

Plavi FOKUS

Informativno Glasilo
Hrvatske Komore Medicinskih Sestara



MEĐUNARODNI DAN SESTRNISTVA

SESTRINSKI GLAS
ZA ZDRAV ŽIVOT

UPOZNAJEMO...

DOM ZDRAVLJA GOSPIĆ

OSOBNE PRIČE NAŠIH MEDICINSKIH SESTARA

Barica Hršak, Dubravka Jakšetić, Dragica Kolenić, Robert Lovrić, Jadranka Brljak

Plavi FOKUS

Informativno glasilo
Hrvatske Komore Medicinskih Sestara

IMPRESSUM

Nakladnik:
Hrvatska komora
medicinskih sestara

ISSN: 1845-8165

Glavna urednica:
Dragica Šimunec

Uredništvo:
Biljana Kurtović
Cecilija Rotim
Marija Kadović
Ljiljana Pomper
Danijela-Lana Domitrović
Mirna Vrčec

Lektorica: Zrinka Šućur, profesorica
hrvatskog jezika i književnosti

Tajnica uredništva:
Anastazija Sorić Uranić

Adresa uredništva:
Hrvatska komora
medicinskih sestara
"Plavi fokus"
Maksimirska 111/2
10 000 Zagreb

E-mail: hkms@hkms.hr

Grafički dizajn i priprema:
Alfacommerce d.o.o., Zagreb

Tisak:
Alfacommerce d.o.o., Zagreb

Tekstovi objavljeni u časopisu Plavi fokus izražavaju mišljenje autora i ne moraju se isključivo podudarati s mišljenjem Uredništva ili službenim stavom Hrvatske komore medicinskih sestara.

Sadržaj

PREDSJEDNICI PODRUŽNICA	4
IZ POVIJEST II. DIO	6
UPOZNAJEMO... OSOBNJE PRIČE NAŠIH MS	9
IZ PODRUŽNICA HKMS	21
MEĐUNARODNI DAN SESTRNISTVA SESTRINSKI GLAS ZA ZDRAV ŽIVOT	25
17. KONFERENCIJA O KVALITETI I 8. ZNANSTVENI SKUP HRVATSKOG DRUŠTVA ZA KVALITETU	27
GOVORIMO LI SAMO O PREVENCIJI ILI JE UISTINU PROVODIMO?	28
ORGANIZACIJA RADA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI HRVATSKOJ	30
CIJEPLJENJE	34
ENC NOVOSTI	38
IZ STRANE LITERATURE	47

Riječ predsjednice

LIPANJ 2017.

Poštovane kolegice i kolege,

protekli mjeseci bili su vrlo intenzivni u smislu događanja u sestrinstvu. Konferencije, kongresi, simpoziji i druga različita stručna okupljanja rezultirali su usvajanjem novih spoznaja ili pak obnavljanjem postojećih znanja. Povodom Dana sestrinstva događale su se mnoge aktivnosti i sestrinstvo je bilo promovirano na vrlo lijep način. Koordinacija svih udruga polučila je uspjeh. Jasno je da medicinske sestre trebaju kontinuirano usvajati i obnavljati znanja kako bi mogle pružiti zdravstvenu njegu prema najboljim standardima prakse. Zdravstvene institucije trebaju dobro educirane medicinske sestre. Bolja individualizirana zdravstvena njega, bolja promocija zdravlja u zajednici, djelovanje u javnozdravstvenim akcijama usmjerenim na pre-



venciju bolesti, uz što nižu cijenu koštanja po glavi stanovnika, zahtijevaju koordinirani timski rad, koji, da bi bio uspješan zahtijeva različita znanja, različite profesije i različite razine obrazovanja. Nema niti jednog dijela zdravstvene skrbi koji može uspješno djelovati bez medicinskih sestara. U tom smislu Hrvatska komora medicinskih sestara potiče razvoj struke i usvajanje znanja. Potiče medicinske sestre da spoznaju razinu odgovornosti

koju zahtijeva profesija. Neophodna znanja daju sigurnost u izvođenju zdravstvene njege, daju medicinskoj sestri moć borbe za vlastitu profesiju i ravnopravan pristup izvorima znanja s drugim dionicima u skrbi za pacijenta. Imati slobodu odlučivanja sam o sebi i svojoj profesiji, moguće je ako smo sposobni ravnopravno razgovarati s drugim članovima tima, ako smo sposobni uvjeriti ih da smo samostalna regulirana profesija. Građenje osobnog identiteta je dugotrajan i odgovoran posao. Promjena percepcije medicinskih sestara u javnosti neće se dogoditi sama po sebi. Sva naša stručna djelovanja, naš odnos prema zdravstvenoj njezi, podizanju razine kvalitete zdravstvene njege i mogućnost prikazivanja koristi koja proizlazi za pacijente, društvo i zdravstveni sustav, mogu pridonijeti percepciji djelatnosti kojom se bave medicinske sestre i tehničari.

Dolazi ljetni period koji je po definiciji manje bogat stručnim događanjima. Vrijeme godišnjih odmora smanjuje broj medicinskih sestara na radilištima, ali to ne smije utjecati na stvaranje pozitivne percepcije rada medicinskih sestara. Čineći sve za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja cijele nacije ne smijemo zaboraviti da smo važni članovi zajednice i nitko neće imati koristi ako ne čuvamo i vlastito zdravlje. Zato smo jedna od reguliranih profesija važna za zdravlje nacije. Boljim organizacijskim procesima treba osigurati pružanje zdravstvene njege na siguran način i istovremeno sačuvati zdravlje svih u procesu skrbi o pacijentima.

ZADAĆA SVIH NAS JE UKAZIVATI SVIM SUBJEKTIMA U ZDRAVSTVU DA JEDNA MEDICINSKA SESTRA NE MOŽE RADITI KAO DVIJE MEDICINSKE SESTRE.

Kao što sam najavila u prošlom izvješću, nastavljaju se aktivnosti Komore za poboljšanje statusa i na dobrobit medicinskih sestara i tehničara.

Predsjednica Hrvatske komore medicinskih sestara
Slava Šepić

PREDSJEDNICI PODRUŽNICA HRVATSKE KOMORE MEDICINSKIH SESTARA 2. DIO



Dubrovačko-neretvanska županija

SNJEŽANA BUSANČIĆ, prvostupnica sestrinstva

Apsolventica Diplomskog studija „Kliničko sestrinstvo“ Sveučilišta u Dubrovniku, ima 28 godina staža. Zaposlena je u OB Dubrovnik, Služba za Kirurške djelatnosti. Vanjski je suradnik Sveučilišta u Dubrovniku, Odjel za stručne studije, Studij sestrinstvo. Predsjednica je Podružnice HKMS Dubrovačko-neretvanske županije od 2006. godine.



Grad Zagreb

CECILIJA ROTIM, magistra sestrinstva

Srednju Medicinsku i kemijsku školu Šibenik, smjer – medicinska sestra/tehničar, završava u Šibeniku 2005. te s daljnjim uspjehom završava redovni dodiplomski studij sestrinstva pri Zdravstvenom Veleučilištu u Zagrebu.

2013. upisuje sveučilišni diplomski studij sestrinstva pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu, te 2015. stječe diplomu magistre sestrinstva te postaje dobitnicom Dekanove nagrade za najbolji uspjeh u akademskoj godini. Od 2016. zaposlena je u Uredu za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite, KBC-a Sestre milosrdnice kao viši koordinator za edukaciju u sestrinstvu.

Predsjednica je Podružnice Hrvatske komore medicinskih sestra Grada Zagreba od listopada 2016.



Karlovačka županija

ANKICA HRNČEVIĆ LAUŠ, prvostupnica sestrinstva

Radi u Internjoj medicini, odjel Kardiologije s koronarnom jedinicom u OB Karlovac kao glavna sestra. Studij sestrinstva završila je 2011. godine i stekla naziv prvostupnica sestrinstva.

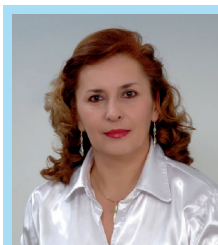
Članica je radne skupine za sestrinsku edukaciju, radne skupine za sestrinsku dokumentaciju, te radne skupine za kvalitetu. Od siječnja 2016. godine vrši dužnost predsjednice Podružnice, a na redovitim izborima koji su održani u listopadu 2016. god. jednoglasno je izabrana za predsjednicu podružnice.



Ličko – senjska županija

RUŽA UREMOVIĆ, diplomirana medicinska sestra

Rođena 28.12.1965 godine u Gospiću. Srednju školu za medicinske sestre završila je u Rijeci. Sveučilišni stručni studij sestrinstva završila je u Rijeci. Diplomski stručni studij menadžment u sestrinstvu završila je na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu. Cijeli svoj radni vijek od pripravničkog staža radi u Općoj bolnici Gospić. Prvo radno iskustvo je na odjelu kirurgije, potom radi kao anesteziološki tehničar u vrijeme domovinskog rata, zatim u ambulanti fizikalne medicine, a nakon toga je četiri godine glavna sestra JIL-a. Od 2009 godine je pomoćnik ravnatelja za sestrinstvo Opće bolnice Gospić. Predsjednica je Podružnice HKMS Ličko-senjske županije u drugom mandatu.



Međimurska županija

MARIJA PREKUPEC, diplomirana medicinska sestra

Rođena je 22.06.1965. u Gardinovcu. Srednju školu završila je 1984. godine u Varaždinu. Radila je od 1985. do 2009. u Domu zdravlja Čakovec u patronažnoj službi. Višu medicinsku školu završila je 1995. na Sveučilištu u Zagrebu, a treću, razlikovnu godinu završila je 2003. godine i time stekla naziv prvostupnice sestrinstva. U želji za napredovanjem i stjecanjem znanja u sestrinstvu upisala je 2007. godine diplomski specijalistički studij „Javno zdravstvo“ na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu koji je uspješno završila i

stekla naziv diplomirana medicinska sestra. Od 2009. godine radi u Zavodu za javno zdravstvo Međimurske županije kao glavna sestra Djelatnosti za javno zdravstvo. Za predsjednicu Podružnice HKMS Međimurske županije izabrana je 2017. godine.



Primorsko-goranska županija

ROZMARI TUSIĆ, magistra sestrinstva

Rođena je 09.03.1967. godine u Rijeci. Srednju medicinsku školu završila je 1985. godine u Rijeci. Višu medicinsku školu završila je 1990. pri Medicinskom fakultetu u Rijeci, a sveučilišni diplomski studij sestrinstva 2015. pri Medicinskom fakultetu u Osijeku i stekla naziv magistra sestrinstva. Od 1986. radi u Domu zdravlja Primorsko-goranske županije. Od 2009. radi na poslovima pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo-glavne sestre Doma zdravlja PGŽ. Predsjednica je Podružnice HKMS Primorsko-goranske županije u drugom mandatu.



Sisačko-moslavačka županija

BRANKICA IVIČINEC, prvostupnica sestrinstva

Srednju medicinsku školu u Sisku završila je 1983. Od 1986. godine radi u Općoj bolnici „Dr. Ivo Pedišić“ u Sisku, na odjelu neurologije, a od 2004. Radi na internom odjelu kao glavna sestra dijalize. 13.1.2004. diplomirala je na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu - dvogodišnji studij sestrinstva, a 5.7.2007. završila je razlikovni studij sestrinstva u Zagrebu i stekla naziv prvostupnica sestrinstva. Od 2014. godine mentor je učenicima pete godine srednje medicinske škole u Sisku, a od 2015. godine članica Savjeta za zdravlje Sisačko-moslavačke županije.



Varaždinska županija

NEVENKA IVEK, diplomirana medicinska sestra

Prvostupnica sestrinstva u hitnoj ambulanti Službe za interne bolesti Srednju školu za medicinske sestre završila u Varaždinu 1984., a studij sestrinstva u Zagrebu 1992. Specijalistički diplomski studij Menadžment u sestrinstvu završila je 2007. na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu. Dobitnica je medalje Grada Varaždina za doprinos promicanju sestrinstva 2009. godine. Predsjednica je Podružnice Varaždinske županije u 3. mandatu.



Vukovarsko-srijemska županija

DINKA KALAIKA, prvostupnica sestrinstva

Rođena je 25.09.1953. godine. Osnovnu i srednju medicinsku školu pohađala je u Vinkovcima, a Višu medicinsku školu završila je 1986. godine. Zaposlila se u Medicinskom centru Vinkovci 1972. godine. Od 1996. godine zaposlenik je Doma zdravlja Vinkovci gdje je bila glavna sestra, a unazad nekoliko godina je pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo. Sudionica je Domovinskog rata.

Predsjednica je Podružnice Vukovarsko-srijemske županije u drugom mandatu.



Zagrebačka županija

HELENA DRPIĆ, prvostupnica sestrinstva

Rođena 15.03.1966. u Splitu, završila je srednju medicinsku školu u Splitu. Radni staž započela je u Domu zdravlja Supetar te je nakon završenog preddiplomskog studija u Rijeci 1997. radila kao glavna sestra. Od 2001. godine zaposlena je u Domu zdravlja Zagrebačke županije na mjestu glavne sestre Ispostave Dugo Selo. Od osnutka HKMS bila je član Vijeća Komore u dva mandata te predsjednica Podružnice Zagrebačke županije do danas.



PRIPREMILA: Dragica Šimunec

IZ POVIJESTI II.DIO

OSNIVANJE HKMS



Temeljem Zakona o zdravstvenoj zaštiti 1995. godine osnovane su tri komore u sustavu zdravstvene zaštite. Liječnička komora je postojala do II svjetskog rata i ukinuta u komunizmu te ponovno osnovana, dok su

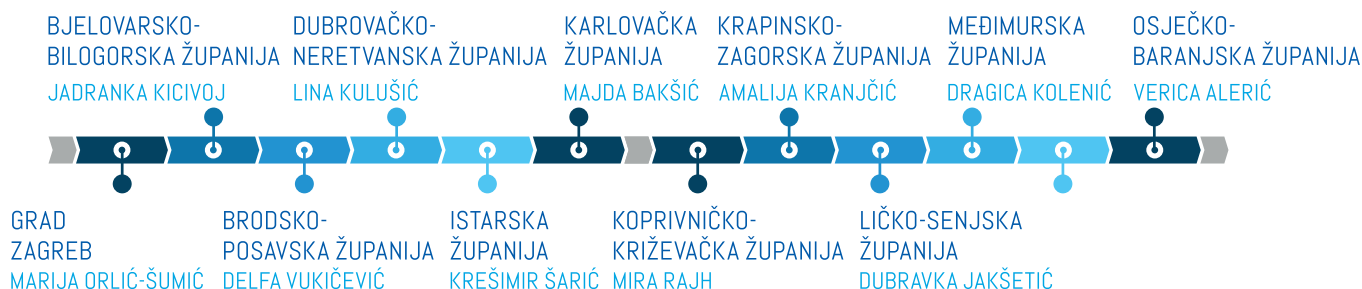
Stomatološka komora i Komora biokemičara osnovane po prvi puta. Kako su se komore tada osnivale samo temeljem Zakona o zdravstvenoj zaštiti, bilo je puno nepoznanica i lutanja oko definiranja svih pojedinosti o načinu djelovanja, poglavito oko općih akata temeljem kojih su komore djelovale. Kako sam u to vrijeme radila u Ministarstvu zdravstva dobro se sjećam mnogih prijevora i teškoća kroz koje su se ti procesi odvijali.

Kako za sličnu instituciju medicinskih sestara nije postojala zakonska osnova, iz našeg Ureda za sestrinstvo krenule su prve inicijative, budući da se zakoni mogu mijenjati ako za to postoji politička volja.

U to vrijeme u Europi su postojale komore medicinskih sestara u Velikoj Britaniji, Italiji, Grčkoj i Irskoj. Njihove su se komore zasnivale na profesionalnim zakonima koji kod nas nisu postojali.

Kolegice iz Slovenije bile su tada izuzetno aktivne i već poduzimale ozbiljne akcije za zakonsko reguliranje sestrinske prakse u Sloveniji. Kako smo tada odlično surađivali s kolegicama iz Slovenije od kojih želim spomenuti Majdu Šlajmer Japelj, Bojanu Filej i Petru Kersnič. Kolegice su nam ponudile svu pomoć pa su nam tako ustupile prvi nacrt „Zakona o zdravstvenoj njezi“ i dale nam dopuštenje da iz njega preuzmемо sve što mislimo da nam može pomoći. Također smo uspostavili vezu s komorom u Velikoj Britaniji koji su nam također ponudili svu pomoć oko priprema za osnivanje komore. Britanski zakon o sestrinstvu bio je vrlo kompliciran (barem se nama tako tada činilo) zbog činjenice da su oni bili pod režimom EU Direktiva. Prve ozbiljne pripreme i nacrti bili su pripremljeni 2000. godine. Njihov je autor bio gospodin Miroslav Radić, koji je jedini u Hrvatskoj imao iskustva oko pripreme svih propisa u tri komore koje su već postojale. Gospodin Miroslav Radić, pravnik, apsolutno briljantni um, dalekovidan i svestran. U pripremi prvog nacrta zakona o sestrinstvu korišteni su dijelovi iz britanskog zakona ali i slovenskog. Sve se ipak trebalo uskladiti s hrvatskim propisima. Dolaskom Andre Vlahušića na mjesto ministra zdravstva pristupilo se izmjenama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zakona o liječništvu, stomatološkoj djelatnosti ali u isto vrijeme zakona o sestrinstvu. To je vrijeme u kojem sam osobno preživjela (uspješno) nebrojena poniženja, osporavanja, osobne uvrede i osporavanja, zbog pokušaja da sestrinstvo uđe u

ČLANICE I ČLANOVI 1. VIJEĆA HKMS-A



društvo kako se to tada nazivalo „visoke stručne spreme“. No odluka je bila donesena i svi su se zakoni pripremali u isto vrijeme. Veliku zahvalu dugujem mnogima i unutar Ministarstva zdravstva i moram spomenuti gospođu Dubravku Jadro koja ne samo da je briljanti pravni stručnjak već jedna od rijetkih bila istinski prijatelj unutar samog ministarstva što doista nije bilo ni lako ni poželjno. Bilo je još dobronamjernih ljudi, ali je bilo puno više onih koji su smatrali da sestre trebaju ostati “u službi liječnika“, da nema govora o samostalnosti ili profesiji. Poznato je da ni tada a ni danas djelatnici ministarstva nisu previše zainteresirani što se zbiva u ostatku svijeta pa i u Europi. Kada danas razmišljam o tim vremenima tvrdim da je to bila nemoguća misija 5. I to je dokaz da je i nemoguće moguće ako se u nešto vjeruje do te mjere da se glavom doslovce probija neprobojno.

ZAKON O SESTRINSTVU DONIO JE HRVATSKI SABOR

12. SRPNJA 1993. GODINE.

Tim datumom je započelo novo vrlo turbulentno razdoblje za hrvatsko sestrinstvo.

1. LISTOPADA OSNOVANA JE HKMS, OSNIVAČKOM SKUPŠTINOM ODRŽANOM U MINISTARSTVU ZDRAVSTVA, OSNIVAČI SU BILI MZ I HUMS, DONESEN JE STATUT, IZABRANA JE PREDSEDNICA I VIJEĆE KOMORE.



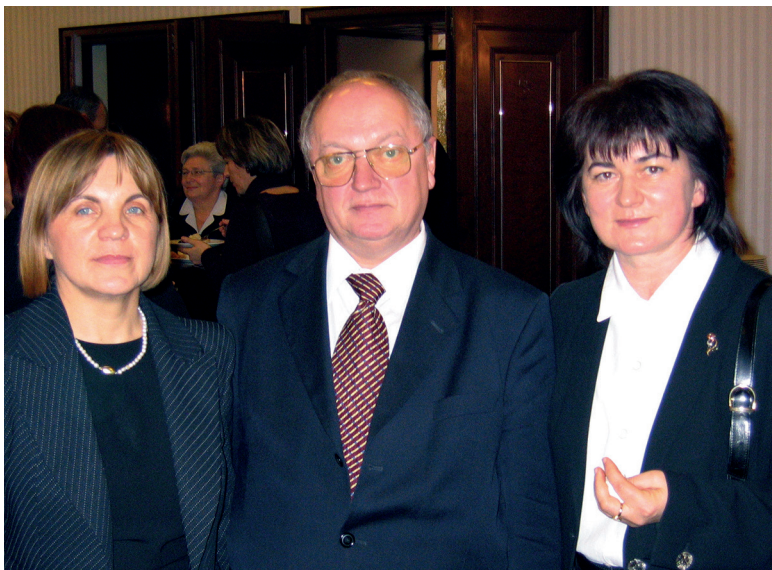
OSNIVANJE PRVE PODRUŽNICE



PODRUŽNICA VARAŽDINSKE ŽUPANIJE -
PREDSJEDNICA DUBRAVKA LEKIĆ I TAJNICA MARTA DRETAR

ČLANICE I ČLANOVI 1. VIJEĆA HKMS-A





Kako je to bila izborna godina došlo je do promjene ministra zdravstva. Nakon Andre Vlahušića koji je osobno iznimno zaslužan za osnivanje HKMS, ministrom je postao Andrija Hebrang. Ministar Hebrang dodijelio nam je dvije prostorije u MZ gdje smo započeli s radom Komore. Kako smo bili bez ičega, doslovno bez jedne olovke rad smo započeli na starim razduženim kompjutorima MZ i ostalim priborom.

Započeli smo s osnivanjem podružnica i prva koju smo osnovali bila je podružnica Varaždinske županije.

Ubrzo je postalo jasno da je nemoguće Komoru voditi iz prostorija državne uprave iz razloga što smo i mi i ministar bili u sukobu interesa. Za prvi prikupljeni novac iznajmili smo prostor u Laščinskoj 12, koji smo kasnije i kupili.

Već u samom početku rada Komore stizala je ogromna količina dokumentacije za upis u Registar. Iz prispjele dokumentacije proizašla je nevjerojatna činjenica tko je sve radio na mjestima medicinskih sestara. Upis u registar tražili su fizioterapeuti, laboratorijski inženjeri i tehničari, većina zaposlenih primalja, zdravstveni tehničari pa čak i nekoliko liječnika. Pokazalo se da u sustavu zdravstva doista nema ni pravila ni reda. Svi su mogli sve. A to je bila 2004. godina. Pitam se i danas što su to onda radile glavne sestre bolnica i koliko je bio njihov utjecaj na organizaciju provođenja zdravstvene njege poglavito u bolnici. Dobro se sjećam jednog slučaja gdje je na mjestu patronažne sestre radila kemijska tehničarka!

Sva pristigla dokumentacija obrađivala se u najkraćem roku.

Svi procesi koji su bili potrebni za izdavanje prvog Odobrenja za samostalan rad bili su završeni i tadašnji ministar zdravstva i socijalne skrbi Neven Ljubičić svečano je uručio prvu licencu kolegici Binaziji Kolesar.



UPOZNAJEMO...

OSOBNJE PRIČE MEDICINSKIH SESTARA

RAZGOVOR S BARICOM HRŠAK

RAZGOVARALA: Dragica Šimunec



Baricu Hršak svi poznajemo. Njezin stručni rad i angažman u hrvatskom sestrinstvu ostavlja dubok trag i Barica zasigurno spada u medicinske sestre od koje će generacije imati što naučiti i pamtiti – naučiti što znači biti potpuno predan, što znači uložiti sebe bez rezerve, što znači biti osoba na koju možeš uvijek, ali baš uvijek računati. Radi primjera našim mladim i manje mladim kolegicama predstavljamo vam Baricu Hršak – medicinsku sestru koja je zaslužila svoje mjesto u povijesti hrvatskog sestrinstva.

GDJE JE ZAPOČELA VAŠA SESTRINSKA PRIČA, KOJE JE PODRUČJE SESTRINSTVA KOJIM STE SE DUGI NIZ GODINA BAVILI?

Srednju Medicinsku školu *Vrapče* završila sam 1969. godine, a prvostupništvo sam završila 1984. na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Nakon srednje škole radila sam kao instrumentarka u kirurškim operacijama u svim kirurškim granama do 1986. Premještanjem neurokirurgije s Instituta u KBC *Sestre milosrdnice*, prelazim raditi u neurokirurške operacije kao glavna instrumentarka, odnosno kao voditeljica operacija, što sam radila do 1995. godine. Nakon toga sam imenovana glavnom sestrom Klinike za neurokirurgiju i operacije.

Na tom sam mjestu bila zaposlena do odlaska u mirovinu, odnosno do 2005. godine.

MOŽETE LI NAM OPISATI PO ČEMU SE SESTRINSTVO DANAS RAZLIKUJE OD SESTRINSTVA KAD STE SE VI POČELI NJIME BAVITI?

U moje vrijeme nije bilo suvremenih dijagnostičkih uređaja, kvaliteta instrumentarija bila je mnogo lošija nego danas, smatram da su današnjim medicinskim sestrama poboljšanje kvalitete i napredak tehnologije olakšali svakodnevni posao. Tada nije bilo računala koja u današnje vrijeme sigurno uvelike olakšavaju rad. Međutim, bilo je više vremena za komunikaciju s pacijentima, kolegicama i kolegama, suradnicima u timu i vjerujem kako je ta komunikacija bila kvalitetnija.

ZNAMO DA STE AKTIVNO SUDJELOVALI U DOMOVINSKOM RATU. ŠTO NAM O TOME MOŽETE REĆI?

Imenovana sam voditeljicom operacijskih dvorana u ratnoj bolnici u Velikoj Gorici 31. kolovoza 1991. Tog je dana ratna bolnica počela s radom, a radila je do 7. veljače 1992. kad je privremeno zatvorena. U njoj je ukupno pregledano 6 850 ranjenika. Prvi pregled prošlo ih je 2 545, a kontrolni pregled 4 305. Hospitalizirano je 397 ranjenika, operirano 670, anestezirano i reanimirano 256, a onih koji su upućeni u druge ustanove bilo je 120. Od toga je 1 248 bilo kirurških bolesnika, a nekirurških 1 297. Imali smo samo jedan smrtni ishod.

Rad u ratnoj bolnici bio je iznimno stresan, radili smo neprekidno, bili smo mobilizirani i nismo se vraćali kući. Međutim, sve smo radili s velikom ljubavlju, požrtvovnošću i zalaganjem. Iznimno sam ponosna što sam svojim radom doprinijela u Domovinskom ratu i sudjelovala u zbrinjavanju naših ranjenih branitelja i civila. Zdravstvena njega u ratnim uvjetima ni po čemu se nije razlikovala od one u normalnim uvjetima, naši su ranjenici dobivali istu njegu kao u mirnodopskoj bolnici.

NAKON ŠTO STE OTIŠLI U MIROVINU, ODREĐENO VRIJEME STE RADILI I U HKMS-U. KOLIKO JE, PREMA VAŠEM MIŠLJENJU, KOMORA VAŽNA ZA HRVATSKO SESTRINSTVO?

Komora je najvažnija institucija za hrvatsko sestrinstvo. To je krovna organizacija u kojoj se

okupljaju medicinske sestre svih razina obrazovanja iz svih područja sestrinstva. Komora je važna jer je sestrinstvo regulirala kao samostalnu profesiju, dala je našoj struci legitimitet i mislim da bismo zajedno trebali raditi na unaprjeđenju svoje profesije.

VEĆ 8 GODINA VODITE UDRUGU MEDICINSKIH SESTARA ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI. KAKO JE JEDNA BOLNIČKA SESTRA ZAVRŠILA U ZNJUK-U?

Predsjednica Udruge postala sam na zamolbu svojih kolegica i kolega iz zdravstvene njege u kući. Tražili su osobu koja će znati artikulirati njihove zajedničke probleme i predstaviti njihove prijedloge i rješenja nadležnim tijelima. Zahvaljujući svojem dugogodišnjem iskustvu i dobrom poznavanju političke scene, nadam se da u tome uspijevam.

OPĆEPOZNATO JE DA STE ZA OVU DJELATNOST PUNO UČINILI, KAKVU SURADNJU IMATE U TOJ DJELATNOSTI S OBZIROM NA TO DA JE NJEZINO OBILJEŽJE DA SU

MEDICINSKE SESTRE ISTODOBNO PODUZETNICI, POSLODAVCI, A U NAJVEĆEM BROJU I PRIVATNICI?

Suradnja je iznimno dobra, a ja sam u mogućnosti boriti se za njihova prava jer osobno nemam ustanovu i mogu ih zastupati zajednički, bez osobnih interesa. Misija Udruge je štititi i promicati prava te stručne interese svojih članova. Nadalje, svrha nam je s pomoću trajne edukacije unaprjeđivati djelatnost zdravstvene njege u kući primjenjujući stručna, etička i moralna načela kako bi pružanje te usluge bilo u skladu sa standardima prakse i kvalitete. Jednim od svojih najvećih uspjeha u Udruzi smatram to što sam inicirala izradu *Smjernica za postupke u zdravstvenoj njezi u kući*. Upravo pripremamo revidirano i dopunjeno izdanje zbog toga što struka svakodnevno napreduje. *Smjernice* će, naravno, biti poslane u Komoru na usvajanje čim budu gotove.

