

Plavi FOKUS

Informativno Glasilo
Hrvatske Komore Medicinskih Sestara

**LEADERSHIP
PROGRAM ZA
VODITELJE TIMOVA
ZDRAVSTVENE NJEGE**

**RIJEČ PREDSEDNICE
HKMS-a**

**TREBAJU LI RH
MEDICINSKE
SESTRE?**



**Svjetski
dan srca**
ZDRAVLJE U SRCU



UPOZNAJEMO...

OSOBNE PRIČE NAŠIH MEDICINSKIH SESTARA

Manda Bagić, Arijana Hegediš Došen, Dubravka Lekić, Marijana Neuberg

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 Vrček

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

IZ PODRUŽNICA HKMS

Podružnica HKMS-a Grada Zagreba	4
Podružnica HKMS-a ŠIBENSKO – KNINSKE ŽUPANIJE	5

UPOZNAJEMO... OSOBNJE PRIČE NAŠIH MS

Manda Bagić	7
Arijana Hegediš Došen	11
Dubravka Lekić	14
Marijana Neuberg	16

NOVA PLATFORMA ZA EDUKACIJU MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA: PORTAL E-UČENJE	20
---	----

LEADERSHIP PROGRAM ZA VODITELJE TIMOVA ZDRAVSTVENE NJEGE	22
---	----

PALIJATIVNA SKRB POD POVEĆALOM	24
--------------------------------	----

ORGANIZACIJA RADA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI HRVATSKOJ - III. DIO Zdravstveni zavodi na razini PZZ-a Djelatnost izvanbolničke hitne medicinske službe, poslovi i radni zadatci medicinskih sestara i tehničara (IHMS)	27
---	----

ZDRAVSTVENI TURIZAM U KRAPINSKIM TOPLICAMA	32
--	----

OBILJEŽEN SVJETSKI DAN SRCA	37
-----------------------------	----

IZVJEŠĆA S MEĐUNARODNIH SKUPOVA	38
---------------------------------	----

ENC NOVOSTI	42
-------------	----

IZ STRANE LITERATURE	46
----------------------	----

Riječ predsjednice

STUDENI 2017.

TREBAJU LI REPUBLICI HRVATSKOJ MEDICINSKE SESTRE?

U Hrvatsku komoru medicinskih sestara svakodnevno stižu informacije iz zdravstvenih ustanova diljem Republike Hrvatske da se na natječaje, ili kontinuirano otvorene natječaje za medicinske sestre, nitko ne javlja. Kada se i javi nekoliko medicinskih sestara na natječaj, dolaze iz drugih zdravstvenih ustanova. Ustanove „kradu“ jedna drugoj medicinske sestre. Istovremeno na Hrvatskom zavodu za zapošljavanje su prijavljene 892 medicinske sestre, najviše medicinskih sestara srednje stručne spreme. Uprave pojedinih zdravstvenih ustanova putem medija govore kako su im najviše potrebne medicinske sestre srednje stručne spreme. Gdje je problem? Tko s kime ne razgovara? Je li komunikacija ograničena samo na medije i jesu li mediji uistinu ti koji rješavaju probleme cjelokupnog sustava? Ima li ipak medicinskih sestara ili one koje su prijavljene u Hrvatskom zavodu za zapošljavanje nisu dostupne. Migracija medicinskih sestara u druge zemlje EU bila je očekivana, ali postavlja se pitanje što je to što medicinske sestre potiče na odlazak u druge zemlje EU. Pitanje je koliko dugo mlade medicinske sestre i tehničari, kada dobiju posao u zdravstvenom sustavu, rade na određeno vrijeme? Što je to što im pruža sigurnost ostanka u domovini? Mogu li zasnovati obitelj, kupiti stan ili dignuti kredit? Od 01.07.2013., odnosno ulaska Republike Hrvatske u EU, Komora ima 667 medicinskih sestara i tehničara koji su prijavili mirovanje zbog rada u inozemstvu. U postocima ima više medicinskih sestara prvostupnica i medicinskih sestara opće njege. Zastarjeli organizacijski sustavi u području zdravstva ne prepoznaju potrebu za obrazovanim medicinskim sestrama. Ne vide korist u zdravstvu od obrazovanih sestrinskih radnika. Iako se sadašnja zdravstvena njega ne može usporediti s onom prije 10 godina, u organizacijskom sustavu se malo toga promijenilo. Zdravstvenu njegu koja je autonomno pravo medicinske sestre s valjanim Odobrenjem za samostalan rad, prema nekima još uvijek ne mogu planirati medicinske sestre, iako je Direktiva po tom pitanju potpuno jasna. Rijetke su zdravstvene organizacije koje to prepoznaju. S podsmjehom se govori o visokoobrazovanim medicinskim sestrama. Visokoobrazovane

