалиста урологије. Од 23. 11. 2000. године распоређен је на радно место Начелник Уролошког одељења.

Својим вредним и значачким радом је оставио снажан утицај на Уролошком одељењу и у наслеђу свом обавезу својих колега да наставе предан рад у лечењу пацијената.

Стога, у име свих Хвала Вам и Вечна вам слава.

IN MEMORIAM



Башовић Војка

Башовић Војка рођена је 10. Априла 1951. године у Глуховићима, општина Пале. Основну школу као и Средњу школу за акушерске сестре завршила је у Сарајеву. Од 1973. године била је запослена у Општој болници у Зрењанину као акушерска сестра. Цео свој радни век обављала је дужност главне и водеће сестре. Својим хуманим и племенитим радом задужила је многе младе мајке пружајући им врхунске медицинске услуге топлим људским разумевањем. Дала је пример млађим колегиницама и оставила им у наслеђе да својим потпуним и безрезервним залагањем доприносе бољем функционисању одељења чemu је Војка увек и тежила.

ЗА ОНЕ КОЈИ ЖЕЛЕ ДА ЗНАЈУ, ИЗВОР МУДРОСТИ, КоБСОН

Развој интернета битно је променио начин приступа научним информацијама. Многи научни часописи поред штампаних верзија, имају и своја електронска издања. Приступ већини електронских часописа могућ је тек уз одговарајућу претплату. Ово данас није проблем, јер ово решава Конзорцијум библиотека Србије за обједињену набавку (КоБСОН). Иницијатива за формирање Конзорцијума по-кренута је новембра 2001. године. Од тада до данас, преузето је 1.308.013 чланака у пуном тексту.

КоБСОН преговара о претплати и склапа уговоре о правима корисника за приступ електронским изворима на централизованој основи за све истраживаче, наставнике и студенте у Србији. Оваква централизована набавка повећава доступност страних научних информација.

Циљеви КоБСОН-а су:

- набавка страних научних часописа и база података,
- међубиблиотечка позајмица са иностраним библиотекама,
- прелазак са папирних на електронска издања,
- лакши приступ електронским издањима.

Сви часописи и базе података одабрани су у сарадњи са факултетима и истраживачким институцијама у Србији, а целокупан систем претплате фи-

нансира се искључиво преко Министарства за науку, технологију и развој Републике Србије.

Шта то значи за установу и запослене Опште болнице "Ђорђе Јоановић"? То управо значи да сви запослени у овој установи имају право да бесплатно преко интернет адресе nainfo.nbs.bg.ac.yu/kobson приступе најбољим и најновијим издањима светски најпознатијих издавачких кућа. Да би се приступило сајту неопходно је попунити налог за отварање корисничког имена на серверу Народне библиотеке Србије, који се може преузети на адреси nainfo.nbs.bg.ac.yu/kobson/doc/Proxy/licenca.pdf, и послати га поштом на адресу Центар за научне информације, Народне библиотеке Србије, **Београд**. У оквиру овога налога налазе се и информације о правима и обавезама везаним за коришћење услуга које пружа КоБСОН. Такође, на **насловној** страни сајта лако се могу наћи упутства како користити КоБСОН.

Сада када је интернет доступан на свим одељењима Опште болнице, потенционалним истраживачима или онима који би желели да буду у току светских забивања из разних области науке, срдачно бих препоручио посету овог сајта.

Дипл. инг. Зоран Игњатов
Истраживач-сарадник у
Истраживачко-развојној јединици
Здравственог Центра

АКТУЕЛНО

У протекла три месеца изведени су мали грађевински радови на реновирању објекта Интерног одељења. Радови у Биохемијској лабораторији као и на Микробиологији су у потпуности комплетирани. Промењени су подови, окречени зидови, офарбани радијатори, постављене нове плочице као и столарија која је у потпуности промењена. Вредност радова до сада износи око 1,5 милиона динара. Такође, реновирање одељења кардиологије и коронарног се такође приводи

крају. Осим горе поменутих радова, извршена је и потпуна реконструкција купатила на Кардиологији. Запослени на овим одељењима нису крили задовољство драстичним по-богањем изгледа радног простора и болесничких соба.

Финализирани су груби грађевински радови у простору нове капеле. Након посете Владике Никифора и након увида у простор предвиђен за ову намену али и пар сугестија, уследило је одобрење и зелено светло да се с овим радовима

настави. Грађевинске радове финансира болница док ће се црквени инвентар обезбедити из средстава цркве. Иначе, простор капеле налази се у бившим просторијама Службе информационих система, стога су се након њиховог пресељења у зграду Нове болнице створили услови за реализацију овог пројекта.