ŽELIMO VAM DA JOŠ DUGO PRENOSITE SVOJE ZNANJE I DOBROTU NA SVE NAS I NA SVE ONE S KOJIMA SURADUJETE.

RAZGOVOR S DUBRAVKOM JAKŠETIĆ

RAZGOVARALA: Dragica Šimunec



DUBRAVKA JAKŠETIĆ rođena je 29. svibnja 1968. u Gospiću gdje je 1984. – 1985. pohađala matematičko-informatičku gimnaziju, zatim 1986. – 1987. srednju medicinsku školu u Rijeci. Studij za više medicinske sestre pohađala je od 1992. – 1995. godine na

Medicinskom fakultetu u Rijeci, a 2001. – 2002. razlikovni studij sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu. Potom je završila 2008. godine Specijalistički diplomski stručni studij menadžmenta u sestrinstvu na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu te 2014. godine Sveučilišni studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Osijeku gdje je stekla naziv magistre sestrinstva. 2016-2017. pohađala jednogodišnje usavršavanje „Menadžer u zdravstvenim sustavima“ u organizaciji Udruge poslodavaca u zdravstvu i Visokog učilišta Effectus.

DOM ZDRAVLJA GOSPIĆ pruža usluge primarne zdravstvene zaštite stanovnicima grada Gospića i općina Karlobag, Lovinac i Perušić. (područje velike prostornosti od oko 2000 km²). Prema popisu stanovništva iz 2011. godine navedeno područje ima 17.307 stanovnika, a prema podacima HZZO-a evidentirano je 17.161 osiguranih osoba na dan 25.7.2013.g. To je područje male gustoće naseljenosti, a nastanjuje ga populacija pretežno starije dobi sa značajnim brojem samačkih domaćinstava. Zbog velike udaljenosti od sjedišta Doma zdravlja do brojnih raštrkanih mjesta, često je otežano organiziranje zdravstvene zaštite na tom području kao i povećanih troškova zdravstvene zaštite. U Domu zdravlja Gospić zaposleno je 70 osoba od čega je 45 zdravstvenih i 25 nezdravstvenih djelatnika. Među njima je 25 medicinskih sestara, a od toga su 4 prvostupnice sestrinstva koje rade u patronaži. Od djelatnosti Dom zdravlja ima obiteljsku i dentalnu medicinu, zdravstvenu zaštitu žena i zdravstvenu zaštitu predškolske djece, patronažu, zdravstvenu njegu u kući i sanitetski prijevoz. U postupku je osnivanje medicine rada.

BUDUĆI DA STE I SAMI BILI VRLO AKTIVNO UKLJUČENI U OSNIVANJE HKMS-A TE DA OD POČETKA VRLO AKTIVNO SUDJELUJETE U RADU KOMORE, ZANIMA NAS KOLIKO JE Taj ANGAŽMAN UTJECAO NA VAŠU KARIJERU?

Svaka nova spoznaja i svaki angažman kojim se postiže opće dobro ispunjava me kao osobu, a posebno kad je u pitanju profesija i sestrinstvo, stoga je logično da me to dodatno obogaćuje. Osnivanje HKMS-a ponajprije je okupilo sestrinstvo u jednu organizaciju, a to je veliko bogatstvo – struka je napokon objedinjena, jasno su postavljena pravila unutar sestrinstva. Zapravo, odgovorno mogu reći da je osnivanjem HKMS-a hrvatsko sestrinstvo podignuto na višu razinu. HKMS je regulacijsko tijelo, poticajno je, daje „vjetar u leđa“ ne samo meni nego svim medicinskim sestrama koje su prepoznale i koje prepoznaju njegovu ulogu. Osnivanje HKMS-a dočekala sam s radošću. I prije toga sam pratila svjetske i europske procese u zdravstvu, nastojala biti informirana te sam tako, na neki način, bila u tijeku zbivanja. Upravo sam zbog osnivanja HKMS-a shvatila kamo ide suvremeno sestrinstvo – ono koje traži buduće zdravstvo zbog društvenih promjena koje nastaju na svjetskoj razini, a posebno u tadašnjim tranzicijskim društvima kao što je bilo hrvatsko. Upravo me to potaknulo da se aktivno uključim, dodatno usavršavam, školujem, potičem druge da to isto čine, a sve s namjerom prepoznatljivosti sestrinske profesije. Svaka nova spoznaja, bolja educiranost, viši stupanj obrazovanja pomaže – kako u osobnom razvoju, tako i u timskom radu. Također, istodobno pomaže i onima zbog kojih ta profesija i postoji.

HKMS POSTOJI VEĆ 14 GODINA. KOLIKO JE, PREMA VAŠEM MIŠLJENJU, KOMORA VAŽNA ZA SESTRINSTVO HRVATSKE?

HKMS nije samo važna nego iznimno važna institucija, posebno jer nam je poznato da sestrinstvo čini većinu osoblja u zdravstvenom sustavu. U tom segmentu napravljena je prepoznatljivost medicinske sestre / tehničara u zdravstvenom timu. Prošla su vremena kad nije bilo standarda, ujednačenih kriterija, kada su posao medicinske sestre mogli raditi i ljudi drugih struka. To je i razumljivo za prošlost – radilo se onako kako se moglo i na taj se način odgovaralo potrebama. Posebno je teško bilo vrijeme osnivanja Republike Hrvatske i razdoblje Domovinskog rata. Tada se puno moralo improvizirati, ali vizionari su gledali unaprijed i gradili HKMS. Iskustvo i vizionarstvo podignulo je sestrinstvo, gledajući ga s drugog aspekta, na jednu višu razinu, učinilo ga prepoznatljivim. Jednostavno, Komora mu je dala obrise profesionalnosti jer je podignuta „letvica“ za sve razine obrazovanja sestrinstva. Isto tako, u svim

ga je djelatnostima ujednačila. To je velik iskorak! Na taj smo način uhvatili korak sa suvremenim sestrinstvom u regulacijskim tijelima. Neosporno je da su hrvatske medicinske sestre i tehničari s bogatim iskustvom i dovoljno obrazovani, ali napravljen je još jedan korak naprijed. Uskladili smo se sa sestrinstvom EU-a.

ZBOG ČEGA SU, PREMA VAŠEM MIŠLJENJU, MEDICINSKE SESTRE TOLIKO RAZJEDINJENE – AKO SE I POSTIGNU NEKA ZAJEDNIČKA STRUČNA STAJALIŠTA, SVI O TOME UGLAVNOM ŠUTE.

Moje je mišljenje, a i iskustvo s terena, da je sve manje razjedinjenosti među medicinskim sestrama i tehničarima. To su više učinili pojedinci – čak i mediji koji nisu shvaćali i ne shvaćaju uloge pojedinih organizacija u sestrinstvu. Upravo tu vidim velik doprinos HKMS-a zbog toga što medicinske sestre i tehničari, a to su nerijetko davali do znanja i medijima, često nisu razlikovali regulacijsko tijelo od strukovnih društava te od onih koja se bore za radnička prava.

Tek je HKMS potaknuo na razmišljanje na široj razini, a dosta je vremena trebalo u procesu prilagodbe da medicinske sestre i tehničari shvate i prihvate stvarnost zdravstvenoga sustava, a posebno ulogu HKMS-a kao regulacijskoga tijela koje ih potiče i čini profesionalnijima te prepoznatljivijima. Sve je to stanovit proces jednog tranzicijskog društva koje postupno doseže razinu svoje zrelosti. Čini mi se da bi se sva stajališta društva, udruga i borbe za radnička prava trebala „slijevati“ u Komoru, a onda ih treba, na stručan način, zajednički artikulirati u skladu s našim potrebama i zahtjevima.

TEMELJNA JE ZADAĆA KOMORE ŠTITITI SIGURNOST BOLESNIKA I PACIJENTA OSIGURAVAJUĆI VISOKU RAZINU PROFESIONALNIH KOMPETENCIJA I ODGOVORNOSTI. MEĐUTIM, KOMORU SE UOPĆE NE PITA KADA SU U PITANJU RADNA I DRUGA PRAVA MEDICINSKIH SESTARA. MISLITE LI DA BI STRUČNE UDRUGE MOGLE UČINITI VIŠE NA TOM PLANU?

Što se tiče uloge medicinskih sestara u zaštiti bolesnika i pacijenata, ona uistinu nikad nije bila sporna, posebno kad je u pitanju profesionalna kompetencija i odgovornost. Hrvatsko se sestrinstvo može time dičiti i svrstati, prema analizama, u sam vrh vodećih zemalja Europske unije. Druga je stvar, koliko pratim, a što mi se čini jako važnim, da od stručnih društava, udruga, onih koji se bave radničkim pravima ne dolaze prijedlozi artikulirani o zaštiti radnih i drugih prava u jednu instituciju i da se zajednički sve artikulira prema onima koji odlučuju. Nažalost, tu više vidim razjedinjenost, katkad i sebičnost jer logičnije je da je snažniji

“Jasno i glasno trebamo reći što želimo. Ne se povlačiti, nego biti hrabri i odlučni, to je naša obaveza prema narodu kojem služimo i s kojim živimo.”

glas koji uputi 39 000 ljudi nego glas koji upućuje pet ili petnaest ljudi. Zapravo, nebitno je koliko je manje glasova. Ne znam zašto, ali tu primjećujem iskorake pojedinaca koji su na vodećim mjestima nekih udruga i društava i koji zagovaraju samo određenu skupinu, a ne cjelokupno sestrinstvo. Upravo je zato potrebno jedinstvo, stoga mislim da svaka sestrinska organizacija koja misli da ima prijedlog i može dati doprinos treba težiti zajedništvu jer se tako može puno više postići.

TKO JE, PREMA VAŠEM MIŠLJENJU, NAJODGOVORNIJI ZA STATUS MEDICINSKIH SESTARA?

To je preširoko pitanje. Zapravo, ono bi zadiralo u politiku, u struku, u zdravstvo, a od pojedinih se stvari, koje nisu u mojoj domeni, ograđujem. Želim profesionalno raditi svoj posao. Mislim da je nužno donijeti nacionalnu strategiju za sestrinstvo jer to je vitalno za Republiku Hrvatsku. Treba izraditi kompetencije medicinskih sestra sa srednjom stručnom spremom – posebno za prvostupnice, a posebno za diplomirane medicinske sestre i magistre sestrinstva. Naravno, treba i vrednovati rad. To moramo učiniti mi, medicinske sestre i tehničari, kroz svoje institucije. Trebamo se ujediniti, jasno i glasno reći koliko je medicinskih sestara i tehničara potrebno, zatim kojeg stupnja obrazovanja, napraviti procjenu prema broju stanovnika. Jasno i glasno trebamo reći što želimo. Ne se povlačiti, nego biti hrabri i odlučni, to je naša obaveza prema narodu kojem služimo i s kojim živimo. I kad promatramo aktualno stanje – mi nemamo medicinsku sestru / tehničara za pomoćnika ministra, a znamo da su u sustavu i magistre sestrinstva i doktorice sestrinstva. U naše ime uvijek odlučuje netko drugi. To nije pravna, nego politička funkcija, strateška funkcija hrvatskoga sestrinstva. Sve je na nama, pa moramo biti ujedinjeni, glasniji i jasniji u vezi s tim što hoćemo.

MEDICINSKA SESTRA – RAVNATELJICA DOMA ZDRAVLJA. TO ZVUČI ODLIČNO I ZNAČI DA UŽIVATE POVJERENJE I UVAŽAVANJE SVOJIH SURADNIKA. MOŽETE LI NAM UKRATKO PREPRIČATI KAKO IZGLEDA VAŠ RADNI DAN?

Medicinska sestra, odnosno magistra sestrinstva ravnateljica. Da. Moje prethodnice bile su redom dr. dent. med., zatim magistra socijalnog rada, onda sanacijska upraviteljica stručni specijalist ekonomije, a zatim dipl. inženjer prometa. Sve su redom bile divne žene od kojih sam učila – od nekih kako treba raditi, a od nekih kako ne treba.

Drugi domovi zdravlja na čelu imaju dr. medicine, magistre farmacije ili dr. vet. med., ekonomiste ili pravnike i svi mi imamo veliko iskustvo – svatko u svojoj struci. Međutim, neki od njih imaju malo ili nikakvo iskustvo u menadžmentu. Koje su to komparativne prednosti koje bi druge profesije imale u odnosu na moju?

S dvama završenim diplomskim studijima i „Menadžmentom u zdravstvenim sustavima“ te s dugogodišnjim radnim iskustvom u zdravstvenom sustavu, na mnogim radilištima i teškim terenima zahvalna sam za dano povjerenje i priliku koju ću i opravdati. Normalno je da se mora preuzeti i određena odgovornost kad se preuzme određena funkcija.

Potrebno je uskladiti različitost interesa i ciljeva u zdravstvenom sustavu, a to znači vlasnika, zdravstvenih djelatnika, pacijenata i društvene zajednice.

Svaki dan planiram i odlučujem, organiziram, ocjenjujem uspješnost, ispravljam... Neke se stvari ne mogu promijeniti preko noći i treba vrijeme, znanje, rad i strpljenje da se sve posloži. Najveći su potencijal ljudi s kojima radim, pa pokušavam na njih utjecati kako bi pridonijeli organizaciji i ciljevima.

Kao i u sportu, i ovdje je najvažniji timski rad. Okružena sam divnim suradnicima – kako zdravstvenim, tako i nezdravstvenim koji se nesebično trude dati najviše za uspjeh.

Ljudima vjerujem i ljudi mi vjeruju i to mi je najvažnije u životu, odnosno u nastojanju da pružimo najkvalitetniju uslugu onima koji trebaju naše usluge – bolesnima i onima u preventivi.

Svakodnevno razmišljam o svakom svojem djelatniku, nastojim da bude zadovoljan na poslu jer će jedino tako posao odraditi na najbolji mogući način i dati maksimum. S razumijevanjem se budim, s razmišljanjem živim, a u san nosim plan za novi dan!

SVI SMO NA VAS PONOSNI, ŽELIMO VAM USPJEH. KORISTIM I OVU PRIGODU DA VAM ISKRENO ZAHVALIM ZA DUGOGODIŠNJU ODLIČNU SURADNJU I PODRŠKU KOJU STE UVIJEK PRUŽALI I KOMORI KAO INSTITUCIJI, ALI I MENI OSOBNO.

Ja Vama zahvaljujem na prilici i pozivu da predstavim Dom zdravlja Gospić i sebe.

Zahvaljujem sto ste mi sve ovo vrijeme bili „vjetar u leđa“ i što sam uz Vas i HKMS uvijek mogla učiti od boljih i najboljih.

RAZGOVOR S DRAGICOM KOLENIĆ

RAZGOVARALA: Marija Kadović

DUGOGODIŠNJOM GLAVNOM SESTROM DZ-A ČAKOVEC



„Glavna sestra svoj utjecaj treba graditi na stručnosti, staloženosti, upornosti i razumijevanju, a ne na superiornim, autoritativnim ili familijarnim odnosima.“

S veseljem smo u Plavom fokusu ugostili nasmijanu, aktivnu i iznimno zanimljivu gđu Dragicu Kolenić, svoju poštovanu umirovljenu kolegicu. Želja nam je bila da predstavi svoj dugogodišnji predani sestrinski rad, svoj utjecaj u sredini u kojoj je radila, sva dostignuća, ali i teške trenutke koje je proživjela kao medicinska sestra.

ZA POČETAK NAM SE PREDSTAVITE I RECITE NEŠTO O SVOJEM PROFESIONALNOM PUTU I RAZVOJU.

Rođena sam 30. 12. 1945. g. u Donjem Vidovcu. Višu medicinsku školu (patronažno-dispanzerski smjer) završila sam u Zagrebu. Godinu dana radila sam na Očnom odjelu KBC-a *Sestre milosrdnice* u Zagrebu, 14 godina kao patronažna sestra u mjestima Kotoriba i Donji Vidovec gdje sam obavljala i poslove ambulantne sestre, a ostalih sam 27 godina radila kao glavna sestra Hitne medicinske pomoći te Doma zdravlja Čakovec.

Tijekom radnog vijeka položila sam ispit za instruktora prve pomoći i nastavnički tečaj za kućnu njegu, a pohađala sam i seminar za povjerenika zaposlenika za zaštitu na radu kao i tečaj „Usavršavanje medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“.

Osnivačica sam i predsjednica Društva medicinskih sestara i tehničara od 1982. te predsjednica podružnice HUMS-a. Do odlaska u mirovinu vodila sam sestrinstvo Međimurske županije. Dva sam mandata bila članica Vijeća HKMS-a, a niz sam godina obavljala dužnost predsjednice Sindikalne organizacije OOUR-a vanbolničke djelatnosti i Medicinskog centra Čakovec. Bila sam članica komisije za ispitivanje medicinskih sestara / tehničara pripravnika tijekom polaganja završnog ispita u Međimurskoj županiji te član ispitne komisije na 1. i 2. Natjecanju zdravstvenih škola RH u programu za zanimanje medicinska sestra / tehničar.

Vodila sam i koordinirala prvu Grupu za potporu dojenja na području grada Čakovca, bila dio tima u opsežnoj preventivnoj akciji za zaštitu zdravlja zubi djece na području Međimurske županije.

Uvježbavala sam i vodila na natjecanja (domaća i međunarodna) ekipe za pružanje prve pomoći u sklopu Crvenog križa u Čakovcu, a i danas predajem prvu pomoć radnicima u raznim tvrtkama.

Organizirala sam mnoštvo javnih tribina za zdravstveno osoblje i građanstvo na kojima su kao predavači sudjelovali poznati domaći i inozemni medicinski stručnjaci (iz Čakovca, Zagreba, Varaždina i SAD-a). Dvaput sam organizirala stručne susrete sa sportskim aktivnostima u suradnji s medicinskim sestrama iz Oberwarta (Austrija).

Početkom Domovinskog rata aktivno sam sudjelovala u snimanju videokazete o pružanju prve pomoći u ratnim uvjetima. Radila sam na prikupljanju lijekova i opremanju prvog aviona za prijevoz ranjenika ratne bolnice u Tomislavgradu, a bila sam i član saniteta Domobranske bojne Čakovec.

Autorica sam edukativnog plakata „Kako smanjiti stopu smrtnosti i invalidnosti od bolesti srca i krvnih žila“. Često sam bila organizator prikupljanja donacija za nabavu opreme za županijsku bolnicu Čakovec, Dom zdravlja Čakovec te Hitnu medicinsku pomoć.

Za postignute rezultate u razvoju sestrinstva 1996. g. me Društvo medicinskih sestara RH nagradilo srebrnom sestrinskom značkom u kategoriji „Najbolja medicinska sestra“.

IZA VAS SU GODINE RADA U SESTRINSTVU. RADILI STE S PACIJENTIMA, NA TERENU, ALI I U SESTRINSKOM MENADŽMETU. KOJI JE KLJUČ VAŠEG USPJEHA?

Čovjek u životu uspije ako voli posao koji radi. Ja sam imala veliku sreću što sam izabrala poziv koji

sam izuzetno voljela, a i obitelj me podržavala u svim mojim aktivnostima kojih je bilo jako mnogo.

Kao patronažna sestra u ruralnoj sredini posjećivala sam trudnice, babinjače, novorođenčad, dojenčad, malu djecu, predškolsku i školsku djecu, zatim kronično oboljele osobe, stare i nemoćne osobe te duševno oboljele. Dávala sam injekcionu terapiju u kućama oboljelim osobama te obavljala previjanje rana. Tada je većina nas sestara obavljala i posao mrtvozornika. Zajedno s liječnicima vodile smo savjetovališta za zdravu djecu u koja su majke dolazile svakog mjeseca – sve do prve godine starosti djeteta. Liječnik je s patronažnom sestrom provodio cijepljenje zdrave djece prema tadašnjem kalendaru cijepljenja. Postotak cijepljenosti bio je izuzetno visok (99 %). Obilazile smo majke Romkinje, pa su zbog toga dolazile u savjetovališta i na cijepljenje. Upravitelj Zdravstvene

Posebno mi je drago što me 1994. g. dr. sc. Helena Percač, stomatolog, odabrala i povjerila mi zadatke u prevenciji zubnog karijesa ili, kako su popularno zvali tu hvalevrijednu akciju, „Međimurski boj za izgon karijesa“. Radilo se po uzoru na švicarski model. Održavala su se predavanja diljem Međimurja. Poučavali smo polaznike pravilnom četkanju i pranju zubi. Bili su uključeni stomatolozi, nastavnici, odgojitelji, patronažne sestre, školske i stomatološke sestre, roditelji i trudnice. Sjećam se komentara jednog stomatologa koji je na jednom predavanju o toj preventivnoj akciji rekao: „Mi si sijećemo granu na kojoj sjedimo.“ Rezultati su bili zapanjujući. Djeca su bila bez karijesa, a zubići lijepi, bijeli kao biseri. Cijela akcija distribucije tableta diljem Međimurja bila je povjerena meni.

Posao patronažne sestre obavljala sam biciklom, kao i sve moje kolegice – po kiši, snijegu, i to na

“*Drage mlade kolegice, izabrale ste, po mojem mišljenju, najljepše zanimanje. Budite ustrajne i uspjeh neće izostati. Zbog visokoobrazovnih ustanova mogućnosti napretka u struci na zavidnoj su razini.*”

stanice *Kotoriba* tada je bio mg. sc. dr. Valent Percač koji je izuzetno cijenio medicinske sestre / tehničare, ali i zahtijevao profesionalan odnos prema pacijentima. Također, često je provjeravao poznavanje stručnosti. Nadalje, provjeravao je naš profesionalan pristup prema pacijentima, odnosno čuvamo li medicinsku tajnu svakog pacijenta.

Mnogo se radilo na provođenju preventivne zdravstvene zaštite s namjerom očuvanja zdravlja stanovništva. Već 1978. g. u zdravstvenoj stanici u Kotoribi i ambulanti u Donjem Vidovcu smo, u suradnji s Medicinskim centrom Čakovec, provodili sistematske preglede žena (u dobi od 30 do 60 godina) radi ranog otkrivanja raka maternice i dojki. Preglede smo obavljali u Ambulanti opće medicine, a žene bi dolazile na poziv. U akciju su bile uključene i aktivistice „Aktiva žena“ koje su dijelile pozive. Pozivalo se po 20 žena. Radilo se slobodnim subotama bez novčane naknade. To je bio naš doprinos društvu za očuvanje zdravlja naših žena. U skladu s pristiglim nalazima papa-testa (primjerice kada je dijagnosticirana prisutnost *Trichomonasa*) liječnik bi ordinirao terapiju, ja bih preuzela lijek u apoteci i odlazila u kuću obitelji gdje su u mojoj nazočnosti supružnici popili lijek, što su iznenađujuće dobro prihvatili. Ta preventivna akcija bila je izuzetno uspješna. Pokrenuo ju je dr. Percač, a u njezinu provođenju sudjelovala je kolegica Elizabeta Dominić (medicinska sestra) i ja.

neasfaltiranim cestama. Rad u ambulanti bio je specifičan u odnosu na današnje uvjete rada. Kartone pacijenata smo vadili, odnosno umetali u registratore. Sva se dokumentacija i svi su se izvještaji pisali ručno. Nije bilo sterilnog pribora za jednokratnu upotrebu. Prale smo, dezinficirale i sterilizirale šprice i igle. Komprese smo same radile, također nije bilo gotovih. Mogla bih još mnogo toga nabrojiti i usporediti s današnjim stanjem u PZZ-u, ali bojim se da današnje mlade generacije to previše ne zanima.

Međutim, moram reći da smo svi iz PZZ-a te bolnica i ostalih službi s kojima smo surađivali bili povezani, svi smo se poznavali, uvažavali i družili. Organizirali smo zajedničke izlete, proslave i bili smo kao jedna velika obitelj.

KAKO JE TEKLO OSTVARIVANJE PROFESIONALNIH CILJEVA KOJE STE SI ZACRTALI?

Što se tiče mogeg profesionalnog puta i ostvarivanja raznih zacrtanih ciljeva u mojoj struci, uspjeh nikad nije izostao jer sam osoba koja voli izazove. Uvijek sam težila za nečim novim s namjerom poboljšanja uvjeta rada i pružanja što kvalitetnije usluge bolesnicima. Cijeli svoj radni vijek, a i danas, pratila sam najnovija dostignuća u medicini i tehnici.

Već davne 1975. g. počela sam s prikupljanjem donacija. S aktivom žena i mjesnim čelnicima

obnovila sam ambulantu u Donjem Vidovcu, a nisu zapostavljeni ni Kotoripčani. Novca u zdravstvu nikada nema previše – ni nekada ni sada. Napretkom medicine i tehnike oprema se mora obnavljati. Zbog nedostatka financijskih sredstava to se može ostvariti jedino uz pomoć donacija.

Posebno sam ponosna na svoje aktivnosti u edukaciji stanovništva vezanoj za pružanje prve pomoći. Sudjelovala sam u edukaciji učenika osnovnih i srednjih škola, radnih organizacija i civilne zaštite. Kruna svega bila su natjecanja. Jedne je godine u Kotoribi sudjelovalo 90 ekipa i svi su bili uvježbani do savršenstva. Svi moji uspjesi i ljubav prema prvoj pomoći rodili su se još u Kotoribi. Moram spomenuti dr. Dragutina Starčevića koji me poticao i bio velika podrška i učitelj u mojem uključenju u sve aktivnosti koje su povezane s pružanjem prve pomoći. Dana 15. 9. 1981. položila sam ispit za instruktora prve pomoći za vozače motornih vozila na teritoriju SR Hrvatske.

Od 1. 8. 1984. moje novo radno mjesto bilo je Hitna medicinska pomoć u Čakovcu. Te je godine otvorena, a mene su postavili za glavnu sestru. Šef mi je tada bio dr. Vjekoslav Jazbec. Počeli smo u praznim prostorijama, bez namještaja. Posudili smo dva ormara, dva stola, liječničku torbu i „fićekom“ krenuli. Primljeni liječnici dobili su plan grada Čakovca i kartu Međimurja i bez vozača i med. tehničara počeli s radom.

No, ubrzo smo svoju Hitnu najmodernije opremili – kako opremom, tako i vozilima. Bili smo jedan od najopremljenijih HMP-a u Hrvatskoj s izuzetno kvalitetnim zdravstvenim kadrovima. Bez donacija se sve to ne bi moglo ostvariti.

Početkom 2001. imenovana sam i glavnom sestrom Doma zdravlja Čakovec. Ravnateljica je bila dr. Nevenka Krčmar. HMP je 1995. g. organizacijski pripadao DZ-u. Obnovljen je vozni park, uloženo je u medicinsku opremu, radnu odjeću i stručnu izobrazbu svih zaposlenika. Bili smo najopremljeniji i najorganiziraniji, s najosposobljenijim kadrovima. Zbog svega nabrojenog jedini smo u Hrvatskoj surađivali s prof. dr. sc. Mijom Bergovcem, Zavodom za bolesti srca i krvnih žila KB-a Dubrava, a u tu aktivnost i ostvarenje te hvalevrijedne akcije bile su uključene ŽB Čakovec, Međimurska županija, Dom zdravlja Čakovec i Hitna medicinska pomoć. Počeli smo „urgentno zbrinjavanje bolesnika s akutnim infarktom srca“. Velik je to bio izazov za sve zaposlene u Hitnoj medicinskoj pomoći – kako u stručnom, tako i u organizacijskom pogledu.

KAKAV PRISTUP GLAVNA SESTRA TREBA IMATI PREMA SVOJIM SURADNICIMA?

Obavljajući godinama dužnost glavne med. sestre, nastojala sam biti pravedna prema svima kojima

sam bila nadležna. Tražila sam stručnost u poslu, ljubaznost, poštovanje i uvažavanje svake oboljele osobe. Uvijek sam imala puno razumijevanja za svakoga. Imala sam strpljenja slušati i poslušati svaku med. sestru, odnosno tehničara i ostale nezdravstvene radnike – pomoći im i zaštititi ih. Uvijek su govorili da sam stroga, ali pravedna.

Ne mogu ne pohvaliti sve patronažne sestre, sestre i tehničare u PZZ-u te med. sestre i tehničare iz tadašnje Hitne. Bili su izuzetno kvalitetni u stručnom pogledu, a odnos s pacijentima bio je profesionalan i nadasve human.

U VRIJEME VOĐENJA DOMA ZDRAVLJA SUSRETALE STE SE I S DANAS AKTUALNIM PROBLEMIMA – NEDOSTATAK MEDICINSKIH SESTARA, NEZADOVOLJSTVO PLAĆAMA, STATUSOM, RADNIM SATIMA...? KAKO STE SE NOSILI S TAKVIM IZAZOVIMA?

Tijekom vođenja Doma zdravlja nismo imali probleme s nedostatkom med. sestara, to jest tehničara. Naime, naše su se sestre školovale u susjednim županijama, a nakon završetka školovanja zapošljavale su se u svojem zavičaju. Prednost je bila ta što su imale riješeno stambeno pitanje, obitelj, a i same su osnovala obitelj i ostale raditi i živjeti u rodnom mjestu. Plaće su bile u skladu s kolektivnim ugovorom, a svaki prekovremeni sat bio je plaćen. Poštivala se sistematizacija radnih mjesta prema kojoj se dobivao i osobni dohodak. Nitko nije bio zakinut. Nikad nismo imali problema vezanih za dolazak na posao na telefonski poziv, što govori o njihovoj odgovornosti i savjesnosti prema pozivu koji su odabrali. Samo rukovođenje s tako odgovornim osobljem bilo je užitak. Nikada nisam osjetila poteškoće u rukovođenju ili pomislila da ja to ne mogu, a sve zbog zdravog, normalnog kolektiva. Međuljudski odnosi bili su više nego dobri. Bilo je međusobnog uvažavanja, poštovanja, pomaganja, druženja. Bili smo povezani kao jedna normalna obitelj.