medicinske sestre odlaze u druge organizacijske sustave koji prepoznaju njihovu vrijednost i mogu ih nagraditi. Kad pitam medicinske sestre koje su na radu u zemljama EU (Irska, Njemačka) koja je razlika, sve odgovaraju: znamo točno što trebamo raditi, znamo što se od nas očekuje. Te zemlje imaju više razina obrazovanja medicinskih sestara od Republike Hrvatske, svi su potrebni i svi znaju što trebaju raditi, nitko ne ulazi u tuđe područje rada i kompetencija. I u sustavu zdravstva Republike Hrvatske potrebne su sve razine obrazovanja medicinskih sestara. Međutim, nema učinkovitih mehanizama koji bi pomogli u utvrđivanju potrebnog broja medicinskih sestara sukladno razinama obrazovanja. Svi brojevi koji se pojavljuju su paušalni. Zašto? Što nam to medicinske sestre rade u sustavu? Trebale bi provoditi zdravstvenu njegu sukladno razinama obrazovanja. Trebale bi biti uz bolesnika, trebale bi biti uz pacijenta, trebale bi provoditi prevenciju na svim razinama zdravstvenog sustava, trebale bi provoditi edukaciju svojih kadrova, trebale bi organizirati, planirati i evaluirati zdravstvenu njegu. Trebale bi raditi analizu učinkovitosti i optimalno planirati sestrinske, materijalne i financijske potrebe u domeni sestrinstva. No, nedostaje li administrator - evo medicinske sestre, nedostaje transportni djelatnik - tu je medicinska sestra, nedostaje čistačica - opet medicinska sestra. Nedostaje li nam zbilja medicinskih sestara ili imamo vrlo lošu organizaciju? I sada neka mi netko kaže što je to što motivira mlade medicinske sestre /tehničare za ostanak u lijepoj našoj. Nesigurnost radnog mjesta, loša organizacija, nemogućnost planiranja obitelji, nepriznavanje sestrinstva kao regulirane profesije koja je samostalna u planiranju, provođenju, organizaciji i evaluaciji zdravstvene njege? Pitam se kako uvjeriti odgovorne da primijete potrebe medicinskih sestara. Možda im je potrebna edukacija.



Predsjednica Hrvatske komore medicinskih sestara
Slava Šepić

IZ PODRUŽNICA

HRVATSKE KOMORE MEDICINSKIH SESTARA



PRIPREMILA: Cecilija Rotim, predsjednica Podružnice HKMS Grada Zagreba

PODRUŽNICA HRVATSKE KOMORE MEDICINSKIH SESTARA GRADA ZAGREBA

Podružnica HKMS Grada Zagreba okuplja najveći broj medicinskih sestara, oko 12 000 u Republici Hrvatskoj sa sve tri razine zdravstvene zaštite.

Rad Podružnice temelji se na razmatranju problematike iz djelokruga rada medicinskih sestara te se tijekom redovitih sastanaka Izvršnog odbora pokušavaju pronaći najjednostavnija i najbolja rješenja.

Glavne teme sastanaka Izvršnog odbora bile su aktualne teme iz sestrinstva (edukacija, priznavanja stručnih kvalifikacija medicinskih sestara, organizacija tečajeva, planiranje Tjedna sestrinstva u Gradu Zagrebu, publikacije u stručnim i znanstvenim časopisima ...).

Podružnica Hrvatske komore medicinskih sestara tijekom cijele godine organizira različite vrste

PROSLAVA MEĐUNARODNOG DANA SESTRINSTVA U GRADU ZAGREBU

Međunarodni dan sestrinstva Podružnica HKMS Grada Zagreba obilježila je u suradnji s Hrvatskim nacionalnim savezom sestrinstva.



Organiziran je Tjedan sestrinstva pod nazivom „Sestrinski glas za zdrav život“. Cilj događaja je bio ukazati na važnost i utjecaj medicinskih sestara i tehničara u svim segmentima postizanja kvalitetnijeg života pojedinca i zajednice. Organizatori su kroz cijeli Tjedan organizirali javnozdravstvene akcije unutar Grada Zagreba, obilazili su osnovne i srednje škole, organizirali predavanja za medicinske sestre i tehničare, te promovirali sestrinsku profesiju široj javnosti.

Tijekom 2017. godine sastanci Izvršnog odbora održani su tri puta, na različitim lokacijama u Gradu Zagrebu, gdje su članice Izvršnog odbora ugošćivale ostale kolegice, članice Izvršnog odbora i samim time upoznali ih sa specifičnostima rada Ustanove „domaćina“.

edukacija i predavanja za medicinske sestre i tehničare.

Sudjeluje u organizaciji tečajeva, radionica i kongresa na području Grada Zagreba.

ORGANIZACIJA TEČAJA

Početkom lipnja 2017. godine u prostorijama Hrvatske komore medicinskih sestara organiziran je prvi Tečaj III. kategorije za medicinske sestre i tehničare pod nazivom *“Pisanje stručnih i znanstvenih radova za medicinske sestre”*.