Услед реализације ових планова било је неопходно изместити болнички магацин који се од скоро налази у простору старе трансфузије.

ЗАЈЕДНИЧКА ИЗЛОЖБА СЛИКА МЕДИЦИНСКИХ РАДНИКА

Дана 30. 08. 2007. године за месец септембар отворена је самостална изложба слика Палинкаш Марије у конференцијској сали Централне болничке библиотеке Опште болнице „Ђорђе Јоановић“. Рођена је 1954. године у Зрењанину. По занимању је здравствени радник али сад ужива своју пензију и слика предивне слике у темпера техники. Ово јој је омиљена техника, али планира да се опроба и уљаним бојама. На сликама јој се најчешће појављују лирски пејзажи али воли да слика и цветне мотиве. До сад је узела учешће на више заједничких изложби а ово јој је прва самостална изложба.

Од значајнијих награда вреди поменути: I место на МИРК-у 2005. године, II место на МИРК-у 2006. године, I место на МИРК-у 2007. године као и златна медаља на манифестацији у Будимпешти 2005. године.

Отварањем изложбе слика 04. Октобра 2007. године отпочели смо нову сезону изложби у просторијама наше болнице. Овом приликом на заједничкој изложби слика своје радове изложиле су Иванчевић Катарина, Марија Пехо-Качар, Олга Ожеговић и Рашевић Рожика. У оквиру програма који је био уприличен, учешће су узели Бранка Јајић, новинарка листа „Зрењанин“, која је рецитовала поезију, Лалић Драгана ВМС, у организацији изложби, др Јова Белић који је говорио о сликарству као и академски сликар Аца Качар. О животу и раду уметника на изложби су прочитани делови из њихових биографија:

ИВАНЧЕВИЋ КАТАРИНА

Догађа се да човек нешто вредно годинама носи у себи, нешто са чим се роди, неки дар, вештину или умеће, да се онда, у једном тренутку, чак зрелости, тај скривени, пријатејени таленат испољи.

То се дододило Катарини Иванчевић, рођеној 1952. године у Зрењанину која је данас Новосађанка, организациона сестра на гинекологији поликлинике. За Катарину је сликање лек за душу. Посегла је за кичицом пре осам година, када је остала без свог животног сапутника, који је изненада преминуо. Надахнуће сликара носи у генима, као вредан дар - завештај, наслеђен од баке и прадеде, који су били изузетно талентовани сликари, иако су били, као и она, аматери у тој лепој уметности.

– Док slikam, проналазим спокој и душевно задовољство. – каже Катарина: – Можда су зато моји мотиви места где влада спокој, попут војвођанских салаша, усамљених Србијанских кућа,

дечија лица, природа, Богородица...

Катарина Иванчевић је излагала своје слике више пута, на группним изложбама и једном самостално у Новом Саду. Члан је мужљанског „Клуба ликовних уметника – аматера“ и школе цртња „Фокус-Арт“ из Мужље, као и „Пчесе“.

МАРИЈА ПЕХО-КАЧАР

Рођена је 1954. у Зрењанину. До 2000.-те године ради као текстилни техничар, у индустрији тепиха „Пролетер“. Данас је у привременој пензији и потпуно је посвећена богаћењу своје душевне ризнице, сликарству и књижевности. Слика такође је од детињства, као што је и писање привлачило чим је савладала умеће „баратања пером“. Почела је да осликава своја маштања, бодрена бакиним сликарским талентом, који јој је остављен у завештај од прадеде – Јозефа Гинтнера – сликара. Излагала је своје слике на группним изложбама, на „Међународној изложби рукотворина и



БОЛЕСТИ КРАЈНИКА У ЖИЖИ ИНТЕРЕСОВАЊА

колекција”, освојила је до сада три трећа и два друга места – дипломе. Бави се и писањем прозе. Од до сада написана 34 романа, објавила је три новеле. које су награђене **Књижевним** наградама.

Члан је мужљанског „Клуба ликовних уметника – аматера” и школе цртања „Фокус-Арт” из Мужље, у којој врши едукацију њен супруг – Александар Качар.

ОЛГА ОЖЕГОВИЋ

Рођена је 1952. године у Кикинди. Животни и радни век је до сада провела у Зрењанину. Медицинска сестра у пензији. Члан је школе цртања „Фокус-Арт” у Мужљи, у којој се три месеца подучава умећу сликарства, усмеравана од стране академског сликара Александра Качара.