RECITE NAM KAKO OPĆENITO GLEDATE NA STANJE U HRVATSKOM SESTRINSTVU DANAS? KOJOM BISTE OCJENOM OCIJENILI SESTRINSKE ORGANIZACIJE?

Hrvatsko sestrinstvo danas je na zavidno visokoj razini. Imamo visokoobrazovane med. sestre. Zbog svakodnevnog napretka medicine i tehnike moraju se obrazovati ne samo liječnici nego i med. sestre. Samo takva sestra može sudjelovati u timskom radu u izvođenju teških medicinskih zahvata ili pak samostalno uspješno raditi određeni proces zdravstvene njege. Redovito slušajući predavanja koja organiziraju njihove udruge, medicinske sestre dobivaju nova saznanja o novim trendovima u zdravstvu, što im omogućuje da ne zaostaju u znanju za kolegicama iz drugih zemalja. Među

sestrama ne smije biti podijeljenosti. One uvijek moraju imati jedan zajednički cilj – kako pomoći bolesnoj osobi.

SESTRINSTVO PODRAZUMIJEVA POŽRTVOVAN RAD I SAMOZATAJNOST. TREBAJU LI SESTRE BITI VIDLJIVJE U SUSTAVU?

Njega bolesnika stara je koliko i čovječanstvo. U svim fazama razvoja ljudskog društva, od prvobitne zajednice do današnjeg dana, bilo je bolesnih i iznemoglih osoba te onih članova društva koji su brinuli o njima.

Od sestre se traži življenje u moralnoj čistoći te visokorazvijen smisao za osjećaj dužnosti.

Povezanost između moralnosti u svakodnevnom životu i profesiji mora se stalno usavršavati i podizati na višu razinu. Etika zdravstvenih radnika ogleda se ponajprije u humanosti i ljubavi prema čovjeku bez obzira na njegovu socijalnu, stalešku, vjersku, rasnu ili nacionalnu pripadnost. Samo dobar čovjek može biti zdravstveni radnik.

Bolesnik se osjeća onako kako se mi prema njemu ponašamo. Neću govoriti o teškom noćnom radu, o osjećaju tuge koji vas obuzme kad ostavljate svoju obitelj. Znaite da vas netko tužan uvijek čeka. Čeka vaš osmijeh na licu, vaš blag pogled, vašu nježnu ruku. Zar nije divno liječiti i izliječiti bolesnu osobu, ublažiti bol i utješiti bolesnika? Medicinska sestra je temelj sustava – prva prima pacijenta i zadnja ga ispraća. Nisu samo marljivost i požrtvornost dovoljne za kvalitetan rad. Potrebno je znanje. Za društveni ugled jedne bolnice ili ambulante, za dobru organizaciju rada u zdravstvenim ustanovama odgovorna je medicinska sestra.

I DANAS STE PROFESIONALNO AKTIVNI IAKO VIŠE NISTE U RADNOM ODNOSU. KOLIKO JE BITNO DA SU SESTRE PROFESIONALNO AKTIVNE I NAKON RADNOG VREMENA?

I danas sam profesionalno aktivna. Ja sam medicinska sestra. Ljubav prema mojem pozivu ostala

je i nije izbljedjela niti se ugasila. Riječ pomoć prati nas od rođenja pa do smrti. Zar odlaskom u mirovinu taj žar nestaje preko noći?!? Pomoć je potrebna nejakom djetetu, starijoj i nemoćnoj osobi, a pomoć unesrećenoj osobi ili bolesnoj osobi znači život. Kako reći nekome tko je bolestan i traži vašu pomoć: „Ne, ja ti ne mogu pomoći jer sam u mirovini.“? Taj odnos povjerenja želim sačuvati, svakako u skladu s kompetencijama i suglasnosti liječnika.

Sretna sam što imam velik krug prijatelja i rođaka koji me često pitaju za razne savjete iz moje struke. Volim im pomoći svojim znanjem i iskustvom.

ŠTO BISTE PORUČILI MEDICINSKIM SESTRAMA NA RUKOVODEĆIM POZICIJAMA, A ŠTO MLADIM SESTRAMA KOJE TEK IZLAZE IZ ŠKOLA I TRAŽE SVOJ PUT?

Uspješan rad zdravstvenih ustanova i njihov ugled u društvenoj sredini rezultat je dobre organizacije rada, a za to su velikim dijelom odgovorne glavne sestre. Dobra podjela poslova i stalna, kontinuirana suradnja sa suradnicima preduvjet su dobrog funkcioniranja života u zdravstvu.

I najteži su poslovi izvedivi ako se rad odvija u sredini u kojoj vladaju dobri međuljudski odnosi. Glavna sestra treba usmjeravati svoje organizacijske napore tako da postigne što bolju radnu atmosferu koja stimulira na rad. To će joj uspjeti ako svoj utjecaj gradi na stručnosti, staloznosti, upornosti, razumijevanju, a ne na superiornim, autoritativnim ili familijarnim stavovima.

Drage mlade kolegice, izabrale ste, po mojem mišljenju, najljepše zanimanje. Budite ustrajne i uspjeh neće izostati. Zbog visokoobrazovnih ustanova mogućnosti napretka u struci na zavidnoj su razini. Nadam se da će biti više financijskih sredstava da i sestre budu vrednovane za svoj rad.

Bolesnici ne mogu bez medicinskih sestara, liječnici ne mogu bez medicinskih sestara.

Drage kolegice, sretan vam Međunarodni dan sestrinstva!



RAZGOVOR S PRVIM DOKTOROM ZNANOSTI IZ ZNANSTVENE GRANE SESTRINSTVO U REPUBLICI HRVATSKOJ DR. SC. ROBERT LOVRIĆ, MAG. MED. TECHN.

RAZGOVARALA: Marija Kadović

Poštovani kolega, iznimna mi je čast ugostiti Vas u Plavom fokusu, glasilu Hrvatske komore medicinskih sestara. Vaš profesionalni sestrinski put isprepleten je kliničkim praktičnim znanjima i obrazovanjem do razine doktorata znanosti.

LIJEPO VAS MOLIM DA NAM SE PREDSTAVITE I
UKRATKO PREPRIČATE SVOJ ŽIVOTNI PUT.

Pozdravljam sve kolegice medicinske sestre i kolege medicinske tehničare. Ja sam Robert Lovrić i nastavnik sam u Medicinskoj školi *Osijek* te poslijedoktorant na Medicinskom fakultetu (MF) u Osijeku. Dvadeset i jednu godinu radio sam na Kliničkom odjelu za intenzivno liječenje djece na Klinici za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra (KBC) *Osijek*. Godine 2007. sam, uz rad, završio trogodišnji sveučilišni preddiplomski, a 2012. godine sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo na MF-u u Osijeku. Iste sam godine na MF-u u Osijeku upisao trogodišnji poslijediplomski doktorski studij iz područja biomedicine i zdravstva, polja kliničke medicinske znanosti, znanstvene grane sestrinstvo. Doktorsku sam disertaciju obranio 12. siječnja 2016. godine.

KAKO STE ODLUČILI UPISATI DOKTORAT?

Iskreno, prije 10 godina nije bilo ni naslućivanja o studiranju na diplomskom, a osobito ne na doktorskom studiju. Za doktorat sam se odlučio uglavnom kako bih stekao kompetencije za samostalni znanstveno-istraživački rad. Osim podučavanja, to je nešto što me zanima i što istinski volim raditi. Smatram kako ste najsretniji, a obično i najuspješniji ako istodobno radite ono što volite i volite ono što radite. Naposljetku, kanite li raditi u obrazovnom sustavu medicinskih sestara na svim razinama, uključujući i poslijediplomsku, uvjet je imati znanstveno-nastavno zvanje. Stoga, to je bio jedini put koji sam morao proći kako bih ispunio uvjete za rad u visokoškolskim ustanovama. Smatram kako liječnike trebaju obrazovati liječnici u znanstveno-nastavnom zvanju, a medicinske sestre upravo medicinske sestre / tehničari u znanstveno-nastavnim zvanjima.



KAKVA SU VAŠA ISKUSTVA S DOKTORSKOG STUDIJA?

Moja su iskustva s doktorskog studija uglavnom pozitivna. Studiranje, ispiti, publikacija znanstvenih članaka, pisanje dokorskog rada, obrana teme i disertacije velik su izazov i katkad vrlo stresne situacije. Međutim, imao sam stalnu, nesebičnu i veliku potporu svoje obitelji i mentorice doc. dr. sc. Nade Prlić. Budući da se u zadnje vrijeme bavim pisanjem znanstvenih radova i publiciranjem u sestrinskim znanstvenim časopisima indeksiranim u Current Contents, SCI, SCIE i drugim znanstvenim bazama, uočavam kako postoje određene specifičnosti pristupa i metodologije istraživanja, kao i pisanja radova. Smatram kako bi programi poslijediplomskih doktorskih studija za medicinske sestre trebali sadržavati više kolegija usmjerenih prema znanstveno-istraživačkom radu iz specifičnih područja sestrinstva (edukacija medicinskih sestara, kliničko sestrinstvo, kvaliteta i sestrinstvo utemeljeno na dokazima, originalnost u interpretaciji znanja iz područja sestrinstva, kvantitativna i kvalitativna metodologija istraživanja u sestrinstvu, razvoj novih koncepata, hipoteza i teorija u sestrinstvu itd.). Radi postizanja navedenog svakako treba razmišljati o postizanju višeg stupnja autonomije poslijediplomskog dokorskog studija za medicinske sestre.

ZAŠTO HRVATSKOM SESTRINSTVU TREBA DOKTORAT IZ PODRUČJA SESTRINSTVA?

Poslijediplomski doktorski studij medicinske sestre primarno profilira za spoznavanje okolnosti i otkrivanje problema, razmišljanje i donošenje odluka na osobit, znanstveni način. Svjedoci smo tome da u zdravstvenoj njezi i općenito sestrinskoj praksi postoji puno neistraženih situacija i problema koje treba prepoznati, istražiti i objasniti. Upravo spomenutim različitim prilikama u zdravstvenoj njezi medicinske sestre moraju znanstveno pristupiti. Stoga medicinske sestre moraju provoditi neposredan istraživački rad, uočiti specifične probleme i istražiti moguće uzročno-posljedične

uspjeha u karijeri i napretku. Očekujem da će rezultati tog istraživanja biti osnova pružanja pomoći mentorima i studentima u poboljšanju kvalitete mentorstva pri izvođenju kliničkih vježbi. Činjenica je da kvaliteta zdravstvene skrbi o pacijentu ovisi o kvaliteti kliničke edukacije, a njezina kvaliteta ovisi o kompetencijama mentora.

KAKO VAM SE ČINI POZICIJA SESTRINSTVA U HRVATSKOM ZDRAVSTVU?

Sestrinstvo u Hrvatskoj ima dugu, prepoznatljivu i kvalitetnu tradiciju. Reći kako sestrinstvo nema najzahvalniju poziciju u hrvatskom zdravstvenom

“ Učite, volite, pomažite, vjerujete, poštuju i budite ponosne na poziv koji je odabrao nas. ”

veze te o tome pisati i publicirati znanstvene radove. Također, trebaju pisati udžbenike namijenjene obrazovanju medicinskih sestara na svim razinama, sudjelovati u sestrinskim znanstvenim projektima, a sve navedeno radi podizanja kvalitete brige za pacijenta. Navedene stavke iziskuju poslijediplomsku naobrazbu medicinskih sestara u Hrvatskoj.

ŠTO ZA VAS, ZAPRAVO, PREDSTAVLJA ZNANOST U SESTRINSTVU?

Spoznavanje, razumijevanje i objašnjavanje istine. One istine koja će pomoći čovjeku kao jedinki, ali i društvu u cjelini u zadovoljavanju svih ljudskih potreba u stanjima zdravlja i bolesti.

ŠTO STE ISTRAŽIVALI, O ČEMU STE PISALI I KAKO JE SVE TO UTJECALO NA VAŠU ILI ŠIRU PRAKSU?

Naslov teme moje doktorske disertacije je *Povezanost kompetencija mentora zdravstvene njege i vrjednovanja kliničke edukacije kroz studij u sustavu obrazovanja prvostupnika sestrinstva*. Navedeno se trogodišnje longitudinalno istraživanje ponajprije odnosi na procjene kompetencija mentora i uopće kvalitete kliničke edukacije (kliničkih vježbi) s gledišta studenata i mentora. Mentorski je proces u profesionalnom obrazovanju i napredovanju medicinskih sestara temeljan način prijenosa mentorovih stručnih znanja i iskustvenih vještina na studenta. Mentori imaju važnu zadaću jer studentima pružaju i olakšavaju priliku za stjecanje znanja i vještina, izgradnju stajališta, profesionalne odgovornosti i identiteta, osjećaja samopouzdanja, samostalnosti i neovisnosti. Mentorstvo je naposljetku usko povezano sa studentovim rezultatima

sustavu znači ponavljati ono što svakodnevno čujemo i svjedočimo. Ne mogu reći da se u zadnjem desetljeću nije „radilo“ u sestrinstvu. Pojedini su se koraci poduzimali jer su bili nužni, a drugi zbog velikih entuzijasta hrvatskog sestrinstva. Tu ponajprije mislim na izglasan Zakon o sestrinstvu, osnivanje Hrvatske komore medicinskih sestara (HKMS), kompetencije medicinskih sestara koje je propisao HKMS, svakodnevno povećanje broja stručnih društava i općenito jačanje naše Hrvatske udruge medicinskih sestara. Također, od 2010. godine imamo sveučilišni diplomski studij sestrinstva, mogućnost studiranja na poslijediplomskim doktorskim studijima te izbor u znanstvena i nastavna zvanja. Međutim, svjedoci smo tome da još uvijek postoji niz nejasnoća i nelogičnosti u cjelokupnom „putu“ profiliranja medicinskih sestara – od njihova školovanja na svim razinama, preko zapošljavanja i procesa rada. Isto tako, evidentan je nedostatak medicinskih sestara u sustavu zdravstva. Postoji „nonsens“ koji uporno prati sestrinsku struku. Naime, bilježimo svakodnevni porast broja bolesnika sa sve težim bolestima i stanjima, suvremenije i zahtjevnije dijagnostičko-terapijske postupke i medicinsko-tehničke zahvate, kao i sve veći opseg posla i nedostatak medicinskih sestara koji nitko ne osporava. Međutim, istodobno slušamo o „hiperprodukciji medicinskih sestara“, osobito na visokim učilištima. Međutim, treba si postaviti pitanje: „Hiperprodukcija u odnosu na što?“ Hiperprodukcija ne bi postojala kada bi „zastarjele“ sistematizacije radnih mjesta pratile stvarne potrebe objektivno kategoriziranih bolesnika. Sveprisutan je problem jaza između teorije i svakodnevne prakse. Nažalost, rasprava o navedenim problemima zahtijeva puno više vremena i stranica teksta.

ŠTO BI TREBALO OJAČATI ILI MIJENJATI?

Sređivanje redova unutar tima jedino može garantirati pozicioniranje tima unutar bilo kojeg sustava. Samo sređenih redova, s jasnim stajalištima možemo početi vlastito osnaživanje i pozicioniranje. Koliko god to nama utopijski zvučalo, mislim kako je to jedini obećavajući početak u rješavanju bilo kakvih nedoumica i problema. Osobno sam optimist. Tijekom svojeg profesionalnog rada upoznao sam i svaki dan upoznajem mnogo kolegica i kolega – vrlo kvalitetnih profesionalaca i osoba. Kao što sam rekao, slutim kako ćemo kroz rad naših strukovnih, sindikalnih i pravnih udruga uspjeti konsolidirati vlastite redove i riješiti sve nedoumice i probleme. Svojim ću znanjem, iskustvom i angažmanom u sestrinskim udrugama nastojati aktivno pripomoći i pridonijeti boljitku našim učenicima, studentima, kolegicama i kolegama medicinskim sestrama i tehničarima. Što se znanstvenog aspekta tiče, kvalitetan znanstveno-istraživački rad karika je koja zasad, naglašavam – zasad, u onom punom opsegu nedostaje u profiliranju sestrinstva kao

znanosti u Hrvatskoj. No siguran sam kako je to vrijeme iza nas. Potvrda je navedenog sve veći upis kolegica i kolega na diplomatske i poslijediplomske studije. Također, medicinske sestre pokreću nove recenzirane znanstveno-stručne sestrinske časopise, što upućuje na entuzijazam medicinskih sestara za iznošenjem vlastitih znanstvenih ideja, zamisli, koncepata i rezultata te na želju za priopćavanjem rezultata svojih istraživanja znanstvenoj, stručnoj i općoj javnosti.

ŠTO BISTE PORUČILI MEDICINSKIM SESTRAMA U HRVATSKOJ?

Učite, volite, pomažite, vjerujete, poštuju i budite ponosne na poziv koji je odabrao nas.

ZAHVALJUJEM NA MOTIVIRAJUĆIM RIJEČIMA I PROFESIONALNOJ SNAZI KOJU NAM PRENOSITE. U IME CJelokupnog uređivačkog tima Plavog fokusa ZAHVALJUJEM VAM NA SUDJELOVANJU.

JADRANKA BRLJAK

PROMOCIJA SESTRINSTVA - RAD U HRVATSKOJ I IZVAN DOMOVINE



Jadranka Brljak, rođena u Sisku 1956. Završila specijalistički studij Menadžment u sestrinstvu (2008.) te diplomirala sestrinstvo na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu gdje je 2014. stekla zvanje magistra sestrinstva. Glavna je sestra Zavoda za gastroenterologiju i hepatologiju KBC Zagreb-Rebro, predsjednica Udruge medicinskih sestara u gastroenterologiji i endoskopiji Hrvatske te predsjednica Europskog društva gastroenteroloških i endoskopskih sestara i udruga – ESGENA.

– ESGENA.

PROMOCIJA SESTRINSTVA – RAD U HRVATSKOJ I IZVAN DOMOVINE

Sestrinstvo, kao osobito humana djelatnost podrazumijeva spremnost da se pomogne drugima i da se pomogne na najbolji mogući način. Da bi se to uspjelo, mora se neprekidno raditi na stjecanju znanja i razvoju profesionalnih vještina. To se, pak, može postići razmjenom informacija koje nam mogu dati oni napredniji od nas te nesebičnom podjelom naših spoznaja s onima koji do njih još nisu došli.

Upravo ta želja, da se pomaže najbolje što se može, da se postigne kvalitetna i sigurna skrb o oboljelima, dovela je do osnivanja Udruge medicinskih sestara i tehničara u gastroenterologiji i endoskopiji Hrvatske.

“ *Sestrinstvo, kao osobito humana djelatnost podrazumijeva spremnost da se pomogne drugima i da se pomogne na najbolji mogući način.* ”

Od osnutka, 1996. godine do danas, ciljevi Udruge su jasni:

- ✓ razvijanje istih profesionalnih standarda u svim županijama
- ✓ podupiranje istraživačkog rada
- ✓ povezivanje s ostalim udrugama iz drugih medicinskih područja s ciljem razmjene iskustava i primjera dobre prakse
- ✓ povezivanje s inozemnim organizacijama na europskoj i svjetskoj razini u svrhu primjene najnovijih medicinskih dostignuća u našoj zemlji
- ✓ aktivno članstvo u krovnim europskim i svjetskim organizacijama
- ✓ upotpunjivanje znanja o ljudskom tijelu unatoč našoj specijaliziranoj djelatnosti, s ciljem razumijevanja bolesnika kao cjelovitog ljudskog bića

Slijedeći ove smjernice, ne samo u načelnom već i u konkretnom smislu, Udruga je organizirala 16 međunarodnih skupova i 5 međunarodnih kongresa. Naime, odmah po osnutku, učlanili smo se u ESGENU – Europsko društvo gastroenteroloških i endoskopskih sestara i udruga.

Odlazeći zajedno s kolegama u inozemstvo, uvidjela sam da mi, svoje vlastito iskustvo i znanje, možemo ponuditi toj europskoj udruzi pa sam se kandidirala za člana izvršnog odbora. U međuvremenu sam obnašala mnoge funkcije u izvršnom odboru, kao savjetnik, tajnik i zamjenik predsjednika, da bi 2016. godine postala i predsjednicom ESGENE.

Naravno, taj trnovit put zahtijevao je mnogo truda i vlastitog angažmana. Odlaske na tečajeve engleskog jezika, na radionice u inozemstvu, učenje i savladavanje stručne literature, česte odlaske od obitelji i korištenje vlastitog godišnjeg odmora u svrhu takve edukacije. Kada sam počela raditi kao edukator za europske sestre - članice ESGENE, uključila sam i ostale članove naše Udruge koji su, upravo zbog svoje izvrsnosti, i sami postali edukatori. Moj rad edukatora nastavio se na brojnim radionicama za mlade europske liječnike i sestre te kroz niz predavanja na europskim kongresima.

Tako sam, kao hrvatska članica, imala prilike sudjelovati i u edukacijskoj grupi EEWG-ESGENA, koja se isključivo bavi izradom nastavnog plana i programa za edukaciju, razinama školovanja

medicinskih sestara, opisom njihova posla, izradom smjernica rada, vodiča i programa kvalitetne i sigurne njege i mnogim drugim aktivnostima.

Upravo ove godine, četiri visokoškoloovane kolegice završavaju dio nastavnog plana i programa ESGENE prilagođenog uvjetima u Hrvatskoj. Konkretno to znači dobivanje diplome medicinske sestre – suplement diplome specijalizirane sestre u gastroenterologiji. Iskreno se nadam da će ovakvih kliničkih usmjerenja biti sve više, i ne samo iz područja gastroenterologije, nego iz svih područja koje zahtijevaju specifična znanja.

ESGENA broji 29 članica europskih zemalja i 113 individualnih članova, što znači da u članstvu ima više od 7000 medicinskih sestara koje rade

na području endoskopije i gastroenterologije. Potaknuta svime što sestre i tehničari u Hrvatskoj mogu i znaju, uključivala sam ih u razne aktivnosti u ESGENI. Danas s ponosom mogu reći da svake godine, kao edukatori odlaze na razna događanja na europskoj razini. Do sada je u taj rad uključeno osam medicinskih sestara iz naše udruge, tri liječnika koji su stalna potpora i koji rade kao edukatori na radionicama te kolegice koja radi kao član uredništva ESGENINA časopisa.



Treba napomenuti da sestre i liječnici drže predavanja na europskim kongresima, ali i značajnu činjenicu da medicinske sestre Kabineta za bronhoskopiju Klinike za plućne bolesti Jordanovac, kao pridruženi članovi naše Udruge, rade kao edukatori i predavači. Do sada su u taj dio procesa uključene tri pulmološke medicinske sestre.

Konačno, posebno bih željela zahvaliti svim sestrama i tehničarima, članicama i članovima Udruge koji nesebično rade, pišu, uče i dokazuju svoje znanje kao i liječnicima koji nam doista pružaju potporu u našoj namjeri da postizanjem velikih rezultata promoviramo našu profesiju i našu zemlju.

S osmijehom se osvrćem na jednu davnu 1971., kada sam u želji da postanem medicinska sestra krenula iz Siska prema Zagrebu. Nisam tada slutila da će me taj vlak odvesti još puno dalje, prema Europi i svijetu, prema novim spoznajama, novim suradnicima, ali i novim prijateljima. Moramo učiti. Moramo uvijek nastavljati učiti. To je vrijednost i odgovornost koju nam donosi naše plemenito zvanje.

IZ PODRUŽNICA

HRVATSKE KOMORE MEDICINSKIH SESTARA



PRIPREMILA: Ankica Hrnčević Lauš (predsjednica podružnice)

IZVJEŠĆE O RADU PODRUŽNICE HKMS KARLOVAČKE ŽUPANIJE ZA 2016. GODINU I PLANOVI ZA 2017. GODINU

Dužnost zamjenice Podružnice obnašala sam od 1.1.2013. do 31.12.2015. godine. Od 1.1.2016. godine, odlaskom predsjednice na rad u EU, te njezinim otkazom, preuzela sam dužnost v.d. predsjednice podružnice sve do novih izbora. Tijekom 2016. godine održana su četiri sastanka Izvršnog odbora te jedan sastanak skupštine za izbor članova Izvršnog odbora i delegata u skupštini što je vidljivo iz prikazanih zapisnika. Na izborima za predsjednicu Podružnice jednoglasno sam izabrana kao jedini kandidat. Na istoj sjednici izabrani su zamjenica, tajnica, dva člana Izvršnog odbora i četiri delegata za Skupštinu HKMS. Ustanove DZ Ozalj, DZ Duga Resa, OB Karlovac i OB Ogulin svaka broje po jednog člana Skupštine te je tako pokrivena cijela Podružnica Karlovačke županije koja broji dvije bolnice, pet domova zdravlja, nekoliko ustanova za zdravstvenu njegu u kući i Dom za starije i nemoćne sv. Antun u Karlovcu.

U OB Karlovac, OB Ogulin, SB za produljeno liječenje Duga Resa, DZ Ozalj, DZ Duga Resa, DZ Vojnić, DZ Ogulin, DZ Karlovac, ZZ HMP Karlovac održano je pet stručnih predavanja po ustanovi što je vidljivo u poslanim sažecima prema HKMS.

Organizirana su i provedena dva Tečaja treće kategorije. Također su održana četiri stručna predavanja u organizaciji vanjskog organizatora (Svibanjski dani, Tim

za palijativnu skrb, Reanimacijski algoritmi, Edukacija „Zajedno u liječenju alkoholizma“ gdje su medicinske sestre sudjelovale aktivno i pasivno.

Osim što se bavimo stručnim usavršavanjem, jednako nam je važno i zdravlje naših članova te je poslano devet zahtjeva prema osiguravajućoj kući Generali osiguranje za osobe koje boluju od teških neizlječivih bolesti ili su doživjele traumu koja ima za posljedicu invaliditet. Šest slučajeva je pozitivno riješeno. Mogu skromno izjaviti da smo u podružnici zadovoljni učinjenim.

Jednako je važno istaknuti da je u protekloj godini poslana zamolba za nabavu čitača, prijenosnog računala i projektora zbog istrošenosti i oštećenosti uređaja koje trenutačno koristimo. Jedino što smo primili je prijenosno računalo bez operacijskog sustava.

Distribucija Plavog fokusa u Podružnici je uredno provedena. Izrađeni su planovi edukacija za 2017. godinu, po pet predavanja u svakoj ustanovi. Naglašena je važnost izrade plana za dva Tečaja treće kategorije.

U rujnu 2016. godine organizirano je ispunjavanje obrazaca za produljenje licenci unutar podružnice što je i odrađeno. Nekolicina sestara još uvijek nije dobila licencu, iako su sakupile dovoljan broj bodova i poslale pravovaljane adrese. Poslodavac vrši pritisak na iste radi dobavljanja licenci.

PRIPREMIO: Boris Kopic,
(predsjednik podružnice)

PODRUŽNICA HKMS-A ISTARSKE ŽUPANIJE

Izuzetna mi je čast prvi put u ovom glasniku predstaviti ustanovu u kojoj radim, barem njezin mali dio. Zovem se Boris Kopic i prvostupnik sam sestrinstva Opće bolnice Pula. Iskreno se nadam da će ovo predstavljanje motivirati i moje druge kolege OB-a Pula na pisanje članaka i radova u ovoj malenoj, ali itekako važnoj zdravstvenoj ustanovi našeg podneblja.

Moj profesionalni put počinje 2007. godine u sklopu službe za internu medicinu, na Odjelu gastroenterologije. Tri godine kasnije prešao sam u Jedinicu intenzivnog liječenja gdje stječem iskustvo zdravstvene njege i znanje o liječenju teško oboljelih pacijenata. Vrijeme koje sam tamo proveo, stečeno iskustvo i znanje smatram neprocjenjivim i izuzetno dragocjenim. Međutim, ovo pišem jer me put odveo u drugom pravcu – dalje od akutnih stanja i neprospavanih noći kraj onih u neposrednoj borbi za život. Ni u najluđoj mašti ne bi mi palo na pamet da će me taj put odvesti u potpunu suprotnost – da brinem o kroničnim bolesnicima čiji je „hod po žici“ jednako neizvjestan, samo vremenski dulji. Riječ je o Odjelu onkologije s hematologijom gdje s radom počinjem 2015. godine.