Cilj Tečaja bila je edukacija medicinskih sestara i tehničara o pravilnom pisanju radova i promocija prvog znanstvenog časopisa iz područja sestrinstva Croatian Nursing Journal, kojeg su osnivači Zdravstveno veleučilište i Hrvatska komora medicinskih sestara.

Tečaj je bio sastavljen od osam stručnih predavanja kojima su teme bile vezane uz važnost pisanja i objavljivanja stručnih i znanstvenih radova, karakteristike stručnog i znanstvenog rada, pravilno pisanje literature, način i metode obrade podataka dobivenih istraživanjem i slanje samog članka za objavu.

Na kraju Tečaja bila je organizirana radionica pod nazivom „Analiza stručnog članka“, gdje su svi polaznici ocjenjivali jedan stručan članak i na kraju davali recenziju o istom.



Tečaj III. kategorije za medicinske sestre i tehničare pod nazivom *“Pisanje stručnih i znanstvenih radova za medicinske sestre”*.

SURADNJA PODRUŽNICE I VIJEĆA HRVATSKE KOMORE MEDICINSKIH SESTARA PODRUŽNICE GRADA ZAGREBA

Podružnica Hrvatske komore medicinskih sestara na sve svoje sastanke poziva i Predsjednicu Vijeća Grada Zagreba, Zinku Bratušu, dipl. med. techn., koja članove Izvršnog odbora obavještava o aktualnostima u Vijeću Hrvatske komore medicinskih sestara te samim time stvaramo suradnju između Vijeća i Podružnice Hrvatske komore medicinskih sestara Grada Zagreba.

Predsjednica Podružnice Hrvatske komore medicinskih sestara Grada Zagreba ovim putem poziva sve zainteresirane kolegice i kolege koji imaju neku novu ideju i voljni su sudjelovati u radu Podružnice da joj se jave na službeni broj telefona 099/613 2877.

PRIPREMILA: Natali Vuletin Gović (predsjednica podružnice HKMS ŠKŽ)

PODRUŽNICA HKMS ŠIBENSKO – KNINSKE ŽUPANIJE



Rado ću vam predstaviti Podružnicu HKMS sa svim njenim članovima. Naša Podružnica trenutno broji 877 članova.

Na redovnoj izornoj Skupštini HKMS Podružnice Šibensko-kninske županije održanoj 05. listopada 2016. godine izabrano je vodstvo Podružnice. Za predsjednicu Podružnice izabrana je Natali Vuletin Gović, prvostupnica sestrinstva u drugom četverogodišnjem mandatu iz Opće bolnice - Šibenik.

Za zamjenicu predsjednice je izabrana Marijana Baus Erak, prvostupnica sestrinstva iz Opće bolnice-Šibenik i za tajnicu Iva Škugor, prvostupnica sestrinstva iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Za članove Izvršnog obora izabrani su Silvana Deković, prvostupnica sestrinstva iz Opće bolnice-Šibenik koja je ujedino i član Vijeća HKMS i Ankica Mick, medicinska sestra iz Opće i veteranske bolnice „Hrvatski ponos“ – Knin.

Za delegate Podružnice izabrani su: Kristina Bilać, prvostupnica sestrinstva, Dragana Cigić, prvostupnica sestrinstva i Ivana Šuljak, medicinska sestra iz Doma zdravlja-Knin.

Opća bolnica – Šibenik je najveća zdravstvena ustanova u našoj županiji, potom Opća i veteranska bolnica „Hrvatski ponos“ u Kninu. Imamo Zavod za hitnu medicinu, OHBP u Šibeniku, Zavod za javno zdravstvo, Službe za zdravstvenu njegu u kući, Domove zdravlja u



*Natali Vuletin Gović (predsjednica),
Marijana Baus Erak (zamjenica predsjednice), Iva Škugor (tajnica)*



Opća bolnica – Šibenik

Šibeniku, Drnišu i Kninu, državni i privatne domove za starije osobe.

U Šibeniku se nalazi srednja Medicinska škola.

Obzirom da u našoj županiji nema studija sestrinstva, medicinske sestre svoje daljnje školovanje nastavljaju u drugim sveučilišnim gradovima te su primorane koristiti svoje godišnje odmore, svoje financije i biti odvojene od obitelji da bi ostvarile edukaciju. Unatoč tome, veliki broj medicinskih sestara svake godine upisuje preddiplomske i diplomske studije sestrinstva što je pokazatelj da su medicinske sestre u našoj županiji osviještene i vide budućnost sestrinstva kroz veća traženja struke kroz nadolazeći vrijeme.

U sklopu Plana trajne edukacije održavaju se predavanja kroz šest ustanova (DZ- Knin, DZ - Šibenik, OB - Hrvatski ponos Knin, OB - Šibenik, ZZHM - Šibensko-kninske županije, ZZJZ – Šibensko-kninske županije) tako da naši članovi imaju

veliki izbor predavanja te svatko može izabrati temu. Tijekom godine organiziramo tečajeve iz područja zdravstvene njege i sestrinske dokumentacije.