РАШЕВИЋ РОЖИКА

Рашевић Рожика је рођена 1952. године у Зрењанину.

Завршила је ВМС и радила на Психијатријском Одељењу у Зрењанину као Главна сестра, а касније као водећа сестра Дневне болнице. Активиста је у СЗР од 1977. г до пензије и била је добитник многобројних признања за свој дугогодишњи рад.

Активно учествује у организацији сликарских изложби и колонија „Срцем и душом за ментално здравље”.

У сусрету са бројним уметницима и њиховим делима продубило се интересовање према сликарству.

Радозналост је води ка дубљем упознавању уметника, њихових дела и атељеа, њиховог стваралаштва.

Желећи да упозна настанак уметничких дела и помогне развоју новоотворене сликарске школе „Фокус-арт” укључује се у рад и сама почиње да слика.

У организацији удружења оториноларинголога Црне Горе, Клиничког центра у Подгорици и Америчко-аустријског Отвореног Медицинског Института, од 12 до 14. октобра 2007. године одржан је први међународни симпозијум оториноларинголога Црне Горе посвећен проблематици болести крајника и савременим дијагностичко-терапијским процедурама.

Зрењанинску болницу „др Ђорђе Јоановић“ на овом скупу представљао је Mr др Горан Пудар са научним радом из области аудиологије.

Симпозијум је отворен предавањима по позиву која су одржали еминентни стручњаци, предвођени Проф. др Хервигом Свободом из Беча, а изнесена су актуелна истраживања имуно-лошког значаја такозваног лимфатичног прстена ждрела и доминантних непчаних крајника. У том смислу истакнут је деценијски пораст тренда смањења оп-

су одржали и аутори **прихваћених** научних радова, између осталих ОРЛ Клиника у Новом Саду са Проф. др Љиљаном Влашки и др Мирослав Кендрешић из болнице у Сремској Митровици.

Mr др Горан Пудар представио је научни рад под насловом „Корелација аудитивних функционалних налаза у односу на постојање других касних компликација дијабетес мелитуса тип 1“. Резултати рада показали су значајан утицај дијабетеса тип 1 на оштећење слуха код оболелих са постојањем дијабетичне полинеуропатије и ретинопатије, нарочито у односу на дужину трајања болести и старост оболелог.

Заједнички закључци симпозијума истичу значај мултидисциплинарног посматрања болести крајника уз неопходност усаглашавања ставова и доктрина, те формирања **дијагностичко-терапијских** протокола по



На слици с лева на десно: Mr др Мирко Поповић, Председник научног одбора Симпозијума, др Мирослав Кендрешић, Директор Опште болнице у Ср. Митровици, Проф. др Љиљана Влашки, ОРЛ Клиника Нови Сад, Mr др Горан Пудар, ОРЛ Зрењанин

ерација одстрањивања крајника у Америци (Dr Shain Schley, Њујорк), западној Европи (Dr Herwig Swoboda, Беч) и земљама у окружењу, те потребе за правилном дијагностиком болести ових органа, адекватном лечењу и чувању ових структура као “прве линије одбране организма“. Током симпозијума предавања

угледу на светске медицинске центре. Овакав приступ **омогућио** би уједначене оцене стања, нарочито што ова проблематика широко обухвата популацију нашег региона која због различитих тегоба са крајницама помоћ тражи код оториноларинголога у Општој болници у Зрењанину.

ВРЕМЕПЛОВ

У Књажевини Србији у време формирања државе и власти, по угледу на суседну Аустроугарску установљена је функција ОКРУЖНОГ ФИЗИКУСА, који је морао бити доктор медицине.

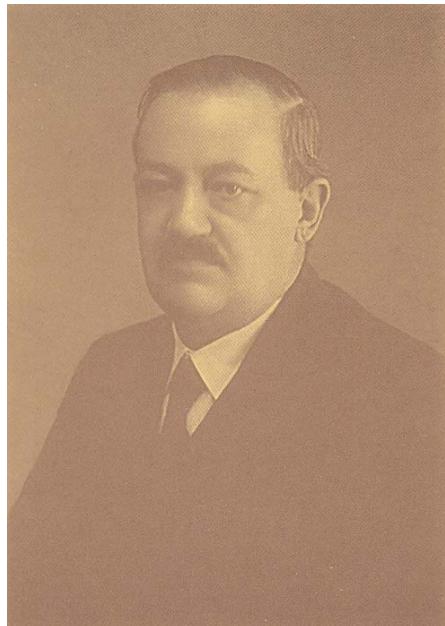
Посебним упутством потписаним од Председника Совјета Јеврема Обреновића од 21.08.1839. године, члана Књажевског Намесништва (у време прогона господара Милоша Обреновића) побројане су дужности Окружног физикуса.