Opće je mišljenje u našoj profesiji da su potrebne duge godine staža da bi se o nečemu moglo izreći stajalište, mišljenje ili savjet – što je mojih deset godina staža prema

nećijih trideset? To pitanje stoji mi u podsvijesti sve vrijeme dok nastaje ovaj tekst. Možda to i jest tako, no dopustite da svoju priču ispričaju i moje mlade godine. Kategorično tvrdim da je osobna i profesionalna izgradnja osobnosti skoro u potpunosti u rukama pojedinca. Tijekom godine dana može se dogoditi čitav niz čudesnih događaja, a kamoli u jednom cijelom desetljeću! Stoga ću biti posve iskren i nastojati ukratko i na temelju svojeg iskustva usporediti rad s pacijentima JIL-a i rad s onkološkim pacijentima. Rad u JIL-u izrazito je stresan, ubrzan, hektičan i strahovito odgovoran. Ni samo jedan pogrešan korak ne može se tolerirati. U takvim okolnostima sestre nerijetko postaju dobro programirani i još bolje uvježbani strojevi, a pacijenti katkad, zbog obujma posla, postaju „samo hitnoće“, radost uspješne reanimacije ili tužan ishod koji se nastoji što prije ukloniti iz sjećanja. Dolaskom na Onkologiju OB-a Pula, točnije u Ambulantu za pripremu i aplikaciju kemoterapije i imunoterapije, moja se svakodnevica drastično promijenila. Odgovornost u radu s onkološkim pacijentima ne donosi ništa manje, a ni više stresa od jedinice intenzivnog liječenja. Neminovno je da srećemo ljude, svoje pacijente – zbog specifičnosti onkološke djelatnosti s onkološkim pacijentima provedemo mnogo vremena, pa ih upoznamo, katkad saznamo i vrlo osobne detalje, htjeli to ili ne. Ono čega ima više negoli u JIL-u su osjećaji – nemoguće je isključiti suosjećanje, pa je svaki uspjeh pacijenta kojeg ste dobro upoznali mnogostruko uvećan. Nažalost, baš kao i osjećaj zbog neuspjeha ili gubitka.

Nakon dvije godine rada na Onkologiji imam priliku predstaviti svoje radno mjesto, a to me iznimno veseli. U našoj poliklinici dnevno se pripremi i aplicira prosječno 25 do 30 kemoterapija, rad u jutarnjoj smjeni obavljaju dva prvostupnika i jedna srednja medicinska sestra. U prostorima



poliklinike nalazi se deset kreveta i nekoliko fotelja za pacijente kojima se aplicira terapija. U proces liječenja onkoloških pacijenata također su uključeni i psihoonkolog te psiholog. Što se tiče samih kemoterapeutika, možemo biti iznimno ponosni na svoju ustanovu jer dostupnošću i primjenom ne zaostajemo za najnovijim svjetskim trendovima u liječenju zloćudnih bolesti. Na tome možemo biti jako zahvalni našim onkolozima te upravi i vodstvu bolnice.

Također nas veseli i preseljenje u novu bolnicu čija je izgradnja pri kraju. Nakon preseljenja u nove prostore očekuje se početak rada centralne jedinice za pripremu kemoterapeutika – u nju će se uključiti farmaceuti, a medicinske sestre i tehničari bit će zaduženi za aplikaciju terapije. To nas iznimno raduje jer se nadamo da ćemo tada imati više vremena za rad s pacijentima i njihovim obiteljima na svim razinama zdravstvene njege. Naime, trenutačno nam puno vremena oduzima sama priprema lijekova.

U suradnji s našim onkolozima ubrzo počinjemo s edukacijom pacijenata i njihovih obitelji neposredno prije početka terapije kako bismo ih pripremili te informirali o svemu što mogu očekivati i na što će nailaziti u samome procesu liječenja. Edukacija će se temeljiti na općim informacijama o specifičnoj bolesti

(korespondirajućoj svakom pojedinom pacijentu), upoznavanju s osobljem, prostorijama te protokolom liječenja. Namjera nam je u početku edukacije procijeniti i stupanj tjeskobe te eventualnu razinu bola kako bismo što prije pacijenta uputili na tretman k psihoonkologu, odnosno anesteziologu u sklopu Ambulante za bol. Velika pozornost pridavat će se i nutritivnom statusu bolesnika kako bi se, eventualno, što prije uveli suplementi u prehrani te spriječila kaheksija.

Iz europskih fondova osigurano je 37 milijuna kuna za dnevnu bolnicu i jednodnevnu kirurgiju za našu novu zgradu bolnice, stoga nas preseljenje u komfornije i vrhunski uređene prostore još više raduje te ga nestrpljivo očekujemo.

Rad na onkologiji zahtijeva neprestano učenje – na tržištu se redovito pojavljuju novi lijekovi, nastaju nove smjernice i metode u liječenju, pojavljuju se mnoge kliničke studije... Svemu tome treba biti zahvalan jer to je znak da se medicina kreće naprijed, stoga sestre ne smiju izgubiti korak. Naposljetku, ono što je neprocjenjivo jest odnos s pacijentima koji je skoro prijateljski – siguran sam da će se kolegice i kolege koji rade s onkološkim pacijentima u osnovi složiti sa mnom. Htjeli to ili ne, nerijetko se vežemo za pacijente i njihovu obitelj. Svaka nova terapija korak

je prema izlječenju – nadamo se dok se izmjenjuju veselje, tuga, rezigniranost, apatija, simpatija... To je okus pobjede. U svemu tome valja ostati profesionalan, naći sebi svojstven način za procesuiranje, odnosno naučiti se nositi s takvom težinom, a onda idućeg dana ispočetka, nanovo – neki novi terapijski protokol, neki novi pacijenti – ljudi. Prijatelji.

Radeći na Onkologiji, naučio sam cijeniti sitnice. Naučio sam željeti zdravlje jer je ono najveći i najblještaviji poklon u izlogu života gdje svaki krik u imperativu što ga nameće moderan način života postaje prvorazredno nebitna stvar. Svakog dana uviđam koliko je svijet malen i kako su nam svima sudbine zastrašujuće slične. Ne moramo vjerovati u to



da svi u apsolutno svačiji život ulazimo s razlogom i tamo činimo promjenu, no medicinske sestre to zasigurno čine. Puno je važnih stvari, obaveza i dužnosti u radu na onkologiji – uostalom, kao i na svim drugim odjelima. No, moje je mišljenje da je najvažnije staviti osmijeh na lice svojim pacijentima i osmijehom pobijediti sjenke svih njihovih previranja.



PRIPREMILA: Dragica Pavlović, mag. med. techn. (predsjednica podružnice HKMS OBŽ)

PODRUŽNICA HKMS OSJEČKO-BARANJSKE ŽUPANIJE

Na redovnoj izbornoj Skupštini HKMS Podružnice Osječko-baranjske županije koja se održala u Osijeku 17. listopada 2016. godine izabrano je novo vodstvo Podružnice. Za predsjednicu podružnice izabrana je Dragica Pavlović, magistra sestrinstva iz Doma zdravlja Osijek. Za dopredsjednicu je izabrana Kristina Zubčić, medicinska sestra iz KBC Osijek i za tajnicu Andreja Majić, prvostupnica sestrinstva iz Doma zdravlja Osijek. Kao članovi Izvršnog odbora izabrani su: Zvezdana Gvozdanović, magistra sestrinstva; Harolt Placento, magistar sestrinstva iz Opće bolnice Našice te Davor Zec, prvostupnik sestrinstva i Ljubica Tolj, prvostupnica sestrinstva iz KBC Osijek.

Osječko - baranjska županija je Hrvatskoj komori medicinskih sestara dala i sadašnju dopredsjednicu hrvatske komore medicinskih sestara magistru sestrinstva Vericu Alerić koja je i član Vijeća Komore te je bila

predsjednica Podružnice od osnutka Komore do 2016. godine.

Delegati koji nas predstavljaju na Skupštini HKMS su: Alisa Bošnjak, prvostupnik sestrinstva, Damir Đurkić, medicinski tehničar, Mara Lopar, magistra sestrinstva, Kata Lovas, magistra sestrinstva, Brankica Juranić, magistra sestrinstva iz KBC Osijek; Zorica Kovač, prvostupnik sestrinstva iz Doma zdravlja Osijek te dr.sc. Štefica Mikšić, mag.med. techn. koja je u trenutku izbora radila u Domu zdravlja Đakovo a sada radi na Medicinskim fakultetu Osijek.

Prvi sastanak Izvršnog odbora održan je 6. prosinca 2016., na sastanku su bili nazočni i delegati. Dogovoreno je uključivanje u rad Izvršnog odbora još nekoliko članova- predstavnika ustanova koji nemaju svog predstavnika kao delegata ili člana Izvršnog odbora, a s ciljem boljeg prijenosa podataka unutar županije. Drugi sastanak Izvršnog odbora održan

je 31.03.2017. godine na kojem je uz članove Izvršnog odbora, delegate i predstavnike drugih zdravstvenih ustanova nazočila i Katarina Dugina, , koordinatorica rada podružnica HKMS.

Podružnica broji 2660 članova od kojih je najveći broj sestara zaposlen u Kliničkom bolničkom centru Osijek, kao u najvećoj zdravstvenoj ustanovi u našoj županiji. Podružnica ima dvije bolnice - KBC Osijek i Opću bolnicu Našice, šest Domova zdravlja - Osijek, Našice, Đakovo, Beli Manastir, Valpovo i Donji Miholjac. Velik broj članova zaposlen je i u županijskom Zavodu za hitnu medicinu, Zavodu za javno zdravstvo, ustanovama za zdravstvenu njegu u kući, Medicinskoj školi te drugim zdravstvenim ili socijalnim ustanovama. U Medicinskoj školi Osijek svake godine završi školovanje stotinjak medicinskih sestara - medicinskih tehničara koji svoje daljnje školovanje mogu nastaviti



Dom zdravlja Osijek

u županiji na Medicinskom fakultetu Osijek na studiju sestrinstva koji uz preddiplomski studij od 2011. godine kao prvi u Republici Hrvatskoj ima i diplomski studij. Nakon završetka diplomskog studija stječe se naziv magistra sestrinstva te mogućnost upisa poslijediplomskog doktorskog studija Biomedicina i zdravstvo. Zahvaljujući upravo Medicinskom fakultetu u Osijeku, članovi HKMS imaju mogućnost nastavka školovanja u svojoj županiji što im uvelike i financijski olakšava školovanje.

Najveća ustanova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Osječko-baranjskoj županiji je Dom zdravlja Osijek koji ima ispostave na sedam lokacija u gradu, četiri u prigradskim naseljima te trinaest u susjednim općinama. Prošle godine proslavio je 90 godina postojanja i rada. Odjel obiteljske medicine pruža zdravstvenu zaštitu u sklopu 30 timova, a u sklopu objekta Doma zdravlja skrb pruža još 64 koncesionara. Odjel zdravstvene zaštite predškolske djece ima 8 timova. U sklopu ustanove nalaze se još i odjeli zdravstvene zaštite žena, odjel dentalne zdravstvene zaštite, odjel specijalističke konzilijarne zdravstvene zaštite (kardiologija, pulmologija i fizioterapija), odjel radiološke dijagnostike, odjel medicine rada, odjel palijativne medicine, odjel

patronažne zdravstvene zaštite te odjel za kvalitetu. Patronažna je skrb danas usmjerena ciljevima promicanja zdravlja, sprječavanju bolesti i očuvanju postojeće razine zdravlja.

Kao prva javnozdravstvena ustanova u ovom dijelu Hrvatske, Dom zdravlja Osijek u lipnju 2016. godine otvorio je Savjetovalište za dojenje. Savjetovalište je otvoreno u zajedničkoj suradnji Doma zdravlja Osijek i Osječko-baranjske županije, a u okviru Programa promicanja i unaprijeđenja dojenja u zajednici za razdoblje 2015.-2017. godine kao projekt „Županija – prijatelj dojenja“ koju je inicirao UNICEF.

Odjel palijativne skrbi bolesnika i Centar za koordinaciju palijativne skrbi Osječko – Baranjske županije broji jednog liječnika, dvije prvostupnice sestrinstva, koordinatora za djelatnost palijativne skrbi i prvostupnika sestrinstva u mobilnom palijativnom timu. Ambulanta radi s palijativnim pacijentima i njihovim obiteljima od procjene i propisivanja terapije protiv boli, prevencije malnutricije i kaheksije te zbrinjavanje kroničnih rana. U sklopu ambulate djeluje i savjetovalište za psihološku pomoć palijativnim pacijentima, obiteljima i zdravstvenim djelatnicima uključenim u palijativnu skrb.

Odjel za kvalitetu u Domu zdravlja Osijek osnovan je u veljači 2016. godine na temelju zakonske odredbe da su zdravstvene ustanove s više od 40 zaposlenika obvezne ustrojiti posebnu jedinicu za unaprijeđenje i kvalitetu zdravstvene zaštite. U odjelu su zaposlene dvije magistre sestrinstva, jedna za osiguranje i unaprijeđenje kvalitete zdravstvene zaštite, a druga kao sestra za kontrolu i sprječavanje infekcija.

Od 1994. godine Dom zdravlja Osijek je i nastavna baza Medicinskog fakulteta Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku. U prostorima Doma zdravlja odvijaju se predavanja, seminari i vježbe.

U našoj Podružnici se, osim predavanja u okviru planova trajnog usavršavanja u ustanovama, redovito organiziraju stručni skupovi – simpoziji, kongresi i konferencije – na kojima medicinske sestre i tehničari mogu stjecati nova znanja.

PRIPREMILA: Željka Vondraček, predsjednica podružnice.

PODRUŽNICA HKMS KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKE ŽUPANIJE - PRVI KONGRES SESTRINSTVA KOPRIVNIČKO - KRIŽEVAČKE ŽUPANIJE "KOMPLEMENTARNOST KOMUNICIRANJA"

Povodom Međunarodnog dana sestrinstva pod pokroviteljstvom Koprivničko-križevačke županije održan je Prvi Kongres sestrinstva Koprivničko-križevačke županije pod nazivom „Komplementarnost komuniciranja“. U Podružnici Hrvatske komore medicinskih sestara Koprivničko – križevačke županije trenutno djeluje 841 medicinska sestra/ tehničar. Od ukupnog broja 191 medicinska sestra/tehničar ima višu razinu školovanja.

Kongres se održavao 12. i 13. svibnja u dvorani Pučkog otvorenog učilišta „Domoljub“ u Koprivnici, u organizaciji Opće bolnice „Dr. Tomislav Bardek“.

Na otvaranju kongresa bili su prisutni županijski i gradski predstavnici, izaslanica predsjednice Hrvatske komore medicinskih sestara magistra sestrinstva Ana Ljubas koja je pozdravila skup te poslala poruku o potrebi profesionalnog razvoja. Pozvani uvaženi predavači prof. Miljenko Flajs, mr. sc. Gordana Fučkar, doc.dr.sc. Marijana Braš i prof. dr.sc.Veljko Đorđević izlagali su na zadanu temu te tako otvorili kongres.

Predsjednica Kongresa, magistra sestrinstva Ruža Evačić, pomoćnica ravnateljica za sestrinstvo Opće bolnice "Dr. Tomislav Bardek" izrazila je zadovoljstvo brojem prijavljenih izlagača, ali i posjetitelja, što smatra velikim interesom za profesionalni rast i razvoj profesije. Ukazala je na to je kako je sestrinstvo izazovno i dinamično zanimanje, koje traži konstantno ulaganje, educiranje i usavršavanje te dodala: „Svjesne smo činjenice da dobra profesionalna komunikacija može smanjiti



rizike u radu medicinskih sestara te dići razinu izvrsnosti prakse i tako utjecati na kvalitetu života pacijenta.“

Na kongresu su sudjelovale sve medicinske sestre/ tehničari Koprivničko - križevačke županije iz Doma zdravlja, Zavoda za hitnu medicinu, Kućne njege i Opće bolnice „Dr. Tomislav Bardek“. Tome u prilog govori i činjenica da je kongresu nazočilo 310 medicinskih sestara/tehničara te je bilo prezentirano 49 prezentacija. Tema „Komplementarnost komuniciranja“ bila je prezentirana sa različitih radilišta te je vidljivo i bogato radno iskustvo kroz pisanu riječ koje će poslužiti i biti poticaj za nove ideje i istraživanja.

Dolaskom na kongres, drugi dan kongresa, predsjednica Hrvatske komore medicinskih sestara Slava Šepec, dipl.med.ses. iskazala je veliku čast svojim prisustvom. Obraćanjem prisutnima poručila je važnost promicanja i zajedničko djelovanje struke što je i dokazala svojom nazočnošću do kraja kongresa.

Široka paleta stručnih predavanja, mogućnost prezentiranja vlastitih iskustva potaknula je i



kreativne rasprave. Neformalna i prijateljska druženja upotpunila su cjelokupni doživljaj koji će sigurno smanjiti prepreke i poboljšati komunikacijski „život“ u našim ustanovama.

Ovaj kongres svakako će predstavljati dio povijesti medicinskih sestara naše županije, biti će poticaj za tradicionalno održavanje sa željom da u budućnosti preraste u međunarodni događaj.

PRIPREMILI: Adriano Friganović, Sandro Vidmanić, Cecilija Rotim, Mario Djuran

SESTRINSKI GLAS ZA ZDRAV ŽIVOT

MEĐUNARODNI DAN SESTRINSTVA U HRVATSKOJ

Ovogodišnje obilježavanje Međunarodnog dana sestrinstva pod nazivom "SESTRINSKI GLAS ZA ZDRAV ŽIVOT" organizirao je Hrvatski nacionalni savez sestrinstva u suradnji s Zdravstvenim veleučilištem, Hrvatskim sestrinskim društvom hitne medicine, Hrvatskom udrugom medicinskih sestara, Hrvatskom udrugom kardioloških medicinskih sestara, Udrugom medicinskih sestara i tehničara neurokirurgije Hrvatske te Društvom medicinskih sestara i tehničara digestivne kirurgije. Događanje je organizirano pod pokroviteljstvom predsjednice Republike Hrvatske Kolinde Grabar Kitarović, Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, Grada Zagreba i gradonačelnika Milana Bandića te Hrvatske komore medicinskih sestara. Koordinator cijelog događanja bili su Cecilija Rotim, mag. med. techn., Sandro Vidmanić, mag. med. techn., Mario Djuran, bacc. med. techn. i Adriano Friganović, dipl. med. techn.

Ovogodišnji slogan događanja "SESTRINSKI GLAS ZA ZDRAV ŽIVOT" ukazivao je na važnost i utjecaj medicinskih sestara i tehničara u svim segmentima postizanja kvalitetnog života pojedinca i zajednice. Želja organizatora je bila da se svim medicinskim sestrama i tehničarima zahvali što svojom nesebičnom ljubavlju, radom i žrtvom svakodnevno podižu kvalitetu života pojedinca i zajednice na jednu novu razinu te njihov život čine boljim i ljepšim.

Od 08. do 12. svibnja održana su predavanja i javno zdravstvene akcije diljem Zagreba. Tjedan sestrinstva započeo je simbolično u Hrvatskoj komori medicinskih sestara 08. svibnja 2017. godine gdje je održan zajednički sastanak predstavnika sestrinskih udruga Republike Hrvatske čiji je glavni cilj bio isticanje važnosti zajedničkog djelovanja i ostvarivanja suradnje između sestrinskih udruga s ciljem afirmiranja sestrinstva kao

profesije u javnosti. 08. svibnja Petar Mardešić, mag med. techn. predsjednik Hrvatske udruge za ekstrakorporalnu cirkulaciju održao je u Školi za medicinske sestre Vrapče predavanje "Upoznajte perfuzionistu".

09. svibnja ispred KBC Sestre milosrdnice članovi Udruge medicinskih sestara i tehničara neurokirurgije Hrvatske održali su akciju "Križobolja - prevencijom do zdravlja". Isti dan u KB Sveti duh članovi Društva medicinskih sestara i tehničara digestivne kirurgije održali su akciju za građane "Znamo li što je stoma", a navečer u Matici umirovljenika Jelica Stipaničev Mustapić je provela akciju "Kako život dodati godinama". Danijela Rac, dipl. med. techn. ispred Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije učenicima Škole za medicinske sestre Vinogradska održala je predavanje "Eksplantacijski program u Hrvatskoj".

U suradnji s Hrvatskim zavodom za transfuzijsku medicinu 10. svibnja organizirano je dobrovoljno darivanje krvi gdje su medicinske sestre i tehničari ponovo pokazali svoju veliku ljubav prema pacijentima. Među prvim donatorima krvi bila je i pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo i glavna sestra KBC Sestre milosrdnice Biserka Režek, dipl. med. techn. Na Trgu bana Josipa Jelačića isti dan su članovi Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije proveli akciju "Pričamo o sepsi".

Središnja proslava organizirana je 10. svibnja na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu gdje su sudionike pozdravili Slavica Berić, dipl. med. techn. predsjednica HNSS-a, prof. dr. sc. Krešimir Rotim, dekan, Slava Šepić, dipl. med. techn., predsjednica HKMS te Tomislav Madžar, dr. med, savjetnik





za zdravstvo predsjednice Republike Hrvatske. Održana su dva predavanja, "Sestrinski glas za zdrav život" Adriano Friganović, dipl. med. techn. i "Obrazovanje medicinskih sestara" dr. sc. Biserka Sedić. Prodekanica za nastavu dr. sc. Snježana Čukljek je u ime Zdravstvenog veleučilišta i dekana svim predsjednicima udruga uručila knjige koje su izdane od strane Zdravstvenog veleučilišta.

Hrvatska udruga medicinskih sestara 10. svibnja na Jarunu organizirala je akciju "Prošećimo s medicinskim sestrama za zdravlje".

Zagrebački gradonačelnik Milan Bandić sa svojim suradnicima 10. svibnja primio je delegaciju medicinskih sestara i tehničara u palači Dverce gdje su sve sudionice dobile ružu. Gradonačelnik je izrazio potporu radu medicinskih sestara i tehničara te svima čestitao Međunarodni dan sestrinstva.

Damir Važanić, mag. med. techn., 11. svibnja održao je predavanja iz područja "Temeljnih postupaka oživljavanja" učenicima viših razreda II gimnazije. Isti dan za građane je organizirana kontrola krvnog tlaka i šećera u krvi u pet različitih zagrebačkih župa, a akcijom je koordinirao Mario Djuran ispred Hrvatskog nacionalnog saveza sestrinstva.

Završnica tjedna održana je na 12. svibnja na Cvjetnom trgu gdje su sve udruge prezentirale svoj rad građanima i družili se s njima od 10 do 15 sati. Završni događaj bio je jedinstven u sestrinstvu Republike Hrvatske, jer su prvi put sestrinske udruge zajedno organizirale javno zdravstvenu akciju i druženje s građanima

Cijelo događanje bilo je iznimno dobro medijski praćeno kako na televiziji tako i u novinama i radijskim emisijama. Obzirom na pozitivna iskustva od ove godine za iduću godinu plan je proširiti akcije i sestrinstvo približiti građanima naše domovine.

Održana je i svečanost u Hrvatskom vojnom učilištu dr. Franjo Tuđman u organizaciji Hrvatske udruge medicinskih sestara.



PRIPREMILA: Josipa Bišćan, magistra sestrinstva

17. KONFERENCIJA O KVALITETI I 8. ZNANSTVENI SKUP HRVATSKOG DRUŠTVA ZA KVALITETU MEĐUNARODNI STRUČNI I ZNANSTVENI SKUP

„ZNANJEM DO KVALITETE – KVALITETOM DO REZULTATA“



Hrvatsko društvo za kvalitetu je od 10. do 13. svibnja 2017. u Opatiji organiziralo 17. Konferenciju o kvaliteti i 8. Znanstveni skup Hrvatskog društva za kvalitetu – međunarodni stručni i znanstveni skup pod nazivom „Znanjem do kvalitete – kvalitetom do rezultata“. U trodnevnom radu razgovaralo se o temama iz područja gospodarstva, proizvodnje i lokalne samouprave, energetske učinkovitosti, sigurnosti na radu, budućnosti kvalitete u obrazovanju kao i upravljanju znanjem i sustavima kvalitete u zdravstvu.

U radnom dijelu koji se odnosio na područje upravljanja znanjem i sustavima kvalitete u zdravstvu govorilo se o upravljanju znanjem (Joseph A. DeFeo), upravljanju bolničkim zdravstvenim ustanovama (predavanje je umjesto Krešimira Rotima održala Mara Županić), utjecaju obrazovanja medicinskih sestara na kvalitetu zdravstvene njege (Slava Šepec), upravljanju kvalitetom u zdravstvenoj ustanovi

(Bojana Knežević, Vesna Čerfalvi), upravljanju znanjem u kvaliteti zdravstvene njege (Suzana Lovrenčić), upravljanju kvalitetom u zdravstvenoj njezi (Željka Benceković), pritužbama pacijenata (Vesna Čerfalvi) te ISO sustavima i kvaliteti zdravstvene usluge u privatnoj ustanovi (Josipa Bišćan). Izneseni su konkretni podaci i primjeri koji su govorili o navedenim temama, a kojima se upozorilo na probleme s kojima se susreću djelatnici koji rade u jedinicama za kvalitetu, osobito medicinske sestre.

Nakon održanih predavanja razvila se konstruktivna rasprava Kvaliteta u zdravstvenim ustanovama, unatoč zakonskoj obavezi, nije zaživjela na način na koji bi trebala. Još uvijek velik obol u tom radu daju entuzijasti. Slaba je motiviranost djelatnika za suradnju, ne postoji sustav nagrađivanja, a ni sankcioniranja, nema jasne sistematizacije tih radnih mjesta. Postoje velike različitosti u zdravstvenim ustanovama u priznavanju obrazovne kvalifikacije visokoobrazovanih medicinskih sestara koje rade na tim radnim mjestima. Kvaliteta u svakoj zdravstvenoj ustanovi živi na način na koji je shvaća uprava pojedine ustanove. Ne postoji sustav odgovornosti svakog pojedinca i jasno definirano mjesto u doprinosu razvoju sustava kvalitete i sigurnosti korisnika. Iskorak u tome napravile su privatne zdravstvene ustanove shvativši kako je zadovoljan i kvalitetno zbrinut pacijent te zadovoljan djelatnik glavni čimbenik uspjeha i opstanka na tržištu u kojem je sve veća konkurencija. Budući da kvaliteta zdravstvene usluge pojedine zdravstvene ustanove i zdravstvenog sustava u cijelosti ovisi o svim njegovim sudionicima, uvidena je potreba organiziranja zasebne sekcije unutar Hrvatskog društva za kvalitetu s multidisciplinarnim članstvom koja bi se bavila problematikom kvalitete unutar zdravstvenih ustanova (svih zdravstvenih profesionalaca i ostalih suradnika koji rade u zdravstvenim ustanovama). Izneseni su konkretni prijedlozi koji će se dodatno razmotriti, potkrijepiti argumentima i izložiti relevantnim institucijama.

PRIPREMILI: Alen Breček, NPB „dr. Ivan Barbot“, Popovača

GOVORIMO LI SAMO O PREVENCIJI ILI JE UISTINU PROVODIMO?

U današnje se vrijeme u svim područjima često koristi izraz *prevencija*. Međutim, što smatramo prevencijom? Prevencija bi trebala označavati sve postupke kojima se sprečava nastanak neželjenog događaja, odnosno, u ovom slučaju, nastanak bolesti. Preventivna medicina bavi se unapređenjem i očuvanjem zdravlja.

Osnovna je svrha prevencije smanjiti mogućnost nastanka bolesti uklanjajući čimbenike rizika njezina nastanka ili da se, ako se bolest razvila, prepoznaju njezini simptomi. Pritom mislimo na to da bi svaki pojedinac trebao prepoznati da se s njegovim tijelom nešto događa. Prevenciju dijelimo na primarnu, sekundarnu i tercijarnu.

PRIMARNA PREVENCIJA ponajprije je usmjerena prema zdravima osobama, a podrazumijeva uklanjanje rizika/uzroka bolesti i unapređenje općeg zdravstvenog stanja kako bi se spriječio nastanak bolesti. Cijepljenje je dobar primjer primarne prevencije u suzbijanju zaraznih bolesti, a kod kroničnih se bolesti to odnosi na uklanjanje rizičnih čimbenika kao što su pušenje, nezdrava hrana, nedovoljna tjelesna aktivnost itd. Primjena uspješne primarne prevencije zahtijeva razvijanje javnozdravstvenih programa na lokalnoj ili nacionalnoj razini.

SEKUNDARNA PREVENCIJA podrazumijeva prepoznavanje potencijalnih bolesnika, odnosno oboljelih u ranom stadiju bolesti kako bi se pravodobnom intervencijom spriječio razvoj novootkrivene bolesti te tako zaustavilo njezino napredovanje i sačuvao životni vijek te kvaliteta života. Primjer za to je otkrivanje visokog tlaka u stadiju kad još nema simptoma.

OSNOVNA JE SVRHA PREVENCIJE SMANJITI MOGUĆNOST NASTANKA BOLESTI UKLANJAJUĆI ČIMBENIKE RIZIKA NJEZINA NASTANKA ILI DA SE, AKO SE BOLEST RAZVILA, PREPOZNAJU NJEZINI SIMPTOMI.

TERCIJARNA JE PREVENCIJA prepoznavanje i zbrinjavanje onih stanja koja se ne mogu liječiti ili stanja kod kojih unatoč liječenju nastaju posljedice. Njezina je svrha očuvanje kvalitete života bolesnika kad liječenjem nije moguće suzbiti bolest. Primjer je takve prevencije suzbijanje bola kod oboljelih u zadnjem stadiju zloćudnih tumora.