Podružnica prima članove svakodnevno kroz sve radne dane u tjednu.

Svim članovima je osigurana dostupnost informacija: Plavi fokus, web stranica OB-Šibenik te upute o korištenju web stranice HKMS.

Članovi su upoznati s osiguranjima od nezgoda, profesionalne odgovornosti te pravne zaštite u kaznenom i prekršajnom postupku, s radom Zaklade HKMS, te potraživanju pripadajućih prava u slučaju malignih bolesti i smrtnih slučajeva.

Naglasila bih izvanrednu suradnju sa svim kolegicama koje sudjeluju u radu u tijelima Podružnice. Isto tako, izuzetnu brigu istih za sve članove naše Podružnice.

Naši članovi često posjećuju ured Podružnice s raznim zahtjevima i potrebama. Svakom članu prilazimo prijazno s ciljem rješavanja svih traženja na obostrano zadovoljstvo.

Naš posao je predstavljati HKMS kao pristupačnu instituciju koja radi na korist svih medicinskih sestara, koja je bliska medicinskoj sestri u svim nedoumicama koje se javljaju tijekom rada.

Svjesni smo da je sestrinstvo kompleksno zanimanje koje zahtijeva prvenstveno svakodnevni rad na sebi kroz razvijanje moralnih osobina, potom razvijanje intelektualnih, komunikacijskih i psihomotornih vještina kroz trajna stručna usavršavanja.

Isto tako, sestrinstvo kao poziv zahtijeva višu duhovnu dimenziju kako bi medicinska sestra bila spremna i odvažna u svakodnevnim turbulencijama u odnosima kako s pacijentima tako i u timskom radu.

Od medicinske sestre se traže discipline koje nisu tražene u drugim zanimanjima, od skrbi do suradnje i edukacije unutar i izvan bolničkih uvjeta ujedinjujući samog pacijenta, obitelj i širu zajednicu. Ove discipline su isprepletene s osobinama plemenitosti i nesebičnosti u davanju pažnje i ljubavi bolesnom čovjeku. Svemu možemo nadodati veliku odgovornost, savjesnost i odlučnost.

Smjer u kojem vidim buduće sestrinstvo bi se trebao bazirati na boljem i uzvišenijem priznavanju profesije sestrinstva jer je transparentno da je medicinska sestra neizostavna i često glavna karika u zdravstvenom timu. To se još uvijek nije ostvarilo jer su medicinske sestre mada u brojčanoj premoći naspram drugih zdravstvenih profila tihe i samozatajne, žive sestrinstvo kako na radnom mjestu tako i u privatnim životima, ne igraju dvostruke uloge, one su naučile nesebično davati od sebe, a skromne su u primanjima. One znaju da „davanje“ znači „primanje“. Medicinske sestre su misionarke na svom radnom mjestu. One su „određene“ za poziv sestrinstva.

Upravo zato, komora medicinskih sestara služi medicinskim sestrama kako bi se dostojanstveno izborile za svoja prava.

Izuzetna mi je čast predstavljati malu vojsku medicinskih sestara u mojoj županiji i boriti se za njihova skromna traženja ali zaslužena prava.

UPOZNAJEMO...

OSOBNJE PRIČE MEDICINSKIH SESTARA

RAZGOVOR S MANDOM BAGIĆ

RAZGOVARALA: Marija Kadović



INTERVJU S gđom. MANDOM BAGIĆ

SVJETSKOM PUTNICOM, SESTROM BEZ GRANICA

„Ne dopustite odlučivanje drugima, vaše odluke i odgovornost pripadaju vama“

U Plavom fokusu ugostili smo našu poštovanu kolegicu gđu. Mandu Bagić. Predstaviti će nam svoj dugogodišnji predani sestrinski rad, utjecaj odlaska na rad u drugu državu, sva profesionalna dostignuća i stavove vezane za sestrinstvo 21. stoljeća.

DRAGA KOLEGICE, PREDSTAVITE NAM SE I RECITE NEŠTO O SVOM PROFESIONALNOM PUTU I RAZVOJU...

Sa osobitim zadovoljstvom vam se želim predstaviti u ozračju današnjeg trenutka i vremena kojeg sam odradila kao medicinska sestra.

O sebi je teško govoriti, stoga želim kratko predstaviti moj profesionalni put do umirovljenja.

Profesionalni put svake medicinske sestre u mladosti započinje neiskustvom bez obzira na stupanj školovanja. Pred nju se stavlja profesionalno, moralno i etično iskušenje zato što to zvanje iziskuje veliku ljubav i empatiju od svih drugih profesija.

Centar zbivanja i našeg djelovanja je bolestan čovjek, u manjoj mjeri zdrav, ovisan o našem profesionalnom razmišljanju i djelovanju.