Будући да су доктори стизали "из прека" наглашено је да морају знати "србски језик" и на њему протоколе водити. Али дозвољено је да пишу и "немецким или латинским" док српски језик не науче довољно да могу болеснике испитивати.

Окружни физиуси су морали своје дипломе приказати Попечетелју (министру) пред киме су и заклетву полагали. Морали су бити: праведни, истинити, неподмитљиви, трудољубиви, у дужностима својим искусни, у владању смирени а у опходењу пријатни.

Даље се у Упутству каже: "Док довољно лекара не буде, дужан је физикус, у mestu пребивања свога, болне надгледати и лечити - без разлике на stanje и имање. Онај који је могућан, дужан је сваку визиту платити 20 куна у сребру, а сиромахе дужан је бадава посетити, али лекове наплатити".

"НИ У КАКВА ПОЛТИЧЕСКА ДЕЛА НЕ ИМАЈУ СЕ МЕШАТИ ОКРУЖНИ ЛЕКАРИ И ФИЗИУСИ, ИМАЈУЋИ ДОВОЉНО ПОСЛА ЗАНИМАТИ СЕ СВОЈИМ ЛЕКАРСКИМ ДУЖНОСТИМА". Стоји у упутству Совјета сербског из 1839. године кога су потписали пет првих људи тадашње Србије.



Др Ђорђе Јођовић
1871 - 1932
Основач Медицинског факултета у Београду

Општа болница у Зрењанину од 1956. године носи име познатог професора Београдског Универзитета и патолога светског гласа, оснивача Медицинског факултета у Београду Ђорђа Јођовића. У кругу наше болнице налази се и биста овог значајног научника.

Ђорђе Јођовић родио се 16. јуна 1871. године у Бечу у адвокатској породици. Његов отац води порекло из села Беодра - данас Ново Милошево у општини Нови Бечеј.

Основну школу и гимназију др Ђорђе Јођовић је завршио у родноме Бечу где је учио и завршио Медицински факултет. Био је асистент познатог патолога, светског гласа Палтауфа од 1895. године а касније и редовни професор на Медицинском факултету у Бечу.

У Бечу је био познати лекар, истакнути научник, сјајни педагошки и хуманиста.

После завршетка Првог светског рата и након стварања Краљевине Југославије прихватио је позив да свој рад настави у Београду и да помогне у осни-

вању Медицинског факултета. Одбио је предлоге да након смрти професора Палтауфа преузме катедру за патологију на Бечком Медицинском факултету. Хтео је да помогне својој земљи која се тек опорављала од свеколиког разарања и страдања током Првог светског рата.

Професор Ђорђе Јођовић је иза себе оставил велики број научних радова углавном из области патологије и онкологије.

На Београдском Универзитету где је отпочео са радом 1920. године био је једини професор који је три пута био биран за декана Медицинског факултета. Био је посебно цењен као члан Српке Академије наука.

Професор Јођовић био је омиљен и међу студентима као велики демократа штититељи њихова права а посебно аутономију Универзитета.

Доктор Јођовић је живео у годинама које су означене као време диктатуре генерала Петра Живковића и краља Александра који су предводили тадашњи ненародни режим власти. Године 1929. краљ је донео такозвану "обзнатану". Биле су то године превирања, борбе власти против напредних људи, године демонстрација, штрајкова и затварања неистомишљеника.

Почетком 1932. године, 28. јануара, после једног упада жандармерије на Медицински факултет у трагању и хапшењу студената десио се и инцидент којом приликом је професор Ђорђе Јођовић био грубо гурнут и ошамарен од једног жандарма са оптужбом да скрива студенте. Никада није тачно утврђено шта се тачно догодило тога дана само је полиција објавила да је професор Јођовић извршио самоубиство вешањем о прозорску кваку на

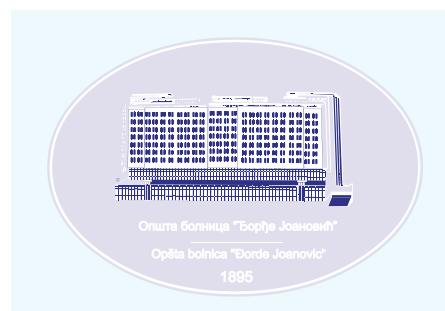
Институту патологије. Његов рођени брат Симеон никада није успео да сазна праву истину о трагичној смрти свога брата. Тако се у 61. години завршио живот професора др Ђорђа Јоановића.