Krenimo redom. Najvažnija nam je, svakako, primarna prevencija jer na taj način izravno djelujemo na sam uzrok nastanka bolesti. U primarnoj je prevenciji naglasak na edukativnoj ulozi zdravstvenih djelatnika kao promotora zdravlja. Promocija zdravlja predstavlja pokret koji omogućuje ljudima





U PRVIM KONTAKTIMA S PACIJENTOM RIJETKO IMAMO PRILIKU RADITI MJERENJA OSNOVNIH VITALNIH FUNKCIJA (PULS, RR, TT), A JOŠ RJEĐE SU NAM DOSTUPNI OSNOVNI BIOKEMIJSKI NALAZI (GUK, HDL, LDL). JEDINO ŠTO NAM JE UVIJEK DOSTUPNO MOGUĆNOST JE KOMUNIKACIJE, ODNOSNO RAZGOVORA S PACIJENTOM.

da aktivno sudjeluju u unaprjeđenju svojeg zdravlja, a provodi se zdravstvenim akcijama koje utječu na širenje poruka u zdravstvenim zajednicama – edukativna predavanja.

U prvim kontaktima s pacijentom rijetko imamo priliku raditi mjerenja osnovnih vitalnih funkcija (puls, RR, TT), a još rjeđe su nam dostupni osnovni biokemijski nalazi (guk, HDL, LDL). Jedino što nam je uvijek dostupno mogućnost je komunikacije, odnosno razgovora s pacijentom.

Danas možemo reći da je Neuropsihijatrijska bolnica *Dr. Ivan Barbot Popovača* u edukacijama otišla korak dalje. Radi informiranja i educiranja opće populacije od travnja 2015. godine pokrenut je projekt **Edukativni kutak** koji se provodi i danas. Koncept je vrlo jednostavan. Kao što znamo, u čekaonicama polikliničkog odjela skoro uvijek ima pacijenata, stoga svakodnevno tijekom najveće frekvencije pacijenta (oko 11 sati) držimo informativno predavanje u trajanju od 10 do 15 minuta o bolestima koje najčešće zahvaćaju našu populaciju (dijabetes, hipertenzija, KOPB, karcinomi). Također, dajemo i pisane materijale povezane s temom dana. Naglasak je na komunikaciji sa svim nazočnima (pacijenti, pratnja) te na tome da im se omogući postavljanje pitanja o onome što ih zanima o pojedinim bolestima i prevenciji. Ako žele razgovarati nasamo,

SVAKAKO ODVOJITE VREMENA ZA RAZGOVOR S LJUDIMA JER TO JE ONO ŠTO SVI PACIJENTI NAPOS LJETKU ŽELE – DA IH SE PRIMIJETI, ODNOSNO DA OSJETE DA SU NEKOME BITNI I DA IM SE POSVETI DOVOLJNO VREMENA.

imaju mogućnost i individualne edukacije. Kada je riječ o procjenama, u prvih 6 mjeseci projekta edukaciju je prošlo više od 1 200 osoba, a mi smo tek jedna manja zdravstvena ustanova. Taj je podatak, u biti, broj provedenih edukacija što znači da je ista osoba možda bila nazočna i nekoliko puta. To ne predstavlja problem jer educiramo o dvadesetak tema koje se izmjenjuju svakoga tjedna tako da svaki put možete čuti nešto novo. Također je važno naglasiti da je takav oblik prevencije brz, jednostavan i naposljetku nije skup.

Takvim tipom edukacija ne samo da sprečavamo nastanak bolesti i potičemo rano otkrivanje nego djelujemo i na redukciju stigmatizacije nekih bolesti – mišljenje društva ili osobno iskustvo povezano s osjećajem krivnje ili manje vrijednosti koje nastaje zbog krivog shvaćanja bolesti. Krivo shvaćanje bolesti nastaje zbog neznanja. Tako se stvaraju predrasude koje u pacijenta izazivaju osjećaj manje vrijednosti te sklonost tjeskobi i depresiji.

Pravilna edukacija iznimno je važna – nije dovoljno samo reći dvije suvisle rečenice i dati informativni letak, što je kod nas često slučaj. Za dobru edukaciju potrebno je odvojiti vrijeme za pacijenta i razjasniti mu njegove nedoumice. Ako dajemo polovične informacije, pacijenta možemo samo još više zbuniti i prestrašiti, a mi ćemo misliti da smo napravili svoj posao. Svakako odvojite vremena za razgovor s ljudima jer to je ono što svi pacijenti naposljetku žele – da ih se primijeti, odnosno da osjete da su nekome bitni i da im se posveti dovoljno vremena.



PRIPREMILE:

DANIJELA-LANA DOMITROVIĆ, magistra sestrinstva

IRENA DANY HOLETIĆ, magistra sestrinstva

BLAŽENKA HORVAT, prvostupnica sestrinstva

ORGANIZACIJA RADA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI HRVATSKOJ



II.

PALIJATIVNI MOBILNI TIM

OSTALE SPECIJALISTIČKE
ORDINACIJE U KOJIMA RADE
MEDICINSKE SESTRE, A
KOJE DJELUJU U DOMOVIMA
ZDRAVLJA

I.

Što je primarna zdravstvena zaštita?

Koje su zdravstvene ustanove uključene na razini primarne zdravstvene zaštite?

Poslovi i zadaci medicinskih sestara na razini primarne zdravstvene zaštite u SKLOPU osnovne djelatnosti domova zdravlja i zdravstvene njege u kući

III.

Djelatnost hitne medicinske pomoći, poslovi i radni zadatci medicinskih sestara i tehničara HMP-a

Tercijarna zdravstvena zaštita na razini PZZ -a

IV.

Ostale ustanove koje skrbe o zdravlju stanovništva u zajednici

SAŽETAK

Domovi zdravlja temeljni su nositelji zdravstvene zaštite na primarnoj razini. Svrha im je osigurati pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite, analizirati specifične zdravstvene potrebe i razvijati zdravstvene projekte i inovativne modele zdravstvene zaštite u suradnji s lokalnim, regionalnim, nacionalnim i međunarodnim institucijama primjenjujući najviše standarde upravljanja. Svrha je približiti zajednici i pojedincu zdravstvenu zaštitu.

Ključne riječi: specijalističke ambulante, medicina rada, palijativni mobilni timovi

UVOD

U sklopu domova zdravlja, ovisno o potrebama i mogućnostima lokalne zajednice i županija, postoje i druge specijalističke ambulante poput oftalmološke ambulante, internističke ambulante, neurološke, psihijatrijske ambulante, ambulante fizikalne medicine. Također, negdje postoje i savjetovališta poput savjetovališta za mentalno zdravlje, prehranu, rani rast i razvoj ili savjetovališta za dojenje. Unutar domova zdravlja nalazi se laboratorijska i radiološka dijagnostika radi što brže i dostupnije dijagnostike, kao i zubotehnički laboratoriji i djelatnost fizikalne terapije



DOMOVI ZDRAVLJA TEMELJNI SU NOSITELJI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE NA PRIMARNOJ RAZINI.

MJERE KOJE SE PROVODE

PROVOĐENJE SPECIJALIZIRANIH DIJAGNOSTIČKIH I TERAPIJSKIH POSTUPAKA:

- ✓ rano otkrivanje bolesti
- ✓ postavljanje indikacije za laboratorijske, radiološke i druge dijagnostičke postupke
- ✓ utvrđivanje dijagnoze
- ✓ suzbijanje i liječenje određenih bolesti
- ✓ ambulantno rehabilitacijsko liječenje
- ✓ postavljanje indikacija za operativno i ostalo bolničko liječenje
- ✓ sudjelovanje u kućnom liječenju prema medicinskim indikacijama uključujući terapiju bola i psihološku potporu kroničnim bolesnicima
- ✓ postavljanje indikacije za izradu i primjenu protetskih pomagala.

Svaka od tih ambulanti i djelatnosti ima svoje specifičnosti u izvođenju medicinsko-tehničkih postupaka, a namjera je što kvalitetnija dijagnostika i liječenje. To od medicinske sestre zahtijeva nova znanja i stjecanje novih vještina. Neke vještine medicinske sestre svladaju tijekom rada, ali također odlaze na dodatnu edukaciju.

O prevenciji profesionalnih bolesti i o zdravlju radnika unutar domova zdravlja brine djelatnost medicine rada.

DJELATNOST MEDICINA RADA

Medicina rada grana je medicine koja se ponajprije bavi preventivnom djelatnosti, ali ima i važnu ulogu u liječenju bolesti u čijem su nastajanju štetnosti s radnog mjesta jedini ili jedan od bitnih čimbenika. Njezina djelatnost uključuje dijagnostiku profesionalnih bolesti i bolesti vezanih za rad, ocjenu radne sposobnosti oboljelih od tih bolesti i onih radnika čija je radna sposobnost izmijenjena te sudjelovanje u ocjeni privremene ili trajne radne nesposobnosti.

Osnovni su ciljevi medicine rada prepoznavanje štetnosti u radnom procesu i uklanjanje istih radi sprječavanja pojave narušenog zdravlja. Osim zdravstvenim pregledima, sve se veća pozornost pridaje edukaciji radnika o postupcima kojima se smanjuju rizici nastanka bolesti. Zbog sve veće učestalosti profesionalnih bolesti u radno aktivnoj populaciji, a ponajprije zbog troškova koje pojedine države imaju zbog liječenja i bolovanja koja uzrokuje ta skupina bolesti, one su u žarištu pozornosti radnika, poslodavaca i liječnika, ali i fondova zdravstvenih i mirovinskih osiguranja. U ordinacijama medicine rada obavljaju se i prethodni pregledi djelatnika za zapošljavanje, upise u srednju školu i na fakultete. Obavljaju se procjene zdravstvene sposobnosti za vozače motornih vozila, pomorskih i riječnih plovila te zrakoplovnih prijevoznih sredstava, zatim pregledi za dozvole za držanje i nošenje oružja, prethodni, periodični i izvanredni pregledi radnika te pregledi sportaša.

TIM MEDICINE RADA

Tim medicine rada čine liječnik specijalist medicine rada, medicinska sestra te psiholog. Radi procjenjivanja zdravstvene sposobnosti radnika usko se surađuje i s dugim specijalistima – liječnicima oftalmolozima, psihijatrima, neurolozima i ORL specijalistima. Također se u radu surađuje sa službama zaštite na radu. Moderan pristup zaštiti zdravlja na radu zahtijeva usku suradnju svih navedenih subjekata uključujući poslodavce, radnike te nadležna ministarstva i zakonodavna tijela.

ZAKONODAVSTVO U MEDICINI RADA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Postoje brojni propisi i zakoni koji štite današnjeg radnika, a tim medicine rada mora ih dobro poznavati i surađivati sa zaposlenicima i poslodavcima u skladu s njima.

Prava i obaveze poslodavaca, zaposlenika i stručnjaka koji se bave zaštitom zdravlja i sigurnošću na radu navedena su u domaćem zakonodavstvu. Zaštita zdravlja na radu zahtijeva multidisciplinarni pristup te su ključne, osim zdravstvenih, i zakonodavne mjere.



MEDICINSKA SESTRA U TIMU MEDICINE RADA

Medicinske sestre medicine rada predstavljaju najveće pojedinačne skupine profesionalaca uključene u očuvanje zdravlja na radu.

Medicinska sestra koja ima izravan pristup radnicima često (svakodnevno) postaje prva točka kontakta za mnoga zdravstvena pitanja i probleme. Zbog njezine pristupačnosti radnici mogu lako zatražiti savjet bez obzira je li on vezan za radno mjesto ili se radi o nekim osobnim stvarima. Medicinske sestre medicine rada vješti su slušatelji i zbog svoje neovisne uloge često mogu prikupljati informacije s objiju strana – kako menadžmenta, tako i zaposlenika. Prikupljenim informacijama mogu tražiti pomoć za zajedničko rješenje kad su u pitanju zdravlje i socijalna dobrobit. Jedna od jedinstvenih karakteristika medicinske sestre medicine rada trebala bi biti i prisutnost medicinske sestre na radnom mjestu radnika – da su lako dostupne kad se pojave problemi. Medicinska sestra medicine rada trebala bi se usmjeriti na promociju i obnovu zdravlja, prevenciju profesionalnih bolesti i ozljeda na radu. Osim toga, nagli porast udjela starijeg stanovništva, produljenje radnog vijeka (*aging workforce*) te rad s kroničnom bolešću pomiče fokus medicine rada s profesionalnih bolesti i ozljeda na radu na održavanje radne sposobnosti (*work ability*).

Medicinska je sestra zadužena i za obavljanje dijagnostičkih postupaka (vađenje krvi, EKG, spirometrija, audiometrija – ispitivanje sluha, ortorether – ispitivanje oštine vida, mjerenje visine i težine itd.), otvaranje kartona i uvođenja podataka u računalu, izdavanje računa te vođenje administrativnih poslova.



Njezin posao zahtijeva širok opseg znanja i vještina u mnogim područjima.

Sadašnjost i budućnost nam postavljaju nove izazove i zdravstvene probleme, a sestinstvo dobiva novu, kompleksniju ulogu u promociji i unaprjeđenju zdravlja. Medicinska sestra medicine rada ima dugu tradiciju i uživa povjerenje radnika u društvu. To znači da je u poziciji da joj se radnici povjeravaju i govore o svojim problemima, a to joj pomaže da bude još učinkovitija u svojoj ulozi.

Unovije vrijeme na razini PZZ-a stvoreni su i mobilni palijativni timovi čiji je cilj poboljšanje kvalitete života i smanjenje patnje putem sprječavanja, ranog otkrivanja, kvalitetne procjene i liječenja bola i ostalih problema: tjelesnih, psihosocijalnih i duhovnih.

PALIJATIVNI MOBILNI TIM I KOORDINATOR ZA PALIJATIVNU SKRB U DOMU ZDRAVLJA

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definirala je palijativnu skrb kao pristup kojim se bolesnicima suočenim sa smrtonosnom bolešću i njihovim obiteljima nastoji pružiti najveća moguća kvaliteta života. Palijativna skrb čini to sprječavanjem i olakšavanjem bola, kao i ostalih psihičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema.

Osim smirivanja simptoma i psihosocijalne podrške bolesnicima i njihovim negovateljima, vrlo su važne sastavnice palijativne skrbi i (bio)etički aspekti vezani za kraj života...

Potrebno je naglasiti da se palijativna skrb ne odnosi samo na starije bolesnike ili bolesnike oboljele od raka. Svrha je rada mobilnih palijativnih timova pružanje potpune skrbi osobama oboljelim od neizlječive bolesti u njihovu domu. Tim čine liječnik i medicinska sestra s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi. Oni surađuju i s drugim profesionalcima. Ovisno o trenutačnoj potrebi palijativnog bolesnika, to mogu biti fizioterapeut, psiholog, duhovnik. Mobilni palijativni tim ima i savjetodavnu ulogu za druge profesionalce u PZZ-u (LOM, patronažna sestra, ZNJUK).

MEDICINSKA SESTRA MEDICINE RADA IMA DUGU TRADICIJU I UŽIVA POVJERENJE RADNIKA U DRUŠTVU.



Tim dolazi u posjet bolesniku na poziv te određuje potrebu za palijativnom skrbi. Odlazak može biti svakodnevan, zatim nekoliko puta tijekom dana ili rjeđe. Tim tijekom posjete obavi prosječno četiri postupka na jednom bolesniku. Postupci se odnose na zahvate i intervencije koji se mogu obaviti u kućnim uvjetima – osim analgezije i hidracije, to su uvođenje NGS-a ili kateterizacija mokraćnog mjehura. Timovi, osim s bolesnikom, rade i s članovima obitelji u vrijeme skrbi, odnosno u žalovanju. Svaki pojedinac ima pravo na palijativnu skrb – bez obzira na dob, spol, rasnu ili vjersku pripadnost. Također, pravo na palijativnu skrb nemaju samo bolesnici oboljeli od raka već i drugi kronični bolesnici kojima kurativna medicina više ne može pomoći ili su završili aktivno liječenje. Na palijativnu skrb 24 sata dnevno, 7 dana u tjednu u suradnji s drugim dostupnim službama imaju svi palijativni bolesnici. Članovi mobilnog palijativnog tima usko surađuju s izabranim liječnikom obiteljske medicine, patronažnom službom te zdravstvenom njegom u kući – dobivanje i razmjena informacija o bolesniku i njegovim potrebama. Multidisciplinarnost i interdisciplinarnost obilježja su suradnje s drugim službama u osiguravanju kontinuirane i potpune palijativne skrbi.

Bitnu ulogu mobilni palijativni tim ima u „preuzimanju“ bolesnika iz bolnice na kućnu skrb.

KOORDINATOR ZA PALIJATIVNU SKRB U DOMU ZDRAVLJA

Koordinator PS-a povezuje sve sudionike važne za pružanje PS-a. Koordinator nije dio mobilnog palijativnog tima, već je samostalan u svojem radu, djeluje zajedno u pružanju PS-a s mobilnim palijativnim timom. Povezuje djelovanje svih razina u sustavu zdravstvene zaštite i socijalne skrbi.

Koordinator vodi registar palijativnih bolesnika u DZ-u i koordinira ili organizira posudionicu pomagala.

Koordinira programe edukacije iz područja palijativne skrbi.

ZAKLJUČAK

Potreba za ojačavanjem i približavanjem zdravstvene skrbi pojedincu i zajednici na razini primarne zdravstvene zaštite te nastojanje da se u svim dijelovima Republike Hrvatske (RH) istovjetno i jednako pridržavamo načela sveobuhvatnosti,

kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitosti, ali i jednake kvalitete za sve građane RH, kao i želja za smanjenjem troškova u zdravstvu na svim razinama upućuje na sve veću potrebu za visokom razinom obrazovanja medicinskih sestara na preddiplomskim i diplomskim sveučilišnim i specijalističkim studijima kao mogućnost uskih i specifičnih specijalizacija iz pojedinih grana medicine.

Hrvatska ima velik broj neiskorištenog kapaciteta visokoobrazovanih medicinskih sestara na razini dodiplomskih i diplomskih studija koje sa svojim kompetencijama sa sigurnošću mogu i znaju obavljati velik dio dijagnostičkih i preventivnih mjera – naravno, uz priznavanje kvalifikacija, sistematizaciju radnih mjesta i za to adekvatnom naknadom u istom iznosu koji imaju svi drugi zdravstveni djelatnici iste razine kvalifikacije.

LITERATURA

1. Zavalčić, M. (2003). Bolesti vezane uz rad. Prvi kongres medicine rada BiH, www.zdravstvo.com/medrada/radovi/zavalic.htm,
2. WHO. The roll of the Occupation health nurs in Workplace Healt Management. WHO regional office of Europe.Copenhagen:WHO, 2001
3. Declaration of Alma –Ata; International Conference on Primary Health Care,Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978[Internet]. [pristupljeno 16.2.2016.]. Dostupno na: http://www1.paho.org/english/dd/pin/alma-ata_declaration.htm
4. Ministarstvo Zdravlja RH, Vlada RH; Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Zagreb; 2012.
5. Zakon o zdravstvenoj zaštiti – pročišćeni tekst zakona; Zakon hr. [Internet].Narodne novine 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14, 70/16 [pristupljeno 16.2.2017.]. Dostupno na: <http://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi>
6. Ministarstvo zdravlja; Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja[Internet].Narodne novine 126/06 [Preuzeto 2017 Feb 16]. Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2006_11_126_2779.html
7. Šepec, S. Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege [Internet].Zagreb(2011); Hrvatska komora medicinskih sestara [pristupljeno 16. 2. 2017.] Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1316431477-292_mala_kompetencije_18062011_kompletno.pdf.
8. HKMS. Djelokrug rada medicinskih sestara [Internet]. Zagreb(2005); Hrvatska komora medicinskih sestara [pristupljeno 16. 2. 2017.] Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1240836358_378_mala_djelokrug_rada_i_podrucje_odgovornosti_ms_mt_503339262.pdf

PRIPREMILA:

DANIJELA-LANA DOMITROVIĆ, magistra sestrinstva

CIJEPLJENJE



SAŽETAK

Već je godinama u svijetu, a tako i u Hrvatskoj, cijepljenje tema brojnih javnih rasprava i dvojbi. Zbog toga je izuzetno važno da svi zdravstveni djelatnici znaju važnost cijepljenja i njegovu ulogu u prevenciji bolesti. Dobrobit cijepljenja znanstveno je dokazana i u praksi potvrđena, a uvođenje cijepljenja u program javnozdravstvenih mjera jedna je od medicinskih intervencija koja bitno utječe na zdravlje pojedinca, ali i cjelokupnog pučanstva.

Ključne riječi: cijepljenje, kalendar cijepljenja, zakonska obaveza cijepljenja

OVE GODINE U HRVATSKOJ I CIJELOM SVIJETU
OD 24. DO 30. TRAVNJA OBILJEŽAVAO SE
TJEDAN CIJEPLJENJA.

UVOD

*„Barem 10 milijuna smrtnih slučajeva spriječeno je između 2010. i 2015. zahvaljujući cijepljenju.“
dr. Chan, glavni direktor SZO-a*

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) procjenjuje kako su između 2010. i 2015. godine uspješnim programom imunizacije milijuni života djece i odraslih bili zaštićeni od bolesti i invaliditeta.

Cjepivo je jedno od najvećih uspjeha moderne medicine.

Prema definiciji SZO-a cijepljenje je stvaranje imuniteta na umjetan način – unošenjem tvari kako bi naš imunološki sustav proizveo protutijela za određenog uzročnika bolesti. Cijepljenje se može obaviti prije izloženosti uzročniku ili nakon nje. Stvaranjem vlastite obrane postiže se ili potpuna odsutnost zaraze određenom bolesti ili je, ako zaraza nastupi, bolest i njezin tijek znatno blaži i lakše se liječi.

Osim zaštite pojedinca koji je cijepljen, postizemo i kolektivnu zaštitu za bolesti koje se prenose s čovjeka na čovjeka ukoliko se postigne dovoljan obuhvat populacije. Dovoljnim obuhvatom populacije prekidamo transmisiju bolesti te imuni pojedinci zaštićuju neimune. Na taj su način eradicirane velike boginje u svijetu dok je poliomijelitis eradican iz svih zapadnoeuropskih zemalja.

Osim utjecaja na zdravlje stanovništva, nije zanemariv ni ekonomski aspekt – smanjenje ili potpuno eliminiranje bolesti smanjuje materijalne troškove u zdravstvu kao što su dijagnostičke pretrage, hospitalizacija, potrošnja lijekova, rehabilitacija i habitacija kod nekih bolesti te smanjenje stope bolovanja.

PROGRAM CIJEPLJENJA U HRVATSKOJ

Hrvatska ima dugu tradiciju organiziranog cijepljenja protiv zaraznih bolesti. Godine 1791. dr. Hadviga u Jaski primijenio je cjepivo protiv velikih boginja. U Dubrovniku 1805. godine dr. Stulli cijepio je virusom kravljih boginja 2 591 osobu zbog prijetee epidemije varirole u čemu ga je podržao gradski magistrat, a 1881. počelo je i obvezatno cijepljenje.

Kontinuirano i plansko cijepljenje populacije u Hrvatskoj počinje 1948. godine – protiv difterije i tuberkuloze, protiv tetanusa 1955. godine, protiv polimijelitisa 1961. godine, protiv ospica 1968. godine, a protiv rubeole i parotitisa 1980. godine. Na taj se način uspjelo eradicanirati variolu te potpuno eliminirati difteriju.

Obaveza cijepljenja u Hrvatskoj temeljena je na Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti i Pravilniku o načinu provođenja imunizacije, seroprofilakse,



CJEPIVO JE JEDNO OD NAJVEĆIH USPJEHA MODERNE MEDICINE.

kemoprofilakse protiv zaraznih bolesti te osobama koje se moraju podvrgnuti toj obavezi. Na prijedlog Službe za epidemiologiju zaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo ministar zdravstva donosi Trogodišnji program obveznog cijepljenja u Hrvatskoj.

Prema Trogodišnjem programu obveznog cijepljenja u Hrvatskoj 2016. – 2018. godine obvezatno je cijepljenje protiv 10 bolesti: difterije, tetanusa, hripavca, dječje paralize, ospica, zaušnjaka, rubeole, tuberkuloze, hepatitisa B i bolesti izazvanih *Haemophilus influenzae* tip b.

KALENDAR KONTINUIRANOG CIJEPLJENJA U HRVATSKOJ 2016. - 2018.

NOVOROĐENČAD

- ✓ BCG vakcinacija:
 - a. Ako su rođena u rodilištima, cijepit će se BCG cjepivom odmah u rodilištu.
 - b. Ako nisu rođena u rodilištu, cijepit će se BCG cjepivom prije nego što navršše dva mjeseca starosti.
 - c. Sva djeca koja nisu cijepljena u rodilištu, odnosno do dva mjeseca starosti, moraju se cijepiti BCG cjepivom do navršene prve godine života.

- ✓ Novorođenčad HBsAg-pozitivnih majki (sve trudnice se obvezatno testiraju): hepatitis B imunizacija uz primjenu imunoglobulina, u rodilištu odmah nakon rođenja (NN 103/13), prema postekspozicijskoj shemi.
- ✓ S navršena dva mjeseca života: kombinirano cjepivo DTaP-IPV-Hib-hepB.
- ✓ Nakon 2 mjeseca (8 tjedana): kombinirano cjepivo DTaP-IPV-Hib-hepB.
- ✓ Nakon 2 mjeseca (8 tjedana): Kombinirano cjepivo DTaP-IPV-Hib-hepB.

2. GODINA ŽIVOTA

- ✓ Nakon navršenih 12 mjeseci života: OSPICE-ZAUŠNJACI-RUBEOLA (MO-PA-RU).
- ✓ Kombinirano cjepivo DTaP-IPV-Hib ili kombinirano cjepivo DTaP-IPV-Hib-hepB (6 – 12 mjeseci nakon treće doze DTaP-IPV-Hib-hepB).

6. GODINA ŽIVOTA

- ✓ DI-TE-PER acelularno (DTaP) ili dTap

I. RAZRED OSNOVNE ŠKOLE

- ✓ OSPICE-ZAUŠNJACI-RUBEOLA (MO-PA-RU) (ili prilikom upisa) + POLIO (IPV)

VI. RAZRED OSNOVNE ŠKOLE

- ✓ HEPATITIS B: dvaput s razmakom od mjesec dana i treći put pet mjeseci nakon druge doze.
- ✓ VIII. razred osnovne škole
- ✓ DI-TE pro adultis (Td) ili dTap + POLIO (IPV)

ZAVRŠNI RAZRED SREDNJIH ŠKOLA: provjera statusa cijepljenosti i nadoknada propuštenih cijepljenja prema potrebi.

24 GODINE STAROSTI: provjera statusa cijepljenosti i nadoknada propuštenog cijepljenja prema potrebi.

NAKON 60. GODINE ŽIVOTA

- ✓ ANA-TE

CIJEPLJENJE JE OBVEZATNO I:

- ✓ protiv tetanusa – za ozlijeđene osobe
- ✓ protiv hepatitisa B – za osobe pod povećanim rizikom od zaraze (zdr. radnici, i.v. ovisnici)
- ✓ protiv bjesnoće – za osobe profesionalno izložene riziku od zaraze i koje je ozlijedila bijesna životinja ili životinja za koju se sumnja da je bijesna
- ✓ protiv žute groznice i kolere – za osobe koje putuju u državu u kojoj postoje te bolesti ili u državu koja zahtijeva imunizaciju protiv tih bolesti
- ✓ protiv trbušnog tifusa – za osobe koje žive u zajedničkom kućanstvu s kliconošom trbušnog tifusa te prema epidemiološkim indikacijama.



Osim obvezatnog cijepljenja protiv pojedinih bolesti, također je donesen i Trogodišnji program imunizacije, seroprofilakse i kemoprofilakse za posebne skupine stanovništva i pojedince pod povećanim rizikom što uključuje tuberkulozu, hepatitis A i B, bjesnoću, žutu groznicu, koleru, trbušni tifus, tetanus, malariju, streptokokne bolesti, *hemophilus influenzae* – invazivne bolesti, meningokokne bolesti, HPV infekciju.

Navedeni Programi određuju na koga se odnosi obaveza cijepljenja, na koji se način i kojim cjepivom cijepljenje provodi, a također sadrže jasne upute o tome tko provodi imunizaciju, seroprofilaksu i kemoprofilaksu te upute o planu, provedbi, nabavi, distribuciji, skladištenju i ostalim potrebnim dokumentima.

Programi i izmjene programa mogu se naći na mrežnim stranicama Ministarstva zdravstva:

<https://zdravlje.gov.hr/programi-i-projekti/nacionalni-programi-projekti-i-strategije/programi-cijepljenja/2505>.

MEDICINSKE KONTRAINDIKACIJE ZA PRIMJENU CJEPIVA

Opće kontraindikacije za sva cijepljenja su:

1. akutne bolesti
2. febrilna stanja
3. preosjetljivost na sastojke cjepiva
4. teže nepoželjne reakcije pri prethodnoj dozi cjepiva.

Za živa atenuirana virusna cjepiva kontraindikacije su još i:

1. stanje oslabljene imunosti
2. trudnoća.