Svježe je sjećanje koje je odredilo moj profesionalni put u tadašnjem Institutu za tumore, zdravstvenoj i znanstvenoj tek otvorenoj suvremeno opremljenoj novoj ustanovi.

Tijekom 14. godina rada, učenja, školovanja uz rad, a na poticaj Uprave i obitelji završila sam Višu medicinsku školu. Raditi i učiti bez radnog vremena s puno odricanja u privatnom životu bilo je u to vrijeme normalno.

Kroz to vrijeme uspona i profesionalne zrelosti zahvaljujući mom uzoru kolegici Mariji Kranjčević 80-tih godina sezonski sam nekoliko godina odlazila raditi u Švicarsku kao operacijska sestra u

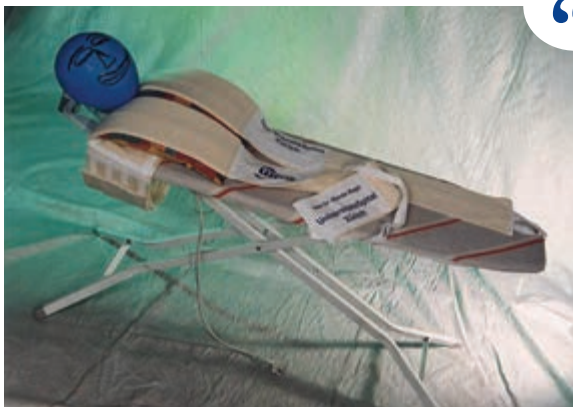
regionalnim, kantonalnim i privatnim bolnicama, u Ilanzu, Samedanu i Kreuzlingenu, a kasnije u Univerzitetnoj bolnici Zürich.

Znanje i vještine koje sam stekla mogla sam po povratku primijeniti, te unaprijediti postupke i procedure nailazeći na suglasnost sestara i voditelja timova. Želja za novim i kvalitetnijim rješenjima u struci me ispunjava sve do današnjih dana.

Kao glavna sestra ORL-operacije u bolnici Sv. Duh tijekom 6 godina, svo stečeno znanje i vještine uz veliku suglasnost i odobravanje prihvaćane su od rukovodstva odjela. Ugodno je bilo raditi u takvom timu i hvala im.

Domovinski rat pred mene je postavio nove zadatke i obaveze.

Zbog stečenog iskustva odlazim u bivšu vojnu bolnicu sadašnju Kliničku bolnicu Dubrava za glavnu sestru za kirurške djelatnosti, a nakon kratkog vremena na mjesto glavne sestre bolnice. Svježija su sjećanja na te teške i ponosne dane. S odmakom vremena često razmišljam kako smo uspješno u ratnim okolnostima uspjeli očuvati i organizirati bolnicu. Odgovor je jednostavan, medicinske sestre sa svojom mudrošću i profesionalnošću bile su svjezne da nas čekaju teška vremena s puno ranjenih i ucviljenih branitelja i ostalih bolesnika. Zajedništvo svih djelatnika bilo je na visokom nivou.



“*Sestre u Hrvatskoj trebaju se više povezati, sestrinstvo je rascjepkano. Nema napretka ako nismo usko povezani u profesionalnom djelovanju bezobzira na ekonomske, stručne i organizacijske razloge.*”

PATENT ZA INTRAOPERACIJSKI
MR SESTRE MANDE BAGIĆ

Nakon 10. godina rukovođenja u KB Dubrava teška srca zbog privatnih razloga odlazim u Univerzitetsku bolnicu Zürich radeći kao operacijska sestra. Bez obzira na iskustvo, uključivanje u proces rada nije bilo lako. Teorijsko i praktično znanje morala sam primjenjivati po visoko zadanom standardu. Za mene su to bile sitnice na kojima se inzistiralo, ali ubrzo sam shvatila kvalitetu sistematičnog pristupa.

Tek tada sam shvatila zašto je pokojni prof. Jeličić jednako objašnjavao mikroskopski intraoperacijsku anatomiju asistentima i meni mladoj operacijskoj sestri. Zato jer je kvalitetno usvojeno znanje i poticanje na trajnu edukaciju, ključ uspjeha pri svakom zahvatu.

IZA VAS JE DUGI NIZ GODINA RADA U SESTRINSTVU. RADILI STE U OPERACIJSKOJ DVORANI S KIRURZIMA SVJETSKOG GLASA, ALI I U SESTRINSKOM MENADŽMENTU. KOJI JE KLJUČ VAŠEG USPJEHA?

Teško je definirati ključ uspjeha, uvijek je individualan. Tijekom cijele moje profesionalne karijere osjetio se želja za učenjem i napredovanjem. Pa tako radeći nešto i učeći od iskusnijih, jednostavno razmišljam može li se nešto izvesti bolje. Tome je uvelike doprinijelo iskustvo radeći u 8 različitih medicinskih ustanova i centara u Hrvatskoj i inozemstvu sa puno vrhunskih stručnjaka u liječničkom i sestrinskom profilu. Jednostavnost i profesionalnost svjetski poznatih stručnjaka, njihov odnos sa suradnicima me oduševio, puno sam naučila.