Ђорђе Јоановић је уз велике државне почасти сахрањен у селу Беодра на гробљу његових предака. Испраћају покојног професора у Београду је присуствовало много света предвођени научном елитом, студентима и многима који су га ценили и поштовали. На гробљу у Беодри од рано преминулог професора оправстили су се његови сарадници, студенти и мештани Беодре и околине.

Године 1956., 23. септембра у организацији подружнице Српког Лекарског Друштва у Зрењанину, у Беодри одржана је велика коомеморација професору Јоановићу. Тада је на његовом гробу постављена спомен плоча а на средини између два села Беодре и Драгутинова, сада Ново Милошево постављено је попрсје са натписом: др Ђорђе Јоановић оснивач и професор Медицинског факултета у Београду и члан Академије наука. Исте године одлучено је да градска болница у Зрењанину носи његово име.

Како ће се 28. јануара 2008. године навршити 75 година од смрти професора Ђорђа Јоановића очекује се да Болница у организацији Друштва лекара Војводине - Српског Лекарског Друштва пригодно обележи овај датум и положи цвеће на његов гроб.

Помоћник директора ЗЦ за
правна питања
Спасо Јањић



УРЕЂЕЊЕ БОЛНИЧКОГ КРУГА

Сагласно са Националном политиком реформе здравства Србије коју је одредило Министарство здравља, а у циљу рационализације радних места и трошкова пословања спроведене су неопходне мере којим су предвиђена издвајања неких служби Техничког сектора.

Сходно томе од Септембра месеца 2007. године Општа болница је закључила уговор о сарадњи са предузећем која се између осталог у оквиру своје делатности специјализовала и за одржавање и уређење болничког круга. Резултат њиховог рада био је видљив већ након пар дана када је парк у оквиру болничког круга доживео препород и освануо у потпуно другом светлу. Позитивне реакције и коментари наших радника нису изостали док су се у раним јутарњим часовима тих дана кретали ка својим радним местима задржавајући погледе на познатом месту. Стабла Тисе су постала поново препознатљиви симбол овог парка који чува

бисту оснивача Медицинског факултета у Београду и чије име наша болница носи. "Ђорђе Јоановић" је поново у првом плану парка уоквирен лепо обликованом живицом. Травњак у парку се редовно одржава док је прави по-тез било постав-

љање нових клуба за седење који су замењени старим и дотрајалим чијег постављања се ни они са најстаријим радним стажом више не сећају. Иначе ове клубе су донација НИС Нафтагас-а, те им се стога захваљујемо. Старе клубе су реновиране монтажом нових прелакираних дасака и измештене на неколико локација где је потреба за њима била приметна.

Жеља представника овог предузећа је и израда фонтане која би употребнила утисак парка испред Управне зграде. Похвално је и то што су за рад на овим пословима у овом предузећу ангажовани бивши радници наше болнице који су ту до сада били запослени по уговору на одређено време.

На основу видљивих резултата можемо закључити да је ангажовање специјализованог предузећа на овим пословима био пун погодак и да су се утрошена средства вишеструко исплатила.



СТРУЧНО УСАВРШАВАЊЕ

У оквиру јесењих специјализација школске 2007/08 године Општој болници одобрене су специјализације из: Ургентне медицине, спедијализацију је добила Ердељан др Бранислава; из Анестезиологије са реаниматологијом специјализацију је добила Королија др Сања; из Максилофацијалне хирургије специјализацију је добила Мијатов др Ивана; из Интерне медицине специјализацију добила је Станков др Санвила;

Субспецијализација из Неонатологије за педијатријско одељење добила је Бекић др Славица спец.педијатрије

Укупно је у току:

- специјализација 22 запослених
- субспецијализација 8 запослених

Помоћник директора за образовање и научно-истраживачки рад
мр сци. Анђа Божић

ИНДЕКСОВО ПОЗОРИШТЕ: „ДНО, БРАТЕ”

Понедељак, 19. новембра у великој сали Културног центра Зрењанина.

Почетак је у 19 сати, а цена улазнице је 350 динара.



Протекли вртоглави политички догађаји били су за индексовце права мера инспирације, сваким довољна да поставе нових 80 минута непрекидне сатире, смеха и пародије.

**Štamparija
GRAFO color**

MESTO PRAVE ŠTAMPE

Zrenjanin, Melenička 11b
023 537 393, 063 527 043
E-mail: grafokolor@gmail.com