Posebne kontraindikacije su:

1. za BCG – oštećenje staničnog imuniteta zbog HIV infekcije
2. za *pertusis* – evolutivne bolesti središnjeg živčanog sustava (nekontrolirana epilepsija, progresivna encefalopatija).

Kontraindikacije mogu biti trajne ili privremene.

Ako postoji privremena kontraindikacija (febrilno stanje), cijepljenje će se naknadno obaviti, a u slučaju da postoje trajne kontraindikacije na neku od komponenti kombiniranih cjepiva, treba obaviti cijepljenje odgovarajućim monovakcinama.

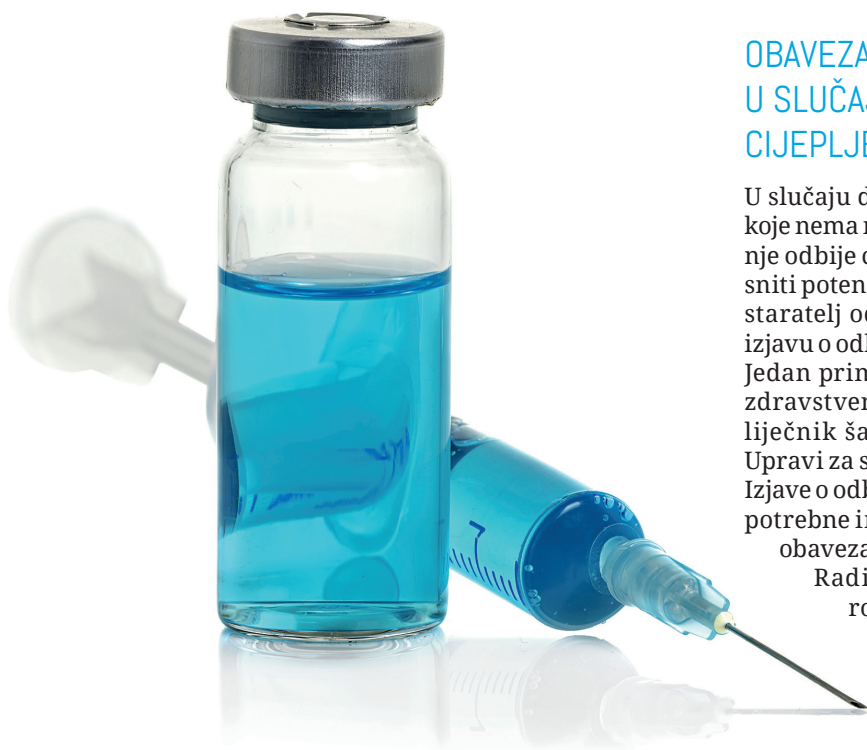
SIGURNOST CJEPIVA

Sva cjepiva koja su u uporabi u Hrvatskoj prošla su potrebna klinička ispitivanja i registrirao ih je HALMED (Agencija za lijekove i medicinske proizvode). Dodatno je, nakon svih provjera potrebnih za registraciju cjepiva, svaka serija cjepiva koja ulazi u promet podvrgnuta kontroli Agencije za lijekove u zemlji proizvodnje i HALMED-a. Ona cjepiva koja se uvedu u upotrebu u Hrvatsku kontinuirano se evaluiraju praćenjem epidemiološke situacije i evaluacije provedbe Programa cijepljenja (koja uključuje i praćenje nuspojava) i kontinuirano se ponovno evaluira odnos koristi i primjene te se, prema potrebi, mijenja Program cijepljenja.

OBAVEZA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA U SLUČAJU ODBIJANJA OBVEZATNOG CIJEPLJENJA MALOLJETNOG DJETETA

U slučaju da roditelj/staratelj maloljetnog djeteta koje nema medicinsku kontraindikaciju za cijepljenje odbije cijepiti dijete, liječnik mu je dužan objasniti potencijalne rizike. Ako i nakon toga roditelj/staratelj odbija cijepiti dijete, dužan je potpisati izjavu o odbijanju cijepljenja u dvama primjercima. Jedan primjerak potpisane izjave trajno ostaje u zdravstvenom kartonu djeteta, a drugi primjerak liječnik šalje u Ministarstvo zdravstva, odnosno Upravi za sanitarnu inspekciju. Prije potpisivanja Izjave o odbijanju roditelju/staratelju se moraju dati potrebne informacije o cijepljenju te o zakonskim obavezama i postojećim kaznenim odredbama.

Radi osiguranja potpune informiranosti roditelja/staratelja, preporučljivo je prije slanja potpisanog obrasca Upravi za





sanitarnu inspekciju uputiti roditelje/staratelje nadležnom epidemiologu ili obavijestiti nadležnog epidemiologa o odbijanju cijepljenja da epidemiolog pokuša u neposrednom kontaktu objasniti roditeljima/starateljima važnost cijepljenja i koje su posljedice odluke o necijepljenju.

Veliku ulogu u promociji i edukaciji cijepljenja, zatim u pomoći i nadzoru nad provedenim cijepljenjima te u koordinaciji između službi ima i patronažna sestra koja već za vrijeme trudnoće majci može objasniti i educirati je o važnosti cijepljenja kao i posljedicama necijepljenja. Ne smijemo zanemariti ni medicinske sestre u ginekološkim i pedijatrijskim ordinacijama kao ni one u bolničkom sustavu. Edukacija medicinskih sestara i kontinuirano praćenje promjena vezanih za cijepljenje iznimno je važno.

Hrvatska liječnička komora (HLK) i Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) donijeli su 7. travnja 2017. godine Deklaraciju o važnosti cijepljenja koju su svojim potpisom poduprli istaknuti medicinski stručnjaci, predstavnici zakonodavne i izvršne vlasti u segmentu zdravstva, nadležnih regulatornih tijela, Svjetske zdravstvene organizacije, stručnih liječničkih društava, stručnjaci s Medicinskog i Pravnog fakulteta te predstavnici Udruge pacijenata.

Deklaracija je donesena u sklopu okruglog stola *Cijepljenje: istine vs. Zablude* koji su organizirali HLK i HZJZ u suradnji sa Školom narodnog zdravlja *Andrija Štampar*. Vjerujemo da će se toj Deklaraciji pridružiti i regulatorna tijela i profesionalne udruge medicinskih sestara koje također mogu utjecati na prosvječenost populacije jer jedino zajedničkim djelovanjem svih zdravstvenih djelatnika može se istaknuti važnost i potreba cijepljenja kao mjera koja je znanstveno potvrđena i u praksi dokazana te sigurna i učinkovita u sprječavanju širenja zaraznih, a potencijalno i smrtonosnih bolesti.

ZAKLJUČAK

Važnost cjepiva je neupitna. Moderna medicina cijepljenjem je iskorijenila velik broj zaraznih bolesti od kojih su ne tako davno umirali milijuni ljudi, a još više ih je za posljedicu imalo komplikacije koje su dovele do teških i trajnih oštećenja organizma, što ima posljedicu i na zdravlje cijele populacije, ali i na ekonomski utjecaj iste.

Učinkovitost svakog cjepiva potkrepljuju znanstveno utvrđene činjenice i na tisuće stručnih radova. Ni jedno cjepivo ne može doći na tržište ako nije prošlo sve faze istraživanja i provjere. Provjere cjepiva izrazito su rigorozne u svim segmentima

– od istraživanja u laboratorijima do krajnjeg korisnika, a i tada je pod stalnim nadzorom. Svaki lijek ili medicinski zahvat može imati komplikacije, no dobrobit daleko nadmašuje potencijalnu štetu koja bi se mogla dogoditi kada se cijepljenje ne bi provodilo.

Sve države u svijetu imaju namjeru postizanje zadovoljavajućeg obuhvata cijepljenja. U slučaju procijepljenosti to bi značilo 95 % populacije, odnosno djece. I to je jedina mogućnost postizanja kolektivne imunosti. Na taj smo način zaštitili i onih 5 % i onemogućili širenje bolesti. Cijepljenje je jedan od nacionalnih interesa i nacionalni prioritet jer je dobra procijepljenost i zaštita od zaraznih bolesti interes svih nas.

Informatizacija i globalizacija društva donosi velik broj krivih informacija i poluinformacija. Dovoljno je samo jedna kriva informacija, kao što je slučaj lažnog znanstvenog rada dr. Andrewa Wakefielda 1998., da se na tisuće znanstveno dokazanih radova i činjenica koje su vidljive nestankom teških i smrtonosnih bolesti stave pod povećalo i među laicima stvore paniku i nepovjerenje.

Dovoljno je samo razmisliti o tome biste li u neku zemlju Trećeg svijeta ili bilo gdje drugdje otputovali necijepljeni od neke bolesti koja tamo vlada, a moguće ju je spriječiti. Biste li ne cijepili svoje kućne ljubimce te bezbrižno šetali šumom ili parkovima gdje je moguće kretanje bijesnih divljih životinja (i njih cijepimo, zar ne?). Zar ne biste željeli primiti cjepivo protiv tetanusa ako biste se ozlijedili?...

LITERATURA:

1. The power of vaccines: still not fully utilized [Internet]. World Health Organization [pristupljeno 13. 5. 2017.]. <http://www.who.int/publications/10-year-review/vaccines/en/>
2. Trogodišnjem programu obveznog cijepljenja u Hrvatskoj u 2016. - 2018. [Internet]. Ministarstva zdravstva [pristupljeno 13. 5. 2017.]. <https://zdravlje.gov.hr/programi-i-projekti/nacionalni-programi-projekti-i-strategije/programi-cijepljenja/2505>
3. Trogodišnji program imunizacije, seroprofilakse i kemoprofilakse za posebne skupine stanovništva i pojedince pod povećanim rizikom [Internet]. Ministarstva zdravstva [pristupljeno 13. 5. 2017.]. <https://zdravlje.gov.hr/programi-i-projekti/nacionalni-programi-projekti-i-strategije/programi-cijepljenja/2505>
4. Pravilnik o načinu provođenja imunizacije, seroprofilakse i kemoprofilakse protiv zaraznih bolesti te osobama koje se podvrgavaju toj obvezi. NN 103/13.
5. Lakić, M.; Dabelić, P. *Istine i zablude o cijepljenju – brošura za zdravstvene radnike; 2014. ZJZDNŽ, Dubrovnik*



PRIPREMILE:

Biljana Kurtović i Cecilija Rotim

ENC NOVOSTI



NOVA PRAVILA EU-A O MEDICINSKIM UREĐAJIMA RADI OMOGUĆAVANJA SIGURNOSTI PACIJENATA I MODERNIZACIJE JAVNOG ZDRAVSTVA

Europska komisija poduprla je usvajanje prijedloga o dvjema regulativama o medicinskim uređajima i pomagalima kojima bi se uspostavio moderniji i robusniji legislativni okvir EU-a s namjerom osiguranja bolje zaštite javnog zdravstva i sigurnosti pacijenata.

Nove regulative o medicinskim i dijagnostičkim uređajima koje je predložila Komisija 2012. godine pomoći će u tome da svi medicinski uređaji, od srčanih ventila, preko gipsa do umjetnih kukova, budu korišteni pravilno i na siguran način. Kako bi se navedeno osiguralo, postoje nova pravila koja će poboljšati nadzor trgovine i praćenost svih medicinskih i dijagnostičkih uređaja. Pravila će također omogućiti transparentnost i zakonsku sigurnost za proizvođače i uvoznike te će pomoći ojačati međunarodnu kompetitivnost te inovacije u tom strateškom sektoru.

Elzbieta Bienkowska, povjerenik za internu trgovinu, industriju, poduzetništvo i SMEs, izjavila je: „Iznimno sam sretna jer je naše inzistiranje na jačim kontrolama

medicinskih uređaja na tržištu EU-a sada postalo stvarnost. Bilo da se radi o medicinskim uređajima, automobilima ili nekim drugim proizvodima, moramo osigurati jači nadzor, što je u interesu naših građana. Ne bismo trebali čekati na novi skandal, već bismo trebali početi razgovarati o tome kako ojačati europski nadzor nad trgovinom aktivnostima država članica.“

Dvije nove regulative donose brojna poboljšanja za medicinske i umjetne uređaje:

Poboljšanje kvalitete, sigurnosti i pouzdanosti medicinskih uređaja – nova će pravila predstaviti veću kontrolu nad uređajima visokog rizika kao što su implantanti, što će zahtijevati velik broj stručnjaka na razini EU-a koji će se konzultirati prije nego što neki uređaj dopiše na tržište. Kontrole će se također pojačati na kliničkim istraživanjima, kao i na tijelima koja će odobravati trgovanje medicinskim uređajima. Nova pravila će također pokrivati određene, ranije neregulirane estetske proizvode (npr. kontaktne leće u boji koje ne poboljšavaju vid). Nadalje, nov sustav za određivanje rizika će se, zajedno s međunarodnim smjernicama, primjenjivati na dijagnostičkim medicinskim uređajima.

Jačanje transparentnosti informacija za korisnike – nove regulative osigurati će jednostavan

pronalazak ključnih informacija. Na primjer, pacijenti će primiti implantant – karticu sa svim bitnim informacijama i postojat će jedinstven uređaj za identifikaciju koji će biti obvezatan za svaki proizvod tako da se može pronaći u bilo kojoj europskoj bazi podataka medicinskih uređaja (EUDAMED).

Povećanje opreza i nadzor trgovine – jednom kada uređaji budu dostupni na tržištu, proizvođači će morati prikupljati podatke o njihovoj radu, a zemlje EU-a će pomnije koordinirati područje nadzora trgovine.

POZADINA

Postoji više od 500 000 vrsta medicinskih uređaja i umjetnih dijagnostičkih medicinskih uređaja na tržištu EU-a. Primjeri medicinskih uređaja su kontaktne leće, rendgenski uređaji, pacemakeri, implantati za grudi, zamjenski kukovi i mobilni gipsevi. Umjetni dijagnostički medicinski uređaji kojima se koristi za izvođenje testova na primjercima uključuju HIV krvne pretrage, testove za trudnoću, kontrolu šećera u krvi te sustave motrenja za dijabetičare.

Postojeći regulatorni okvir potječe iz 1990-ih i sastoji se od triju direktiva. Međutim, problemi s odstupanjima u interpretaciji i primjeni pravila, tehnološki napredak kao i incidenti koji



uključuju proizvođače medicinskih uređaja (npr. PIP umetci za grudi) po pitanju skandala su istaknuli potrebu za revizijom trenutačne legislative. Komisija trenutačno radi na bolje strukturiranim i centriranim rješenjima za bolji nadzor trgovine unutar granica reforme o pakiranju dobara.

Kako bi pristupila toj temi, Europska komisija je predstavila

dva legislativna prijedloga o medicinskoj i umjetnoj dijagnostici 26. rujna 2012. Navedenom su prethodile detaljne stručne konzultacije koje su rezultirale Sporazumom o općem pristupu pakiranja medicinskih uređaja među ministrima država članica 5. listopada 2015. Nakon parlamentarnog prihvatanja legislative, uslijedilo je današnje glasovanje, što u potpunosti odražava poziciju Koncila koje

je postiglo svoje prvo čitanje na redu sporazuma o legislativama u lipnju 2016., stoga je dopušten završetak legislativnog procesa. Kako bi se dopustilo proizvođačima i vlasti da se prilagode, nova pravila će se početi primjenjivati nakon razdoblja prilagodbe, točnije 3 godine nakon objavljivanja Regulative o medicinskim uređajima i 5 godina nakon objave Regulative o umjetnim dijagnostičkim medicinskim uređajima.

BREXIT OSLABLJUJE NHS UJEDINJENOG KRALJEVSTVA, ALI BI MOGAO POBOLJŠATI KVALITETU SESTRINSTVA U UK-U

UK se bori s kroničnim nedostatkom medicinskih sestara u Nacionalnom zdravstvenom sustavu (NHS) već godinama. Može li Brexit pogoršati nedostatke? U posljednjem smo izvješću vidjeli da je to doista tako, ali koje bi druge nuspojave Brexit mogao imati na medicinske sestre u Britaniji? Evo nekoliko odgovora:

Otprilike 33 000 sestara radi u Ujedinjenom Kraljevstvu, a obučavane su u EU-u, prema statistikama koje navodi Komora medicinskih sestara i primalja (NMC), regulativa britanske prakse. One čine do 5 % svih registriranih medicinskih sestara – naočigled malena, ali veoma važna brojka u zdravstvenom sustavu koji trenutačno ima 23 000 praznih mjesta za medicinske sestre diljem Engleske, Walesa i Sjeverne Irske.

Brexit je doveo u pitanje budućnost europskih sestara koje rade u UK-u. Kako navodi Royal College of Nursing (RCN), trećina svih sestara bit će umirovljena tijekom sljedećih 10 godina, a populacija Britanaca s 85 godina života rapidno raste. Brexitovo zaustavljanje zapošljavanja ili zadržavanja medicinskih sestara moglo bi povećati nedostatak medicinskih sestara u vrijeme kada su najviše potrebne.

Prema Dame Donna Kinnair, RCN-ovoj voditeljici sestrinstva,

broj obučenih medicinskih sestara s europskog ekonomskog područja u UK-u je porastao tijekom proteklih 10 godina u skladu s vladinim ulaganjima u obrazovanje sestara i stagnacijom broja sestara koje su na učenju.

Jedan od učinaka Brexita koji je već vidljiv bitan je pad broja medicinskih sestara EU-a koje se registriraju u NMC. Naime, 1 304 sestre i primalje iz EU-a su se pridružile u srpnju 2016., a samo 101 se pridružila u prosincu 2016. Pad od 90 % pokazuje da većina kontinentalnih medicinskih sestara ne smatra UK atraktivnom radnom lokacijom.

Imajući na umu taj pad i znajući da je sestrinski sektor UK-a profitirao od EU-ove slobode pokreta, Dame Kinnair ne vjeruje da će Brexit značiti kraj dolaska medicinskih sestara iz Europske unije na rad u NHS. „Dio razloga zašto se bavite sestrinstvom jest taj što ste sposobni putovati“, Kinnair kaže. „Brexit možda nije profit“, dodala je, „ali to ne znači da se medicinske sestre Europske unije ne prijavljuju da bi radile u UK-u ako traže drukčija kulturološka iskustva.“

Ali Murray ističe drugu stranu medalje. S obzirom na nedostatak medicinskih sestara, koji je zajednički svim zemljama svijeta, činjenica da napuštate UK radi druge destinacije može

biti zanimljiva opcija za mnoge europske radnike NHS-a, posebno ako se uzme u obzir nesigurnost koju Brexit donosi ako gledamo o dugoročnom planiranju – i osobnom i profesionalnom.

„Razmislite o populaciji o kojoj govorimo“, kaže Murray. „Relativno je dobro obrazovana... Njihove dugoročne odluke... Trebam li kupiti kuću? Hoću li poslati djecu u školu? Trebam li zaposliti dodatne radnike?“ To će postati česta pitanja kako Brexit bude djelovao tijekom sljedećih dviju godina.“

IPPR je prozvao Vladu da ponudi britansko državljanstvo pripadnicima svih nacionalnosti koji rade u NHS-u kako bi izbjegli mogući nedostatak radnika.

Sigurnost pacijenata bi se mogla poboljšati s Brexitom jer bi se od medicinskih sestara koje dolaze raditi u UK moglo tražiti polaganje dodatnih testova na isti način na koji se to traži od ostalih prijavljenih u ostatku svijeta, kazao je predsjednik Komore medicinskih sestara i primalja.

Predsjednik Komore medicinskih sestara i primalja rekao je da napuštanje Europske unije pruža mogućnost za razmatranje pronalaska „stalnijeg pristupa“ za sve koji se prijavljuju izvan UK-a što „nam osigurava da ljude registriramo kako bismo dostigli UK-ove standarde njege“.

„Jedan od izazova s kojim se suočavamo kao profesionalni regulatori jest naša sposobnost ispitivanja vještina i kompetencija prijavljenih, odakle god da dolaze.”

Trenutačno, s obzirom na legislative EU-a, NMC nije u mogućnosti testirati europske medicinske sestre, odnosno njihove vještine, znanje i kompetencije.

Umjesto toga, zakon koji zahtijeva Europska direktiva o zajedničkom priznavanju profesionalnih kvalifikacija dopušta medicinskim sestrama da rade u UK-u

ako imaju potrebne kvalifikacije u sestrinstvu, a koje zadovoljavaju minimalne standarde među zemljama EU-a.

Nedavne promjene te legislative znače da NMC može provjeravati komunikacijske vještine tako da traži dokaz – međunarodni test engleskog jezika (IELTS) ako ih prijavljeni ne uspiju uvjeriti da imaju navedene vještine.

Suprotno navedenom, medicinske sestre iz ostatka svijeta moraju polagati i test na računalu vezan za njihovo znanje o sestrinstvu nakon čega slijedi

„objektivno strukturirano kliničko ispitivanje“ u UK-u, što znači da moraju odigrati nekoliko scenarija planiranja i primjene procesa zdravstvene njege.

Također, moraju položiti IELTS test s minimalnim brojem bodova od 7.0.

Na pitanje bi li NMC ubuduće trebao primjenjivati iste testove na medicinskim sestrama izvan UK-a kao i na onim medicinskim sestrama izvan zemalja EU-a, g. Smith je rekao da svakako bi.

IZJAVA POVJERENIKA ANDRIUKAITISA O PRIHVAĆANJU REGULACIJA SLUŽBENIH KONTROLA

„Danas je Europski parlament usvojio novu regulaciju službenih kontrola koju je predložila Europska komisija kako bi povećala sposobnost zemalja članica da spriječe, eliminiraju ili smanje zdravstvene rizike za ljude, životinje i biljke. Regulacija omogućava paket mjera koje će ojačati primjenu zdravstvenih i sigurnosnih standarda za cijeli hranidbeni lanac.

Nova pravila imaju svrhu moderniziranja i pojednostavljenja europskog kontrolnog sustava koji će osigurati da hrana unutar EU-a bude sigurna za cijeli lanac proizvodnje hrane.

Regulativa je dio nacrtu legislative EU-a koja pokriva paket mjera o proizvodnji hrane, a koji reže skoro 70 dijelova EU-ove legislative i smanjuje 5 dijelova procesa i proizvodnje za seljake, uzgajivače i poduzetnike koji se bave hranom (proizvođači i distributeri) kako bi im se bilo lakše baviti svojim profesijama.

Građani EU-a bit će na dobitku zbog sigurnijih proizvoda i učinkovitijeg i transparentnijeg sustava kontrole cijelog lanca. Paket mjera također omogućava

jednostavnija pravila temeljena na znanosti i procjeni rizika, što dopušta učinkovitiji proces poslovanja. Naposljetku, međunarodnim kontrolorima je dana moć i mogućnost da te zadatke ispune što učinkovitije.

Taj novi dio legislative potvrđuje europsku vodeću ulogu u svjetskom poretku sigurnosti o hrani. Također, olakšava put uspostavljanju dugoočekivanom nagovještaju centara za dobrobit životinja.

Želim zahvaliti predsjedništvu Koncila i izjaviteljima Europskog parlamenta, gospodinu Pirillu u prijašnjem mandatu i gđi Kadenbach u sadašnjem mandatu, zbog postizanja dogovora u političkim pregovorima, kao i raznim drugim izjaviteljima „iz sjene“ iz drugih političkih grupa.

Sada ćemo početi pripremati specifičnija pravila koja potječu od regulative kako bismo osigurali pravilnu primjenu.

Također, veoma se radujemo konstruktivnom dijalogu sa zemljama članicama, parlamentom i dioničarima kako bismo postigli jedinstven pristup prilikom primjene.”

EUROPSKE MEDICINSKE SESTRE IZBJEGAVAJU BRITANIJU NAKON EU-OVA GLASOVANJA

Broj medicinskih sestara iz EU-a koje su se registrirale za rad u NHS-u drastično je pao nakon izglasavanja Brexita.

Podaci Komore medicinskih sestara i primalja pokazuju da je broj novih medicinskih sestara iz Europe pao u proteklom kvartalu u odnosu na prijašnje.

Od rujna do prosinca 2015. svakog se mjeseca u prosjeku 797 medicinskih sestara iz Europske unije registriralo za rad u UK-u. Taj je broj pao na 194 u istom razdoblju prošle godine.

Podaci pokazuju i da je 2 700 medicinskih sestara koje već rade u UK-u napustilo NMS prošle godine. Nadalje, pokazuju da je jedna od 15 medicinskih sestara i primalja koje rade u NHS-u u Engleskoj porijeklom iz neke druge zemlje EU-a.

Royal College of Nursing navodi da je u Engleskoj 24 000 radnih mjesta za medicinske sestre nepopunjeno, pa je za očekivati da će se jedna od triju medicinskih sestara umiroviti u sljedećem desetljeću.



The voice of nursing in the UK

NHS-ove bolnice i ustanove za društvene usluge uvelike su se oslanjale na međunarodna zapošljavanja zbog nedostatka medicinskih sestara u Britaniji, a broj medicinskih sestara iz EU-a varirao je između 2011. i 2016.

Janet Davies, glavna izvršna tajnica Royal College of Nursing, izjavila je: „Ne bude li obučavala sljedeću generaciju britanskih medicinskih sestara, Vlada će

morati nastaviti privlačiti one najbolje iz Europe.“

„Europske nacije koje rade u NHS-u trebaju jasnu potvrdu od Therese May da su željeni i dobrodošli da ostanu. Njezina greška da im garantira njihovo pravo na ostanak ima za posljedicu mnogobrojne odlaske. Malo je ljudi spremno živjeti s takvom nesigurnošću.“

Dodala je: „Vlada odbija pozvati kvalitetne medicinske sestre iz cijelog svijeta u ovom trenutku kada je zdravstvena usluga i kriza s osobljem veća nego ikada.“

„Sestrinstvo je kao profesija nagrada, ali ministri je očigledno

nastoje prikazati veoma neatraktivnom za mlade ljude ovdje. Ne mogu si priuštiti gubitak međunarodnih radnika na koje se NHS oslanja.“

Prošlog srpnja Vlada je povukla stipendije za studente sestrinstva te ih zamijenila pozajmicama s očekivanim prihodom od 800 milijuna funti godišnje kako bi popunila taj poslovni sektor do 2020. George Osborne, koji je tada bio kancelar, rekao je da bi novi dogovor trebao povećati broj studenata te omogućiti dodatnih 10 000 mjesta za obuku.

Broj prijavljenih na UK-ov sestrinski fakultet pao je za 23 % ove godine.

ISTICANJE PREDANOSTI MEDICINSKIH SESTARA I PRIMALJA S NAMJEROM PRUŽANJA NAJBOLJE KVALITETE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) u regionalnom europskom području ima 7,3 milijuna medicinskih sestara i primalja. Njihova je zadaća u svojem svakodnevnom radu promovirati zdravlje, sprečavati bolesti i pružati njegu budućim majkama i novorođenčadi te bolesnicima u dobrom i lošem zdravstvenom stanju.

Dana 5. svibnja (Međunarodni dan primalja) te 12. svibnja (Međunarodni dan medicinskih sestara) Svjetska zdravstvena organizacija, odnosno Regionalni ured za Europu, istaknuo je važnost tih dvaju zanimanja govoreći u ime medicinskih sestara i primalja iz cijele regije. Iskazali su mišljenje o tome što znači biti medicinska sestra, primalja, istraživač, administrator, učitelj i/ili voditelj te koje su njihove obaveze u pružanju zdravstvene njege i poboljšanju kvalitete zdravstvene zaštite.

„Da bi ste kao medicinska sestra bili dobar vođa, morate učinkovito brinuti o pacijentima i stalno raditi s namjerom pružanja odgovarajuće zdravstvene njege pacijentu. Ona mora biti orijentirana



pojedinačno i suosjećajno, a to zahtijeva znanje i vještine koje medicinska sestra dobiva obrazovanjem“, rekla je Jean White, izvršni šef u Nursing Directorate u sklopu Vlade Welsa.

„Veoma je važno da primalje budu u toku s istraživanjima vezanima za njihovu struku. Navedeno, zajedno sa samopouzdanjem u svoje sposobnosti te vjerom u odabranu profesiju, ključno je za opstanak primalja“, rekla je Lauren Marie Grech, studentica treće godine primaljstva na

Sveučilištu na Malti.

Dana 5. svibnja obilježava se i Dan higijene ruku. Svjetska zdravstvena organizacija uputila je zamolbu svim zdravstvenim djelatnicima da ove godine naglasak stave na kontrolu infekcije i sprečavanje širenja antibiotske otpornosti primjenom pravilne higijene ruku. Medicinske sestre i primalje su među zdravstvenim radnicima s najvećom usklađenošću prakse higijene ruku. Njihova je zadaća zaštititi pacijente od infekcija koje su štetne za zdravlje.

PROFESIONALAN RAZVOJ I POLITIČKA VOLJA KLJUČNI SU U PODRŠCI MEDICINSKIM SESTRAMA I PRIMALJAMA

Tijekom proteklih nekoliko desetljeća sestrinstvo i primaljstvo su prerasla u zrela, kompleksna, kritički bitna zanimanja utemeljena na dokazima. Širok je raspon vještina potrebnih da bi se osigurao optimalan utjecaj na zdravlje populacije. Suvremene medicinske sestre i primalje prepoznale su potrebu za radom u interdisciplinarnim timovima i donošenju kliničkih odluka temeljenih na rezultatima pojedinačnih istraživanja.