KAKO JE TEKLO OSTVARIVANJE PROFESIONALNIH CILJEVA KOJE STE SI ZACRTALI?

Rekla bih da nema uspjeha bez zacrtanih ciljeva. Za postaviti cilj potrebna je životna realnost i unutarnji osjećaj spremnost kad i u koje vrijeme doći do njega, a ovisi o osobnoj želji, volji, upornosti, izdržljivost i timskom radu.

Prekretnicu u ostvarivanju zacrtanih ciljeva na prvom mjestu stavljam moj odlazak u Švicarsku na početku karijere.

Stalno poboljšanje sustava upravljanja kvalitetom u Švicarskoj dalo mi je mogućnost učenja i stjecanja znanja koja sam po povratku imala sreću to prenijeti u Hrvatski sustav na mikro, a kasnije i na makro razini u bolničkim sustavima. Zadovoljstvo mi je stečeno iskustvo prenositi. Posebno me obradovao poziv iz OB Dubrovnik kako bi pomogla kolegicama kod otvaranja neurokirurške operacije. Rado sam se odazvala pozivu KBC Zagreb kako bi pomogla optimizaciji operacijskog centra. Jednogodišnji rad na projektu sa iskusnim kolegicama operacijskim sestrama bio je izuzetno učinkovit, mnogi problemi su detektirani, a ponuđena rješenja spremna za implementaciju.

Desetogodišnje iskustvo u Univerzitetskoj bolnici Zürich iz današnjeg perspektive je ogromno. Bolnica ima 7000 djelatnika iz 92 zemlje svijeta. Jezična barijera nije predstavljala problem pošto je organizacijski sve posloženo na visokom nivou. Moj rad se temeljio na novim izazovima, stručnim angažmanom kao i implementacijom osobnih ideja koje su rado usvajane. Bila sam angažirana na organizacijskim, edukacijskim, inovativnim i rukovodećim funkcijama.

Posebno sam ponosna na patent koji je usvojen u Univerzitetskoj bolnici Zürich i Švicarskoj, cijeloj Europi i Izraelu, a služi za intraoperacijski MR.

KAKAV PRISTUP GLAVNA SESTRA TREBA IMATI PREMA SVOJIM SURADNICIMA?

KOJA JE ULOGA POMOĆNICA RAVNATELJA ZA SESTRINSTVO?

Glavna sestra je jedna i jednaka sa suradnicima čije se kompetencije moraju jasno definirati. Povjerenu poziciju je nemoguće obnašati bez iskrene komunikacije sa užim i širim organizacijskim timom. Odlučivanje mora biti transparentno, a zaključci usuglašeni.



TIMSKA VJEŽBA PRIJE OP ZAHVATA

Treba znati slušati sugovornike, imati socijalnu osjetljivost za druge, podržavati ideje suradnika i poticati poboljšanje sustava upravljanja kvalitetom.

Analizirajući rad na odjelima, mjerenjem učinka rada iz djelokruga sestrinskog rada dolazi do praktičnih rješenja kako bi poboljšati kvalitetu zdravstvene njege.

Zakonski uvesti ocjenjivanje u svim segmentima zdravstvenog sustava. Puno se na tom polju treba poraditi te koristiti rješenja drugih uređenijih sustava u zdravstvu.

Pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo prema sadašnjoj sistematizaciji ne može bez ravnatelja u potpunosti odlučivati o pitanjima iz djelokruga sestrinstva. Zbog toga treba poraditi na zakonskim prijedlozima da Menadžment za sestrinstvo preuzima odgovornost za upravljanje zdravstvenom njegom u bolnicama za što su i školovane.

Ukinula bi „političku“ funkciju pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo kako bi se održao kontinuitet rukovođenja sestrinstvom, a mjerilo obnašanja funkcije bila bi analiza uspješnosti izvršenja programa osobe na funkciji.

U VRIJEME VOĐENJA KLINIČKE BOLNICE DUBRAVA SUSRELI STE SE SA AKTUALNIM PROBLEMIMA -NEDOSTATAK MEDICINSKIH SESTARA, NEZADOVOLJSTVO S PLAĆAMA, STATUSOM, RADNIM SATIMA ...? KAKO STE SE NOSILI S TAKVIM IZAZOVIMA?

Bilo je to teško vrijeme kako za mene, tako i za sve djelatnike KB Dubrava, posebno za medicinske sestre. Puno nepoznanica ishoda ratne situacije iziskivalo je svakodnevni angažman bez radnog vremena. Pazila sam na premorenost svakog pojedinca shvativši da moram biti moralna potpora u svakom trenutku, biti među njima bez poziva.