Današnji studenti sestrinstva i primaljstva imaju potencijal nastaviti raditi u svojoj profesiji sljedećih 30 do 40 godina, pa zdravstveni sustav mora jasno iskazati način na koji mogu implementirati učinkovite načine istraživanja koje bi kasnije pretvorili u stvarnost.

Kontinuirani profesionalan razvoj te podrška mentora i voditelja, zajedno s političkom voljom, ključni su u podršci medicinskim sestrama i primaljama tijekom njihova višegodišnjeg rada.

Ulaganje u radne snage zdravstva, uključujući medicinske sestre i primalje, pridonosi broju cilja održivog razvoja Ujedinjenih naroda (SDG) do 2030. SDG 3 ima specifičnu podtemu u vezi sa zdravljem, a vezana je za djelatnike u zdravstvenoj skrbi:

- bitno povećati zapošljavanje
- edukacija zaposlenika
- zadržavanje zdravstvenih radnika.

Također pridonose SDG 4 (kvaliteta edukacije), SDG 5 (jednakost spolova), SDG 8 (dostojanstven rad i ekonomski rast), SDG 10 (smanjenje nejednakosti), SDG 11 (održive zajednice) i SDG 7 (partnerstva s ciljevima).

U rujnu 2017. u Budimpešti će se održati 67. Sjednica Regionalnog ureda za Europu SZO-a. Glavne teme sjednice bit će političke obaveze ulaganja s namjerom poboljšanja vještina zdravstvenih radnika i zadržavanja zdravstvenih djelatnika u procesu rada, a sve radi podizanja kvalitete zdravstvene zaštite.

PRIPREMILO: Theodoros Koutroubas

EUROPSKI ZAKON O SESTRINSTVU I REVIZIJA ETIČKOG KODEKSA

Kako se proljeće polako bliži kraju, tako i stiže ljeto sa svojim vrućinama koje će naša razmišljanja udaljiti od profesionalnih briga i približiti ih prekrasnoj hrvatskoj obali i prirodi. Vjerujemo kako je sada pravo vrijeme podijeliti s vama neke informacije o tome što se događa u Europi vezano za sestrinstvo i o velikim planovima koje ENC (European Nursing Council – Europska komora medicinskih sestara), glas regulacijskih tijela država Europske unije, priprema za nadolazeću jesen.

Kao što mnogi među vama sigurno znaju, Europska je komisija ponovno na stol stavila raspravu o profesionalnoj regulaciji. Razlog je jednostavan – nekoliko država članica Europske unije još uvijek se bore s posljedicama zadnje ekonomske krize,

nezaposlenost u Europi veća je nego što bi trebala biti, a naše zajedničko tržište postat će nešto manje zbog najavljenog izlaska Ujedinjenog kraljevstva iz EU-a.

Naravno, očekivano je da Europska komisija pokušava stvoriti nova radna mjesta, pa u tom kontekstu želi pomno analizirati sve propise koji ograničavaju pristup profesiji da bi se osiguralo da svi propisi o kojima je riječ postoje kako bi zaštitili potrošače, primatelje usluga i savjeta koje pružaju pripadnici određene profesije. Mislim kako se svi možemo složiti s tim da propisi koji su postojali (ili još uvijek postoje) samo zbog toga da bi ograničili pristup profesiji na nekoliko privilegiranih moraju postati prošlost i svaka profesija mora biti svima dostupna.

Međutim, što je s propisima u

sestrinstvu? Kao što svi znamo, propisi s područja zdravstvene skrbi oblikovani su isključivo radi jamčenja sigurnosti pacijenta, visoke razine javnog zdravstva i prava pacijenata. Može li netko zamisliti sestrinstvo bez pravila koja propisuju praksu? Takva bi situacija zasigurno ozbiljno ugrozila živote nedužnih građana.

Naravno, kao profesionalci podržavamo plan napuštanja propisa čija je jedina namjera sačuvati nekolicinu privilegiranih, ali istodobno želimo učiniti sve da zaštitimo svoje pacijente koji zaslužuju visokokvalificirane savjete i besprijekornu razinu javnog zdravstva i sigurnosti.

Imajući navedeno na umu, zajedno s fakultetom Royal College of Surgeons of Ireland (RCSI),

jednim od najstarijih i najuglednijih fakulteta u Europi, pripremili smo definiciju Zakona o sestrinstvu i reviziju europskog Etičkog kodeksa s pozicije onih koji se njima koriste u praksi, odnosno medicinskih sestara. Sljedeći tekst bit će usvojen u Dublinu prilikom konferencije koju zajednički organiziraju ENC i RCSI:

„Zakon o sestrinstvu obuhvaća sve profesionalne aktivnosti, odnosno samostalnu, interdisciplinarnu, partnersku, na suradnji temeljenu i prema pacijentu orijentiranu njegu pojedinaca, obitelji, skupina i zajednica kroz cijeli život; bolesnih ili zdravih u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zakon o sestrinstvu uključuje korištenje kliničkih prosudbi u holističkom i na dokazima utemeljenoj procjeni, planiranju, implementiranju i evaluaciji profesionalne zdravstvene njege. Sestrinstvo uključuje promociju zdravlja, zdravstvenu edukaciju i prevenciju bolesti, skrb o bolesnima, ozlijeđenima, nemoćnima i umirućima. Zagovaranje, promocija sigurnosti pacijenata, kvalitete njege, trajnog poboljšavanja kvalitete, provođenja i uporabe istraživanja i prakse temeljene na dokazima, doprinosa zdravstvenoj politici i vođenja zdravstvenog sustava te pružanje zdravstvene njege su također ključne sestrinske zadaće. Zakon o sestrinstvu podupiru nacionalne i međunarodne etičke vrijednosti i kodeksi koji poštuju dignitet, autonomiju, pravdu, odanost, dobrohotnost i jedinstvenost ljudskih bića.“



...ALI ISTODOBNO ŽELIMO UČINITI SVE DA ZAŠTITIMO SVOJE PACIJENTE KOJI ZASLUŽUJU VISOKOKVALIFICIRANE SAVJETE I BESPRIJEKORNU RAZINU JAVNOG ZDRAVSTVA I SIGURNOSTI.

Što se tiče Etičkog kodeksa za sestrinstvo, revizija je nužna deset godina nakon njegova usvajanja kako bi se integrirale etičke dileme povezane s novim tehnologijama i s razvojem društva općenito.

Koristeći se Zakonom o sestrinstvu i revidiranim Etičkim kodeksom, naši predstavnici će učinkovito raspravljati s nadležnim tijelima o potrebi donošenja propisa u sestrinstvu orijentiranih prema pacijentima.

Budimo ponosni na činjenicu da ENC donosi te velike promjene koje će ga pripremiti da postane učinkovit i hrabar sugovornik Europske komisije u danima koji dolaze pod predsjedanjem Hrvatske.

Ukoliko ste zainteresirani za dodatne detalje, slobodno nam se javite jer posao koji je pred nama mora biti zajednički napor svih nas, s Hrvatskom na čelu.

PRIPREMIO: Mircea Timofte, predsjednik Rumunjske komore medicinskih sestara

POVEZIVANJE NAJBOLJE SESTRINSKE PRAKSE I OBRAZOVANJA – RUMUNJSKO ISKUSTVO

U vremenima kad je tržište rada obilježeno globalizacijom i velikom migracijom radne snage, povezivanje najbolje prakse s temeljnim obrazovanjem i trajnim usavršavanjem medicinskih sestara postaje imperativ.

ZBOG ČEGA JE VAŽNO INTEGRIRATI NAJBOLJU PRAKSU U OBRAZOVANJE?

Svijet u kojem živimo vrlo je različit od onog u nedavnoj prošlosti, osobito kad se radi o brzini promjena u različitim područjima, a koje katkad imaju velik utjecaj na našu profesiju. Da bi se nosili s tim promjenama, današnji studenti i profesionalci moraju imati visoku razinu prilagodljivosti, vještine rješavanja problema, kritičkog razmišljanja i iskrene predanosti cjeloživotnom učenju. Sve to može se učinkovito naučiti kroz aktivan proces učenja i kroz godine integracije najbolje prakse.

Naši budući kolege, studenti na studijima sestrinstva, mogu učiti iz iskustva profesionalaca, niza predavanja i prakse s dokazanom učinkovitošću stvarajući tako realističnu sliku profesije, izazova s kojim će se suočiti i najboljih pristupa, a neki od pristupa uključeni su u kurikulum.

Što se tiče medicinskih sestara koje rade u zdravstvenom sustavu, integracija modela najbolje prakse u trajno usavršavanje te istodobno promoviranje prakse temeljene na dokazima, a koje dijele kolege, važan su temelj trajnog profesionalnog razvoja i napretka.

KAKO SE POVEZUJEMO S TIM KONCEPTOM?

Perspektiva integracije najbolje prakse u obrazovanje je složena i uključuje nekoliko relevantnih subjekata – sustav obrazovanja, zdravstveni sustav i regulacijsko tijelo.

Obrazovni sustav provodi temeljno strukovno obrazovanje u visokim školama i studijima sestrinstva te je odgovoran za kvalitetu procesa obrazovanja jer buduće medicinske sestre i primalje imaju koristi od kontakta s registriranim medicinskim sestrama samo u sklopu kliničkog programa uključenog u kurikulum, a koji se, naravno, odvija u bolnicama.

Zdravstveni sustav, kroz nacionalnu infrastrukturu i profesionalno kvalificiranje ljudske resurse,

osigurava okvir za praktične programe za studente sestrinstva.

Rumunjsko zakonodavstvo osigurava neka sredstva registriranim medicinskim sestrama za njihovo sudjelovanje u trajnom usavršavanju – plaćanje godišnjih usavršavanja i plaćeni dopust za sudjelovanje u nekim tečajevima.

Primjenjujući svoj nacionalni program trajnog stručnog usavršavanja, regulacijsko tijelo pruža mogućnosti za radne sastanke na kojima medicinske sestre s vrijednim iskustvom najbolje prakse dijele svoje znanje sa svojim kolegicama u sustavu pridonoseći tako dijeljenju i promociji najbolje prakse među profesionalcima kroz recenzirane programe usavršavanja.

Za učinkovitu integraciju najbolje prakse u temeljno obrazovanje ili trajno usavršavanje svi relevantni sudionici moraju preuzeti odgovornost i moraju pokazati trajnu brigu za korake potrebne za postizanje tog cilja.

PRIMJERI AKTIVNOSTI U INTEGRACIJI NAJBOLJE PRAKSE KOJE JE PODUZELA RUMUNJSKA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA.

Upotrijebili smo različite postupke integriranja najbolje prakse u obrazovanje, budući da smo bili usmjereni prema maksimiziranju utjecaja procesa obrazovanja za studente i medicinske sestre, koristeći se potencijalom znanja i iskustva registriranih medicinskih sestara.

Integracijski programi bili su usmjereni prema stručnim sastancima tijekom praktičnih aktivnosti u medicinskim jedinicama. Rumunjska komora medicinskih sestara se, kao regulacijsko tijelo, ne može miješati u teorijski obrazovni program jer je on u nadležnosti i odgovornosti Ministarstva obrazovanja. Glavne aktivnosti bile su sastanci grupa studenata i grupa stručnjaka tijekom kojih su se razmjenjivala iskustva i otvarala se šira dimenzija,

prilagođenija realnosti profesionalnog života.

Programi posvećeni medicinskim sestrama bili su usmjereni prema različitim potrebama kolega unutar sustava, a vezani za dijeljenje stručnih mišljenja: informativni sastanci o najboljoj praksi, uključivanje u istraživačke projekte, organiziranje lokalnih i nacionalnih znanstvenih skupova o toj temi, radionice za bolje razumijevanje koncepta zdravstvene njege utemeljene na dokazima itd.

Kako bismo osigurali što je moguće složeniji i učinkovitiji okvir, postavili smo radne ciljeve koji su uvijek bili prioritet u našem organizacijskom rasporedu aktivnosti:

- trajna suradnja s Ministarstvom obrazovanja
- bliska suradnja s Ministarstvom zdravstva
- povlačenje novca iz europskih fondova kroz projekte s listama aktivnosti među kojima su se nalazili radni sastanci na kojima su studenti i medicinske sestre bili educirani o najboljoj praksi i načinima njezine integracije u obrazovni program (mentorski projekt, tranzicija u profesionalni život, sastanci s kolegama iz Španjolske i Irske).

UTJECAJ INTEGRIRANJA NAJBOLJE PRAKSE U OBRAZOVNE PROGRAME:

- razvoj vještina potrebnih za profesionalan rad
- mogućnosti osnivanja zajedničke prakse
- povećanje zanimanja za cjeloživotno učenje
- povećanje motivacije i profesionalnog angažmana
- razumijevanje udjela teorije i prakse i primjena u stvarnom životu.

ZBOG ČEGA JE KOMORA, KAO REGULACIJSKO TIJELO, UKLJUČENA U Taj PROCES?

Prvi je razlog naša odgovornost za stalan doprinos održavanju zdravstvenog sustava, razvoju kulture otvorene učenju, povezivanju unutar zajedničkih praksi i povezivanju zajedničke prakse i stimulativnog radnog okružja.

Kako bi postigla taj cilj, Rumunjska komora medicinskih sestara u svoju je strategiju uključila suradnju sa svim relevantnim zainteresiranim stranama na području obrazovanja i zdravstva radi utvrđivanja djelokruga i koraka u aktivnostima integracije, ljudskih resursa, kompetencija i stvarnog uključivanja kolega u sustav, s obzirom na to koje su dnevne zadaće medicinskih sestara.



Mircea Timofte,
predsjednik Rumunjske komore medicinskih sestara

Drugi je razlog naša dužnost doprinošenja razvoju profesije, stvaranju zajedničkih praksi, postizanju najvećeg željenog cilja naše misije – *trajno poboljšanje kvalitete prakse i profesionalnih kompetencija kako bi se osiguralo pacijentovo pravo na zdravlje.*

Posljednji je, ali ne i najmanje važan razlog, taj što smo mi promotori profesionalnog uspjeha kao dio velike međunarodne obitelji medicinskih sestara, najveće grupe profesionalaca u zdravstvenim sustavima.

ZAKLJUČCI

Iskustvo nas je naučilo da, kako bismo postigli profesionalni uspjeh, nikad ne smijemo odustati kad se suočimo s izazovima, moramo uvijek biti otvorena uma za nove stvari, za primjere najbolje prakse u svojem profesionalnom djelokrugu i moramo tijesno surađivati sa svima koji direktno ili indirektno doprinose dugoročnom osiguranju sigurnosti pacijenta...

Od 2007. godine, godine koju je obilježilo pristupanje Rumunjske Europskoj uniji, Rumunjska je morala integrirati direktive EU-a u svoje zakonodavstvo. Naravno, sve te promjene imale su utjecaj na profesiju i pokazalo se važnim imati Ured za sestrinstvo u Ministarstvu zdravstva kako bismo uvijek imali povratne informacije o procesu s gledišta medicinske sestre. Vjerujem kako medicinske sestre trebaju imati moć odlučivanja o svojoj profesiji i zbog toga ohrabrujem sve vas da lobirate za jasno i snažno predstavljanje profesije na institucionalnoj razini.



IZ STRANE LITERATURE

PRIPREMILA:
Ljiljana Pomper



UPUTE I SAVJETI ZA KORIŠTENJE BEZIGLENIH PRIPOJA

SKRAĆENI PRIKAZ ČLANKA:

Kelly, L. J.; Jones, T.; Kirkham, S. (2017) Needle-free devices: keeping the system closed. *British Journal of Nursing (IV Therapy Supplement)* 26(2):S14-S19.

Uređaji bez igle (engl. *needle-free devices* – NFDs), poznatiji kao bezigleni pripoiji (engl. *needleless connectors*) dostupni su već skoro 30 godina, a njihov se broj i raznolikost neprestano povećavaju. Njihova izvorna namjena bila je da se održi zatvoren sustav i smanji rizik ozljeda od uboda iglom i krvarenja, no danas su sve bitniji i kao uređaji za smanjivanje komplikacija izazvanih infekcijom i začepljenjem katetera do kojih dolazi kod primjene uređaja za vaskularni pristup (engl. *vascular access devices* – VADs). U ovom članku autori predstavljaju različite vrste i funkcije danas dostupnih beziglenih pripoija, daju upute i preporuke za njihovo korištenje te savjete za izbjegavanje komplikacija vezanih za njihovu uporabu.

Dosad su objavljene različite nacionalne i internacionalne upute za korištenje i održavanje beziglenih pripoija (Royal College of Nursing 2016; Loveday i sur. 2014; Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology 2015; Bodenham i sur. 2016; Gorski i sur. 2016). Stoga zdravstveni djelatnici koji se njima danas koriste trebaju ne samo poznavati te upute nego i poznavati različite vrste beziglenih pripoija, njihove funkcije i obilježja te prednosti i rizike njihova korištenja.

IZGLED I SVOJSTVA

Bezigleni pripoiji dijele se na jednostavne i složene. Jednostavni su oni koji nemaju unutarnje pokretne dijelove, dok ih složeni imaju (Curran 2016).

Pomicanje/kretanje tekućine. Put i kretanje tekućine određeni su unutarnjim mehanizmima beziglenih pripoija. Kretanje tekućine može biti negativno, pozitivno ili neutralno.

Kod beziglenih pripoija s negativnim kretanjem tekućine, kad se cijev ili siringa odvoje, može doći do refluksa krvi u lumen katetera. Stoga moramo koristiti tehnike zatvaranja (engl. *clamping*) prije odvajanja te ispiranje pod pozitivnim tlakom.

Kod beziglenih pripoija s pozitivnim kretanjem tekućine sačuvana je mala količina tekućine koja se gura prema vrhu katetera kad se odvoji siringa ili cjevčica. Stoga krv ne može ostati u lumenu katetera. Prije primjene takvih beziglenih pripoija često se preporučuje „prethodna priprema“ (engl. *priming*) pripoija korištenjem invertne tehnike.

Kod beziglenih pripoija s neutralnim kretanjem tekućine nije moguće kretanje tekućine u bilo kojem smjeru nakon odvajanja cjevčice ili siringe; oni automatski obavljaju „zatvaranje“ kakvo inače postizemo tehnikom propiranja pod pozitivnim tlakom.

Put tekućine. Bezigleni pripoiji s tzv. *split*-pregradom (engl. *split-septum*) nemaju pokretnih dijelova, nego fiksni i ravni put tekućine koja teče izravno kroz lumen. Njihova funkcionalnost postiže se tako da siringa pritisne membranu i tako „rascijepi“ pregradu, što otvara put tekućini. Kod takvih pripoija tekućina ne prolazi kroz pregradu niti je s njom u dodiru, što omogućuje lagano ispiranje krvi i njezinih ostataka (Jarvis 2010).

Bezigleni pripoiji s mehaničkim zalistkom moraju imati membranu koju se može pritisnuti vrhom siringe (koji otvara put tekućini), pa tekućina prolazi kroz sredinu membrane ili oko nje. Ti pripoiji također mogu imati *split*-pregradu, pa se klasificiraju kao uređaji s mehaničkim zaliskom i *split*-pregradom. Ako tekućina teče kroz sredinu,



mehanički zalistak uzrokovat će negativno premještanje, a ako tekućina teče između vanjskog ovoja i pokretnog središnjeg dijela, premještanje tekućine bit će pozitivno (Hadaway 2012).

Tehnologija zalistaka. Anti-reflux zalisci sprečavaju povrat tekućine, stoga eliminiraju mogućnost refluksa u vrh katetera. Do povratnog kretanja tekućine može doći kad je više od jednog intravenskog katetera povezano s jednom pristupnom točkom pri čemu u jednoj liniji tekućina teče sporije ili uopće ne teče (Hanchett 2005). Takvi zalisci u sklopu beziglenih pripoja mogu smanjiti rizik trombotičkih okluzija (Joe i sur. 2014). Anti-sifonski zalisci dizajnirani su za uporabu s pokretačima siringi ili primjenu pumpi da bi se smanjila vjerojatnost nehotičnog slobodnog protjecanja infuzija. Do toga može doći ako cijev ili zatvarač siringe nisu čvrsto spojeni za mehanizam pumpe. Ako se pumpa nalazi više od 100 cm iznad pacijenta, može nastati gravitacijski tlak koji nadvlada trenje između nedovoljno pričvršćenog zatvarača i cijevi siringe (Dougherty i Lister 2015). Do sifoniranja također može doći i uz minimalne razlike u visini, ako na siringi postoji napuklina, pa zrak može ući u sustav. Anti-sifonski zalisci normalno imaju zatvorenu silikonsku dijafragmu koja omogućuje protok u jednom smjeru i onemogućuje protok u suprotnom smjeru (onemogućuje retrogradni tijek tekućine).

Zalistak s dvosmjernom kontrolom protoka tekućine sprječava sve poznate aktivne uzroke okluzije katetera tako što kontrolira prohodnost vrha katetera tijekom infuzije, spajanja, odvajanja te promjena intratorakalnog tlaka pacijenta; tako onemogućuje neplanirani refluks krvi i posljedično povećanje stvaranje biofilma (Hitchcock 2016). Inače, do refluksa može doći i zbog unutarnjih i zbog vanjskih sila. Kašljanje, kihanje, pa čak i plakanje, mogu dovesti do promjena vaskularnog tlaka. Osim toga, vanjski čimbenici kao što je spajanje i odvajanje Luerovog uređaja ili rasipanje intravenskih tekućina mogu također izazvati refluks krvi u kateter. Ta vrsta beziglenih pripoja dizajnirana je da spriječi takav refluks, odnosno da smanji stvaranje biofilma i okluzije katetera.

OPĆA SKRB ZA BEZIGLENE PRIPOJE

Dezinfekcija pripoja. U bezigleni pripoj mogu se naseliti bakterije, a može nastati i biofilm; stoga, ako nisu dobro očišćeni, te tvari mogu prodrijeti u krvožilni sustav (Percival i sur. 2014). Kolonizacija beziglenih pripoja smatra se uzrokom 50 % infekcija nastalih nakon postavljanja katetera – vjerojatno zbog nedovoljnog poštivanja aseptičkih tehnika (Hadaway 2011; Btaiche i sur. 2011). Ključni čimbenik za primjerenu dezinfekciju pripoja jest da ne smije biti pukotina između membrane i kućišta (mora postojati hermetički zatvoren spoj).

Membrana koja je glatka i koja se u potpunosti vraća u svoj konačan položaj (zatvoreno) također je bitan čimbenik. Bezigleni pripoji neprekidno su izloženi i koži pacijenta i okolišu, pa ih treba dezinficirati i prije uporabe i nakon nje (Gorski i sur. 2016). Postoje dvije različite metode čišćenja: aktivna i pasivna dezinfekcija.

Aktivna dezinfekcija. Loveday i sur. (2014) preporučuju dezinfekciju beziglenog pripoja (i katetera) koristeći jednokratnu primjenu 2-postotnog klorheksidin glukonata u 70-postotnom izopropilnom alkoholu, dok drugi preporučuju uporabu 70-postotnog alkohola ili klorheksidina (O'Grady i sur. 2011). Neovisno o vrsti otopine, ključno je trajanje čišćenja (čvrsto mehaničko trljanje) koje bi trebalo trajati najmanje 15 sekundi i potom bi trebalo pričekati da se tekućina osuši prije pristupa uređaju (Loveday i sur. 2014; Gorski i sur. 2016; Moureau i Flynn 2015). Jasno pridržavanje uputa o čišćenju i dezinfekciji ključno je za sigurnost pacijenata, pa svi zdravstveni djelatnici te postupke moraju dobro poznavati i njih se pridržavati.

Pasivna dezinfekcija. U tom pristupu nije potrebno aktivno mehanički čistiti bezigleni pripoj (Cameron-Watson 2016). Kapice za čišćenje portova ili zaštitne navlake portova impregnirane su otopinom za čišćenje i ostaju na hubu beziglenog pripoja sve do njegova korištenja. Nakon uporabe stara se kapica/navlaka odbaci, a nova postavi. To smanjuje rizik nedovoljne dezinfekcije zbog toga što se osoblje ne pridržava uputa te omogućuje standardiziran pristup. Takvi pripoji razvijeni su s različitim antimikrobnim *hub*-protektorima, kao što su 70-postotni alkohol, jodimirani alkoholni *hub*, povidon-iodinska gaza te klorheksidin/alkohol (Moureau i Flynn 2015). Dosadašnje studije njihove uporabe ukazuju na znatno smanjenje učestalosti infekcija (Loveday i sur. 2014; Gorski i sur. 2016).

PROPIRANJE BEZIGLENIH PRIPOJA

Najbolja praksa pri propiranju beziglenih pripoja jest korištenje tehnike turbulentnog ispiranja (Josephson 2003; Hadaway 2006). U toj tehnici injicira se 0,9-postotna fiziološka otopina (1 mililitar u jednom pokušaju), a potom se napravi prekid (stanka) prije injiciranja sljedećeg mililitra. Stanke trebaju biti vrlo kratke, tako da se ne dopusti taloženje bilo kakvog debrisa. Propiranje treba nastaviti dok siringa nije praktički prazna. Tako se odstranjuje i debris i biofilm i iz beziglenog pripoja i iz katetera. Pritom treba koristiti sringu koja ima najmanje 10 mililitara. Tako treba propirati i prije i nakon infuzije intravenskih pripravaka (Josephson 2003; Gorski i sur. 2016). Nadalje, treba dobro paziti na slijed zatvaranja (engl. *clamping*) da ne bi nastao učinak vakuuma – posebice kad se koriste bezigleni pripoji s negativnim pomicanjem tekućine. Vakuum-učinak dovodi do refluksa krvi

u distalni vrh lumena katetera, što može dovesti do trombotičke okluzije (Gorski i sur. 2016). Da se to izbjegne, uz sve beziglene pripoje s negativnim tlakom moramo primjenjivati propiranje s pozitivnim tlakom. To uključuje zatvaranje (*clamping*) kateterske cijevi dok još uvijek stvaramo pritisak na zatvarač tijekom posljednjih 0,5 mililitara 0,9-postotne fiziološke otopine pri turbulentnom ispiranju (Lynn 2010).

PROMJENA BEZIGLENIH PRIPOJA

Vijek trajanja beziglenih pripoja je raznolik – neke treba zamijeniti svaka 72 sata, a druge tek nakon 7 dana. Da se smanji rizik infekcije, ne bi ih trebalo mijenjati češće nego svakih 96 sati (Gorski i sur. 2016), iako neki proizvođači preporučuju učestalije promjene. Bezigleni pripoj bi svakako trebalo zamijeniti nakon što je bio odstranjen iz bilo kojeg razloga, nakon što je kontaminiran ili ako se vide znakovi krvi ili debrisa unutar uređaja. Ako je potreban brz protok kristaloidnih otopina, bezigleni pripoj treba odstraniti – osim ako baš taj pripoj ne omogućuje vrlo veliku brzinu protoka (Lehn i sur. 2015). Neke beziglene pripoje treba zamijeniti nakon primjene krvi, lipida ili kontrastnih medija, a neke druge vrste pripoja ne treba. Dakle, treba se točno pridržavati uputa proizvođača i institucijski uspostavljenih pravila, postupaka i naputaka.

Prevenција mehaničkog flebitisa. Do te komplikacije može doći kad je jedan bezigleni pripoj pričvršćen uz kraj periferne kanule – to može dovesti do iritacije unutarnjeg sloja krvne žile (tunica intima) te mehaničkog flebitisa. Klinički znaci mehaničke upale vene su lokalizirano crvenilo, povišena toplina i oticanje koje se prati duž vene, a na kraju dovodi do induracije i „opipljivog venskog tračka“ (Jackson 1998). Rizik te komplikacije smanjuje se korištenjem beziglenih pripoja uz set za kratku ekstenziju (engl. *short extension set*) (Hadaway 2011).

ZAKLJUČAK

U današnje su vrijeme dostupne brojne vrste beziglenih pripoja – različitog izgleda i svojstava. Stoga zdravstveni radnici moraju dobro poznavati sve te vrste pripoja i njihovu namjenu.

Pravilnim korištenjem i održavanjem beziglenih pripoja ne samo da se produljuje njihovo korisno trajanje nego se povećava sigurnost i pacijenta i zdravstvenog djelatnika.

Iznimno je važno da se smanji rizik kontaminacije, pa se zdravstveni djelatnici moraju strogo pridržavati i lokalnih uputa i protokola i uputa proizvođača beziglenih pripoja.