Nedostatak sestara poznato je u to vrijeme puno ih je napustilo radna mjesta, ostali su morali raditi prekovremeno. Analizirajući prekovremene sate argumentirano sam na upravi bolnice imala čvrsti stav i izborila se za plaćanje prekovremenih sati.

Najteže je bilo vrijeme u kojem smo imali cca 350-400 ranjenih i psihički traumatiziranih branitelja i ostalih bolesnika. Primijenili smo kolektivnu psihološku potporu sestrama kako bi ih zaštitili kako emotivno tako i fizički.

Puno nam je pomoglo psihološko testiranje opterećenosti posebno na zahtjevnijim odjelima kako bi zaštitili sve koji nemaju kapaciteta za zahtjevne psihofizičke zahvate.

Pokazalo se jako pozitivno i učinkovito.

Iskustvo iz Švicarske prethodnih godina uvelike mi je pomoglo da se nosim sa takvim izazovima, kao i uvjet pod kojim sam prihvatila tada funkciju glavne sestre bolnice; neovisnost u organizaciji i odlučivanju ravnopravno sudjelujući u rukovodstvu KB Dubrava.

Nakon 1995. godine zauzimala sam se na upravnim i stručnim tijelima za stručno usavršavanje kao i daljnje školovanje sestara potičući ih na cjeloživotno učenje, svjesna da je obrazovana medicinska sestra ključ kvalitete u zdravstvu i društvu. Mislim da sam u tim okolnostima u tome i uspjela (nikad dovoljno). Hvala im na suradnji i postignuću.

Poseban angažman uložila sam u osnivanje udruge za operacijske sestre.



“*Sestre su društveno suodgovorne za stanje u sustavu, stoga je njihovo javno djelovanje obavezno.*”

RADNA POSJETA U HELSINKIJU -

Prof. Hernesiemi, sr. Manda, sr. Dragica, sr. Aria, gđa Jaklin

“ Sestre u Hrvatskoj trebaju se više povezati, sestrinstvo je rascjepkano. Nema napretka ako nismo usko povezani u profesionalnom djelovanju bez obzira na ekonomske, stručne i organizacijske razloge. ”

Velikim zanimanjem svih operacijskih sestara udruga je osnovana 2000. godine i postala članica europskog udruženja operacijskih Sestara EORNA.

Ne mogu ne spomenuti tim kojim sam rukovodila, a koji je odgovarao prvog hrvatskog predsjednika dr. Franju Tuđmana, ratnog ministra Gojka Šuška i generala Bobetka. Na to sam posebno ponosna kao i na iskazano povjerenje.

ŠTO MISLITE O FORMALNOM OBRAZOVANJU SESTARA U REPUBLICI HRVATSKOJ?

Napredak je vidljiv, ali s dosta neriješenih problema. Obrazovanje je bolje nego prije 20 godina, ali stvarni ishodi nisu usklađeni. Vjerojatno tomu doprinose postavljene organizacijske sheme.

Projekti, prijedlozi, zakonske odredbe u zdravstvenim ustanovama se sporo implementiraju zbog odlučivanja na više nivoa, koji često nisu u suglasju sa sestrinskim ciljevima.

ŠTO MISLITE O SESTRINSKIM ORGANIZACIJAMA U REPUBLICI HRVATSKOJ?

Sestre u Hrvatskoj trebaju se više povezati, sestrinstvo je rascjepkano. Nema napretka ako nismo usko povezani u profesionalnom djelovanju bez obzira na ekonomske, stručne i organizacijske razloge.

MEDICINSKE SESTRE SU SAMOZATAJNE. TREBAJU LI BITI VIDLJIVE U SUSTAVU I KOMPLETNOJ JAVNOSTI??

Ako se zna da su sestre oko 50% zdravstvenog sustava, svaka daljnja diskusija je suvišna.

One su nositelji organizacijskog, stručnog i ekonomskog dijela svake zdravstvene ustanove. Problem nastaje u pozicioniranju sestara. Rukovodeće zdravstveno - političke strukture tomu uvelike doprinose. Sestre su društveno suodgovorne za stanje u sustavu, stoga je njihovo javno djelovanje obavezno.

I DANAS STE PROFESIONALNO AKTIVNI IAKO NISTE VISE U RADNOM ODNOSU. JE LI VAS ISPUNJAVAJU TAKVE AKTIVNOSTI?

Prestankom aktivnog rada svaka sestra mora odlučiti što dalje? Poželjno je društveno i profesionalno dalje prenositi ogromno iskustvo. Naše poslanje je pomagati i prenositi iskustvo pazeći na osnovnu zadaću naše profesije, na etičnost i moralnost.

Profesionalna aktivnost izvan radnog vremena rekla bih da je obavezna. To su stručne, edukativne aktivnosti koje naša profesija mora participirati.

Nema napretka bez cjeloživotnog učenja, naše zanimanje je živo tkivo koje treba hraniti.