LITERATURA:

1. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology - APIC (2015) APIC Implementation Guide. Guide to Preventing Central Line-Associated Bloodstream Infections. APIC, Washington DC. <http://tinyurl.com/jndty3v>
2. Btaiche, I. I.; Kovacevich, D. S.; Khalidi, N.; Papke, L. I. (2011) The effects of needleless connectors on catheter-related bloodstream infections. *American Journal of Infection Control* 39(4):277-283.
3. Bodenham, A.; Babu, S.; Bennett J i sur. (2016) Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland: Safe vascular access 2016. *Anaesthesia* 71(5):573-585.
4. Cameron-Watson, C. (2016) Port protectors in clinical practice: an audit. *British Journal of Nursing* 25(8):S25-S31.
5. Curran, E. (2016) Needleless connectors: the vascular access catheter's microbial gatekeeper. *Journal of Infection Prevention* 17(5):234-240.
6. Dougherty, L.; Lister, S. (2015) *The Royal Marsden Manual of clinical Nursing Procedures*. 9th edn. Chichester: Wiley-Blackwell.
7. Gorski, L. A.; Hadaway, L.; Hagle, M.; McGoldrick, M.; Meyer, B.; Orr, M. (2016) *Policies and Procedures for Infusion Therapy*. 5th edn. Norwood: Infusion Nurses Society.
8. Hadaway, L. (2011) Needleless connectors: improving practice, reducing risks. *Journal of Association for Vascular Access* 16(1):20-33.
9. Hadaway, L. (2012) Technology of flushing vascular access devices. *Journal of Infusion Nursing* 29(3):137-145.
10. Hanchett, M. (2005) Needleless connectors and bacteremia: is there a relationship? *Infection Control Today* November 1, <http://tinyurl.com/zqlq7f6>.
11. Hitchcock, J. (2016) Preventing intraluminal occlusion in peripherally inserted central catheters. *British Journal of Nursing* 25(19):S12-S18.
12. Jackson, A. (1998) Infection control – a battle in vein: infusion phlebitis. *Nursing Times* 94(4):68-71.
13. Jarvis, W. R. (2010) Choosing the best design for intravenous needleless connectors to prevent bloodstream infection. *Infection Control Today* July 28, <http://tinyurl.com/2udverl>.
14. Joe, H. B.; Moon, B. K.; Lee, Y. J.; Min, S. K. (2014) Arrangements of the intravenous parallel infusions with anti-reflux valves decreasing occlusion alarm delay. *Korean Journal of Anesthesiology* 66(4):300-305.
15. Josephson, D. L. (2003) *Intravenous Infusion Therapy for Nurses: Principles and Practice*. 2nd edn. Clifton Park: Delmar Learning.
16. Lehn, R. A.; Gross, J. B.; McIsaac, J. H.; Gipson, K. E. (2015) Needleless connectors substantially reduce flow of crystalloid and red blood cells during rapid infusion. *Anesthesia and Analgesia* 120(4):801-804.
17. Loveday, H. P.; Wilson, J. A.; Pratt, R. J. i sur. (2014) epic3: national evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Hospital Infections* 86(Suppl 1):S1-S70.
18. Lynn, P. (2010) *Taylor's Handbook of Clinical Nursing Skills*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
19. Moureau, N. L.; Flynn, J. (2015) Disinfection of needleless connector hubs: clinical evidence systematic review. *Nursing Research and Practice* 2015: e796762, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/796762>.
20. O'Grady, N. P.; Alexander, M.; Burns, L. A. (2011) *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. Centers for Disease Control and Prevention, <http://tinyurl.com/z5v5w48>.
21. Percival, S.; Williams, D.; Cooper, T.; Randle, J. (2014) *Biofilms in Infection Prevention and Control*. Oxford: Elsevier.
22. Royal College of Nursing (2016) *Standards for Infusion Therapy*. 4th edn. London: Royal College of Nursing.



ZBOG ČEGA JE BITNO STROGO SE PRIDRŽAVATI PRAVILA O PRANJU I HIGIJENI RUKU?

SKRAĆENI PRIKAZ ČLANAKA:

Belela-Anacleto, A. S. C.; Sorgini Peterlini, M. A.; da Luz Goncalves Pedreira, M. (2017) Hand hygiene as a caring practice: a reflection on professional responsibility. *Revista Brasileira de Enfermagem* 70(2):442-445.

Rigby, R.; Pegram, A.; Woodward, S. (2017) Hand decontamination in clinical practice: a review of the evidence. *British Journal of Nursing* 26(8):448-451.

Higijena ruku jedno je od temeljnih pravila se-strinske skrbi, a smatra se iznimno bitnom i učinkovitim mjerom u prevenciji infekcija povezanih s pružanjem zdravstvene skrbi. Međutim, brojne studije upozoravaju na to da se diljem svijeta zdravstveni radnici te prakse ne pridržavaju ni u dovoljnoj mjeri ni na propisan način (Kingston i sur. 2016). Autori tog članka stoga jasno ističu da strogo pridržavanje pravila o higijeni ruku spada u temeljne profesionalne i etičke odgovornosti zdravstvenih djelatnika i bitno pridonosi sigurnosti pacijenata (Runciman i sur. 2007).



Procjenjuje se da se u jednog od svakih 20 bolničkih pacijenata pojavljuju infekcije vezane za pružanje zdravstvene skrbi (Kingston i sur. 2016). Te su infekcije odgovorne za povećan morbiditet i mortalitet, produljenu hospitalizaciju, povećanu otpornost mikroba na antimikrobne lijekove, povećane troškove liječenja za pacijente i njihove obitelji te bitno povećan trošak zdravstvene skrbi za ustanove i države (WHO 2011).

U tom se kontekstu higijena ruku tradicionalno smatra najbitnijom i najučinkovitijom mjerom za prevenciju i kontrolu takvih neželjenih posljedica, a uz to predstavlja rutinsku, standardiziranu, jeftinu aktivnost koja se temelji na solidnim znanstvenim dokazima (WHO 2009; Rigby i sur. 2017). Postoje brojne i jasne upute za održavanje higijene ruku (WHO 2009; Loveday i sur. 2014). Sve te upute ističu pet ključnih koraka (Rigby i sur. 2017):

1. Pranje ruku prije kontakta s pacijentom.
2. Pranje ruku prije izvođenja čistih/aseptičnih postupaka.
3. Pranje ruku nakon bilo kakvog kontakta s tjelesnim tekućinama.
4. Pranje ruku nakon kontakta s pacijentom.
5. Pranje ruku nakon kontakta/dodirivanja okoline koja okružuje pacijenta.

Nažalost, nedavni pregled relevantnih istraživanja pokazuje da se te prakse (u prosjeku) pridržava tek 34,1 % zdravstvenih djelatnika – odnosno tek 56,9 % djelatnika nakon dodatnih intervencija (Kingston i sur. 2016). Slično su pokazale i druge studije (Smiddy i sur. 2015). Primjerice, Rigby i sur. (2017) ističu da pojačana edukacija te znanje o kontroli infekcija nisu doveli do povećanog pridržavanja zdravstvenog osoblja u pogledu higijene ruku; no, postoji jasna veza između pranja ruku i samozaštite – zdravstveni djelatnici mnogo češće peru ruke **nakon** kontakta s pacijentima nego **prije**

kontakta s pacijentima! Osim toga, zdravstveni djelatnici često se žale da nisu imali dovoljno vremena za pranje ruku – zbog preopterećenosti poslom, nedostatka djelatnika, prevelike učestalosti prijema novih pacijenata itd. (Whitby i sur. 2006; Gould 2009; Seibert i sur. 2014).

Autori obaju članaka zaključuju da je nepridržavanje jasnih i jednostavnih uputa o higijeni ruku ozbiljan javnozdravstveni problem, kao i ozbiljan izazov za profesionalnu etiku i odgovornost zdravstvenih djelatnika te da se tom pitanju treba posvetiti više istraživanja i razraditi nove i učinkovite pristupe (kako na političkoj i edukacijskoj, tako i na razini izravnog pružanja zdravstvene skrbi) za rješavanje tog problema koji ozbiljno ugrožava sigurnost pacijenata i izaziva goleme, nepotrebne (a potencijalno lako rješive) troškove državama i zdravstvenim sustavima.

LITERATURA:

1. Goldmann, D. (2006) System failure versus personal accountability: the case for clean hands. *New England Journal of Medicine* 355:121-122.
2. Gould, D. (2009) Infection control: hand hygiene. *British Journal of Healthcare Assistants* 3(3):110-113.
3. Kingston, L.; O'Connell, N. H.; Dunne, C. P. (2016) Hand hygiene-related clinical trials reported since 2010: a systematic review. *Journal of Hospital Infections* 92(4):309-320.
4. Loveday, H. P.; Wilson, J. A.; Pratt, R. J. i sur. (2014) epic3: national evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Hospital Infections* 86(Suppl 1):S1-S70.
5. Marra, A. R.; Edmond, M. B. (2016) New technologies to monitor health care worker hand hygiene. *Clin Microbiol Infect* 20:29-33.
6. Runciman, B.; Merry, A.; Walton, M. (2007) *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*. London: British Library.
7. Seibert, D. J.; Speroni, K. G.; Oh, K. M.; Devoe, M. C.; Jacobsen, K. H. (2014) Preventing transmission of MRSA: a qualitative study of health care workers' attitudes and suggestions. *Am J Infect Control* 42(4):405-411.
8. Smiddy, M. P.; O'Connell, R.; Creedon, S. A. (2015) Systematic qualitative literature review of health care workers' compliance with hand hygiene guidelines. *American Journal of Infection Control* 43(3):269-274.
9. Whitby, M.; McLaws, M. L.; Ross, M. W. (2006) Why healthcare workers don't wash their hands: a behavioral explanation. *Infect Control Hosp Epidemiol* 127(5):484-492.
10. World Health Organization (2009) WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. <https://tinyurl.com/o7eqery>.
11. World Health Organization (2011) Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: Clean Care is Safe Care. <https://tinyurl.com/j6o9aq5>.

PRIPREMILE:

Biljana Kurtović i Cecilija Rotim

MEDICINSKE SESTRE I PRIMALJE IMAJU KLJUČNU ULOGU U OSNAŽIVANJU ZDRAVIH I BOLESNIH LJUDI

Dok su pacijenti u zdravstvenom sustavu, medicinske sestre i primalje promiču zdravstvenu pismenost, planiraju skrb u suradnji s pacijentima, pomažu u kliničkom odlučivanju te potiču i poučavaju pacijente korištenju samoupravnih sustava.

Medicinske sestre i primalje imaju dodatnu, neprocjenjivu ulogu pratitelja te angažiranja ranjivih i marginaliziranih skupina čime se pomaže u rješavanju nejednakosti u pristupu, odnosno načinu skrbi i rezultatima pružene skrbi.

ŠVEDSKA - PREGLED

Zdravstvena komunikacija podržana informacijsko-komunikacijskom tehnologijom (IKT) sve se više koristi u promicanju zdravlja i omogućavanju ljudima da donose zdrave izbore. Međutim,

takvi alati trebaju biti korisni i bolje odgovarati potrebama, preferencijama i kontekstu korisnika. Medicinske sestre koje rade u promicanju zdravlja i prevenciji bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti surađivale su s istraživačima u stvaranju interaktivnog internetskog zdravstvenog portala *Virtual Hälsotorg* (Health Plaza). *Virtual Hälsotorg* dizajnirala je multidisciplinarna istraživačka skupina stručnjaka i pacijenata predvođena medicinskom sestrom.

Da bi se osiguralo da taj portal odgovara stvarnim potrebama lokalnog stanovništva, politici i programima, za praćenje i evaluaciju svakog prototipa uključeni su ostali stručnjaci zdravstva, stručnjaci IKT-a, učenici srednjih škola, umirovljenici, imigranti i lokalni političari.



ISHODI

Kolaborativni dizajn rezultirao je zdravstvenim portalom koji je bio temeljen na potrebama. Isto tako, bio je dostupan, odnosno pristupačan i dobro usklađen s primarnom zdravstvenom službom. Medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti proširile su promociju zdravlja na teško dostupne skupine (kao što su mladi i useljenici) koje su važne za bitne ciljeve primarne prevencije.

Medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti dodatno su primijenile vještine e-zdravlja kao i stečeno znanje kako bi uspostavile internetsku edukaciju za pacijente s dijabetesom, hipertenzijom ili astmom.

Pilot-istraživanje pokazalo je da dobro osmišljeni IKT alati mogu poboljšati zdravstvenu pismenost. Cilj zdravstva 2020. je stvaranje otpornijih zajednica i podrške u zdravstvenom okruženju.

SJEVERNA IRSKA, UJEDINJENO KRALJEVSTVO

PREGLED

Shvativši da obitelji u procesu žalovanja trebaju potporu, Kraljevski kolegij opstetričara i ginekologa i Perinatalni institut stvorili su sustav podrške primalja.

Sustav podrške pruža podršku parovima koji žale za gubitkom djeteta zbog pobačaja, u slučaju mrtvorodenčadi ili neonatalne smrti.

Sustav podrške uključuje i trudnice koje su u procesu žalovanja zbog gubitka voljene osobe, roditelja ili su primile loše vijesti o dobrobiti djeteta prije ili poslije njegova rođenja.

ISHODI

Evaluacija usluge upozorava na to da su primalje neophodne za pomoć roditeljima u procesu žalovanja. Istraživanje je povećalo svijest o potrebama žena u procesu žalovanja na lokalnoj, regionalnoj i nacionalnoj razini.

Cilj zdravstva 2020. je jačanje zdravstvenih sustava.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/case-studies/nurses-and-midwives-play-a-key-role-in-empowering-people-and-engaging-patients>

MEDICINSKE SESTRE I PRIMALJE MOGU UPRAVLJATI PROCESIMA ZA KVALITETNIJE I BOLJE ISHODE

Rezultati pokazuju da medicinske sestre i primalje osiguravaju sigurnu i kvalitetnu skrb usmjerenu prema osobama, poboljšavaju pokrivenost i integraciju zdravstvenih usluga te smanjuju troškove zdravstvenih ustanova i zdravstvenih sustava.

Studije slučaja pokazuju da uključivanje medicinskih sestara i primalja u donošenje odluka na višoj razini pomaže u upravljanju resursima i praćenju zdravstvenih usluga i performansu sustava kako bi se održala usredotočenost na krajnjeg korisnika – bolesnika.

FINSKA - PREGLED

Briga o osobama s kroničnim stanjem čini oko 78 % ukupnih troškova zdravstvene zaštite. Finska je tako angažirala medicinske sestre u novim ulogama – kao voditelje u slučajevima njege kroničnih bolesnika.

Primjena modela pokazuje da dobro upravljanje može uvelike poboljšati skrb i kvalitetu života bolesnika s kroničnim bolestima i složenim potrebama te smanjiti potrebne resurse.

Uloga medicinskih sestara kao voditelja slučaja proširena je na koordinaciju skrbi i resursa te na

upravljanje predmetima. Tako su određene odgovornosti redistribuirane između medicinskih sestara i liječnika, a medicinskim je sestrama dopušteno propisivanje terapije u sklopu zakonske regulative.

Medicinske su sestre također omogućavale poboljšanu edukaciju pacijenata i među njima promovirale brigu o samima sebi. Sestrinska uloga zahtijeva holističko i kreativno rješavanje problema kako bi se pomoglo ljudima u upravljanju njihovim zdravstvenim stanjima.

REZULTATI

Bolesnici s kroničnim bolestima imali su manje hitnih posjeta i veću, odnosno aktivnu, participativnu ulogu te su bili zadovoljniji pruženim uslugama.

ISHODI

Za zdravstvene djelatnike koji podupiru edukaciju o samozbrinjavanju pripremljen je vodič za samopomoć, a pacijenti su dobivali potrebne materijale za samozbrinjavanje.

Sustavi podataka o pacijentima revidirani su radi poboljšanja razmjene informacija i olakšavanja

planiranja individualne skrbi o pacijentima. Uspostavljene su interaktivne elektroničke usluge kako bi se osigurao brži pristup uslugama te više izbora i podrška samozbrinjavanju.

Cilj zdravstva 2020. je rješavanje velikih europskih zdravstvenih izazova – NCD i zarazne bolesti.

DANSKA - PREGLED

Predstavljena je postnatalna klinika u Aarhus University Hospitalu za procjenu postnatalnog perinealnog zacjeljivanja rana.

Pripremljene su Smjernice za procjenu zacjeljivanja rana i za slučaj pojave sekundarnih komplikacija u perinealnom području. Primalje su obučene za procjenu, odnosno obavljanje postnatalnog liječenja i saniranja sekundarnih komplikacija u perinealnom području.

ISHODI

Zacjeljivanje rana nakon primarnog liječenja perinealnog područja koje su provodile primalje bilo je uspješno u više od 90 % slučajeva. Preliminarni rezultati pokazali su visoku razinu zadovoljstva pacijenata i uspješno izlječenje nakon ranih sekundarnih komplikacija u perinealnom području. Ustanove koje rade prema navedenom projektu izrazile su veće zadovoljstvo samim radom.

Cilj je zdravstva 2020. ulaganje u zdravlje primjenom pristupa osnaživanja bolesnih i zdravih osoba.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/case-studies/nurses-and-midwives-can-manage-processes-for-quality-and-better-outcomes>

MEDICINSKE SESTRE I PRIMALJE VITALAN SU DOPRINOS USLUGAMA JAVNOG ZDRAVSTVA NA SVIM RAZINAMA

Doprinosi medicinskih sestara i primalja u poboljšanju zdravlja i sprečavanju bolesti počinju od promocije zdravlja tijekom životnog ciklusa da bi se osnažili pojedinci i zajednice. Često to čine radi povezivanja zdravstvenih sustava s drugim sektorima.

MAĐARSKA - PREGLED

U Mađarskoj je od 2004. godine aktivan program javnog zdravstva za probir raka vrata maternice. Unos programa je, međutim, bio vrlo nizak (30 % ciljane populacije) usprkos tome da je približno 400 smrtnih slučajeva uzrokovanih rakom grlića maternice u Mađarskoj svake godine.

Novi program pregleda vrata maternice bio je pilot-program, testiran je 2009. godine kako bi se povećala stopa participacije. Taj je program uključivao medicinske sestre za zdravstvenu zaštitu čiji zadatak nisu bile samo aktivnosti poput uzimanja citoloških razmaza i slanja uzoraka u laboratorij nego i promocija zdravlja uključujući davanje smjernica, savjetovanje i motivaciju, posjećivanje lokalnog stanovništva i priopćavanje informacija o laboratorijskim rezultatima. Medicinske sestre (patronažne sestre) tako su dobile dodatnu akreditiranu izobrazbu u pregledu vrata maternice kako bi proširile svoju ulogu i opseg prakse.

ISHODI

Do kraja 2012. godine 285 medicinskih sestara dobrovoljno je pristupilo treningu.

Program je imao dobre rezultate – broj žena koje nisu posjetile ginekologa tijekom 10 ili više godina

bile su uvjerene kako sudjeluju u programu. Sudjelovanje medicinskih sestara u *screeningu* (probiru) također je osobno povezalo zdravstvene djelatnike s lokalnim stanovništvom. Mogućnost obavljanja pregleda grlića maternice poboljšana je da bi taj pregled postao dostupan ženama koje žive u malim naseljima i područjima s razvojnim poteškoćama, a koje vjerojatno ne putuju udaljenim ginekolozima i u specijalizirane zdravstvene centre upravo zbog nedostatka vremena, novca i transporta.

Cilj zdravstva 2020. je jačanje zdravstvenih sustava usmjerenih prema ljudima.

ŠKOTSKA, UJEDINJENO KRALJEVSTVO (STUDIJA SLUČAJA 51) - PREGLED

U Taysideu je 2009. godine jedna trećina trudnica u antenatalnom razdoblju bila pretila.

Škotsko državno financiranje za poboljšanje prehrane majki i dojenčadi olakšalo je pronalazak pretilih trudnica (ciljana skupina) nudeći prilagođenu, potpurnu skrb imena optiMun koja je temeljena na dokazima.

U toj su intervenciji, koju provode ponajprije primalje, organizirana savjetovanja o praćenju zdravog načina života tijekom trudnoće i gubitka težine nakon poroda. Na taj se način promiče zdravo upravljanje težinom.

ISHODI

Broj žena koje su pristupile optiMun klinika- ma porastao je s 85 (2010./2011.) na skoro 200



(2012./2013.), a intervencija se trenutačno provodi na dvama mjestima.

U prvoj je godini prosječan dobitak na težini u žena koje su sudjelovale u optiMumu bio 7,1 kg, a u trudnica u Škotskoj dobitak na težini iznosio je otprilike 12 kg. Povratne informacije žena koje su sudjelovale u optiMum programima bile su pozitivne.

Cilj zdravstva 2020. je ulaganje u zdravlje primjenjujući pristup životnim ciljevima ljudi s namjerom osnaživanja.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/case-studies/nurses-and-midwives-are-a-vital-input-to-upstream-and-downstream-public-health-services>

MINIMIZIRANJE NEŽELJENIH DOGAĐAJA SESTRINSKI OKRUGLI STOL

Posljedica neželjenih događaja u perioperativnom okružju smanjenje je kvalitete pružene skrbi. Također, neželjeni događaji utječu na smanjenje resursa koji su i više nego deficitarni.

Za okruglim stolom iskazana je zabrinutost u vezi s neželjenim događajima kako bi se poduzele određene mjere radi rješavanja navedenog problema u perioperativnom okružju.

Pružajući uvid u praktična rješenja koja bi mogla pomoći u smanjenju neželjenih događanja, stalno ponavljane ključne teme su:

Timski rad – okosnica je angažiranje kirurga i demokratizacija procesa prijedloga s namjerom poboljšanja procesa rada i same komunikacije. Jedan član okruglog stola govorio je o tome kako su se koristili tim načinom rada i tako doveli do smanjenja gubitka instrumenata te uštede od 200 000 funti.

Edukacija – bez obzira na to što imaju najnapredniju opremu, ukoliko se osoblje ne zna njome pravilno koristiti, utoliko se ne može pružiti sigurna i kvalitetna usluga. Da bi se poboljšala skrb o pacijentu, nužno je osigurati kliničke resurse i dodatnu edukaciju kako bi djelatnici bili vještiji i samopouzdaniji.

Dokumentiranje podataka – potrebno je odgovarajuće dokumentiranje i vrednovanje dobivenih podataka kako bi se mogle napraviti analize. Podaci potiču timove na međusobno natjecanje, pa se tako

postigne poboljšanje njihova rada. Međutim, tim se načinom rada ne smije koristiti radi kažnjavanja. Štoviše, on bi ih trebao potaknuti da teže poboljšanju i samonapredovanju.

SAŽETAK

Događaji u praksi uzrokovani kliničkim preferencijama nisu samo rasipni i neučinkoviti nego i ne dovode do nužno boljih ishoda za pacijente.

Minimiziranje neželjenih događaja ključ je za smanjenje rizika od propusta.

Neželjeni događaji posljedica su loše organizacije rada – npr. gubitak instrumenata, što dovodi do neučinkovitog novčanog poslovanja.

Preopterećenja u zdravstvu veća su nego ikada, stoga su potrebni novi pristupi i načini edukacije kako bi se osoblje educiralo te postalo stručnije, a time će se smanjiti broj neželjenih događaja.

Usvajanje inovativnih, interaktivnih tehnoloških rješenja povezuje teorijski dio s praktičnim dijelom i smanjuje mogućnost neželjenih događaja, a time se postiže ekonomičnost te se osigurava pristup podacima i potiče na daljnje promjene i poboljšanja.

Okrugli stol možete pogledati na poveznici:

<https://www.youtube.com/watch?v=5WXkWregpHs>

<http://prod-guides.nursingtimes.net/2240.guide>

RIZIK OD POBAČAJA ZBOG UZIMANJA ANTIBIOTIKA U RANOJ TRUDNOĆI

Rezultati nove studije u Kanadi upozoravaju na to da uzimanje pojedinih uobičajenih tipova antibiotika u ranoj trudnoći može udvostručiti rizik od pobačaja.

Istraživanje, koje je objavljeno u časopisu *Canadian Medical Association Journal*, pokazalo je da uzimanje određenih antibiotika povećava šanse za pobačaj između 60 % i 100 %.

Rizik od pobačaja povezan je s nekoliko vrsta

lijekova uključujući većinu makrolida, kinolona, tetraciklina, sulfonamida i metronidazola.

Međutim, nitrofurantoin se često upotrebljava za liječenje infekcija mokraćnog sustava u trudnica te nije imao utjecaja na rizik od pobačaja. Isto se odnosi i na eritromicin, antibiotik širokog spektra djelovanja.

Istraživački tim sa Sveučilišta u Montrealu i Centre Hospitalier Universitaire u Montrealu proučio je

podatke o više od 95 000 trudnoća među ženama u dobi od 15 do 45 godina iz skupine Quebec Pregnancy Cohort.

Istraživanje je uključivalo više od 8 700 slučajeva spontanog pobačaja koje su bile podudarne s više od 87 000 kontrolnih slučajeva.

„Tijekom trudnoće infekcije su vrlo čest problem“, izjavila je glavna autorica Anick Bérard s fakulteta farmacije Sveučilišta u Montrealu.

„Iako je upotreba antibiotika u liječenju infekcija povezana sa smanjenim rizikom prijevremenosti i male porođajne težine u drugim istraživanjima, ovo istraživanje pokazuje kako određene vrste antibiotika povećavaju rizik spontanog pobačaja za 60 % ili je rizik dvostruko povećan.“

Istraživači su uzeli u obzir čimbenike koji mogu

povećati rizik od pobačaja, uključujući dob i zdravlje žena.

Međutim, izjavili su da ne mogu isključiti činjenicu kako je težina (jačina) infekcije mogla utjecati na rezultate njihove analize.

Istraživački se tim nadao da će njihova otkrića biti korisna zakonodavnim tijelima ako se budu davale nove smjernice za liječenje infekcija tijekom trudnoće.

„Povećani rizik nije bio vidljiv za sve vrste antibiotika, što je ohrabrujuće za korisnike, a i zakonodavna tijela“, dodala je gđa Bérard.

<https://www.nursingtimes.net/news/research-and-innovation/miscarriage-risk-from-antibiotics-in-early-pregnancy-study-finds/7017743.article?blocktitle=Today%27s-headlines&contentID=18932>

INTERVENCIJE MEDICINSKIH SESTARA U ŠKOLAMA S NAMJEROM SMANJENJA STOPE TRUDNOĆE U TINEJDŽERSKOJ DOBI

Stopa trudnoća u tinejdžerskoj dobi pala je na najnižu razinu od 1969. godine diljem Engleske i Walesa, objavio je Ured za nacionalnu statistiku (ONS).

Program posjeta medicinskih sestara školama dugo je godina usmjeren prema edukaciji o spolnom zdravlju i obrazovanju mladih. Statistika pokazuje da dolazi do pozitivnog trenda, posebice u mladim ženama koje su u programu jer imaju bolji pristup i više znanja o kontracepciji.

Od 2007. do 2015. godine stopa trudnoće među mladima mlađima od 18 godina smanjila se – iznosila je samo 21 na 1 000 osoba.

EDUKACIJA I PREVENCIJA

Središnja londonska zdravstvena zajednica London NHS Trust (CLCH), koja pruža usluge medicinske skrbi diljem Londona, razgovarala je s medicinskim sestrama o važnoj ulozi medicinskih sestara u školama u edukaciji mladih ljudi o spolnom odgoju.

Medicinske sestre u školama poučavaju mlade ljude metodama kontracepcije, daju savjete i smjernice te osiguravaju sigurno mjesto za mlade ljude na kojem mogu raspravljati o onome što ih zabrinjava. U osnovnim školama pružaju osobno, zdravstveno i socijalno obrazovanje (PHSE) u obliku predavanja djeci u dobi od 10 i 11 godina. Na predavanjima razgovaraju o pubertetu, reprodukciji i spolnim odnosima prije početka srednje škole. Time se postiže da su djeca dobro informirana prije nego što postanu tinejdžeri.

POKAZATELJI STOPE TINEJDŽERSKIH TRUDNOĆA

„Obrazovanje o seksu i odnosu je iznimno važan dio zdravlja i dobrobiti mladih“, izjavili su u CLCH-u.

„Očekuje se da su brojke u padu, što ne mijenja našu predanost pri osiguranju prave podrške.“

„Tinejdžeri se često rizično ponašaju, stoga obrazovanje PHSE & SRE [seks i odnos] treba ostati prioritet koji odgovara fazi razvoja mladog čovjeka.“

„Usluge trebaju biti održive kako bi medicinske sestre u školama mogle nastaviti pružati podršku školama sa svojim nastavnim programom PHSE i SRE.“

Ukupno su tinejdžerske stope začeca u 2015. godini u Engleskoj i Walesu bile najniže, a prvi su statistički podaci bili objavljeni 1969. godine.

TRUDNOĆA U KASNIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

Medicinske sestre koje rade u praksi i društvenim zajednicama trebaju biti svjesne rastućeg trenda trudnoće žena starije dobi.

Podaci ONS-a pokazali su da je najveći porast stope začeca među ženama u dobi iznad 40 godina. Od 1990. godine stopa je više nego udvostručena – 15,1 na 1 000 žena.

Broj žena koje odlučuju imati dijete u kasnim tridesetima povećan je. Međutim, u Engleskoj i Walesu najpopularnija dob za trudnoću još uvijek je između 25 i 29 godina.

Nadalje, došlo je do bitnog porasta broja trudnoća među ženama u dobi od 30 do 34 godine. U 2015. godini bilo je 125 začeca na 1 000 žena u ranim tridesetim godinama, a 127 u kasnim dvadesetim godinama.

<http://www.nursinginpractice.com/article/role-school-nurses-record-low-teen-pregnancy-rate>