ŠTO BISTE PORUČILI MEDICINSKIM SESTRAMA, ONIMA NA RUKOVODEĆIM POZICIJAMA, SVIMA NAMA?

Rukovodeća pozicija uvijek je izazov ali i velika obaveza. Na prvom mjestu program rukovođenja, profesionalizam, pravičnost, komunikativnost i osjetljivost za suradnike, osluškujući i analizirajući svaki problem bio privatni ili profesionalni nastojati im pomoći da ga riješe.

“ Poruka sestrama ostanite dosljedne, ustrajne primjenjujući pravila koja donose kvalitetu zdravstvene zaštite, kako bi naš bolesnik bio zbrinut po najvišim standardima. ”

Ne dopustite odlučivanje drugima iz vaše kompetencije, vaše odluke i odgovornost pripadaju vama. Razvijajte natjecateljski duh u programima na rukovodećim pozicijama, stručnost i vizija u budućnost moraju biti prioritet. ”

Nema čarobnog štapića kako rukovoditi i upravljati ljudskim resursima.

Za rukovođenje potrebno je znanje i iskustvo, a primjena je individualna i ovisi o prirodnom talentu sposobnom za brzo detektiranje problema i rješavanje.

I na završetku 39. godišnje sestrinske službe želja mi je doživjeti Visoku sestrinsku školu gdje će dekan biti visokoobrazovana medicinska sestra.

Zahvaljujem se svim sestrama u našoj domovini Hrvatskoj koje ulažu nadljudske napore kako bi prebrodile težinu trenutnog stanja u zdravstvenom sustavu.

RAZGOVOR S ARIJANOM HEGEDIŠ DOŠEN

RAZGOVARALA: Biljana Kurtović

– POZITIVNA OSOBNOST RAVNATELJICE PRESLIKANA NA BOLNICU

Osnivačica i ravnateljica Specijalne bolnice Arithera Arijana Hegediš Došen poslovna je žena s vizijom. Svoj put prema poziciji jedne od najjačih privatnih poduzetnica u medicini gradila je postepeno – od rada u zagrebačkoj Klinici za traumatologiju preko pokretanja privatne prakse za fizikalnu terapiju i rehabilitaciju do razvoja multidisciplinarnog, visokotehnološkog bolničkog centra na poznatim zagrebačkim adresama: Petrova 128 i Bukovačka cesta 1.

Nakon skoro 20 godina postojanja Specijalna bolnica Arithera pozicionirana je kao jedna od najvećih privatnih bolnica u RH.



Specijalna bolnica Arithera zapošljava preko 60 djelatnika i pruža usluge iz područja fizikalne medicine i rehabilitacije, ortopedije, kirurgije kralježnice s naglaskom na liječenje degenerativnih bolesti kralježnice poput skolioze, zatim abdominalne, estetske i rekonstruktivne kirurgije, dermatologije, flebologije, proktologije i kardiologije.

ŠTO VAS JE POTAKNULO NA TO DA SE UPUSTITE U PODUZETNIČKE VODE?

Ideja o otvaranju privatne medicinske prakse nije se rodila preko noći. Nakon temeljitog razmišljanja i niza okolnosti koje su učvrstile moje uvjerenje da svoj poslovni razvoj trebam nastaviti u području privatnog poduzetništva te nakon cjelovite analize tržišta koja je pokazala da postoji potreba za kvalitetnom uslugom u fizikalnoj medicini i rehabilitaciji, odlučila sam pokrenuti privatnu praksu. U to sam vrijeme bila u srednjim dvadesetim godinama, ali s bogatim radnim iskustvom koje sam stekla u bolnici u najtežim, ratnim godinama, odnosno u radu s pacijentima s ratnim ozljedama. Izrazita pokretačka energija koju smatram jednom od svojih najvrednijih osobina te podrška okoline i sigurnost u vlastito znanje bili su presudni u odluci da karijeru nastavim pokretanjem privatnog posla.

KAKAV JE RAZVOJNI PUT ARITHERE I KOLIKO JE MEDICINSKIH SESTARA BILO U POČETKU?

Uz fizikalnu medicinu i rehabilitaciju koja je naš *core business* godinama smo proširivali svoje medicinske timove i u ponudu uvodili nove medicinske

discipline. Danas smo poznati kao regionalni centar za liječenje proširenih vena i hemoroida, a naš segment ortopedije jedan je od najjačih u ovom dijelu Europe. Da bismo to postigli, pomno smo pratili i primjenjivali medicinske trendove i inovacije u liječenju i s posebnom pozornošću birali liječnike i medicinske timove.

Medicinske sestre imaju vrlo istaknutu ulogu u funkcioniranju naše bolnice. Dok smo još bili poliklinika, osim liječnika i fizioterapeuta, zapošljavali smo i medicinske sestre. Ispočetka ih je bilo samo nekoliko i pratile su rad liječnika u njihovim ordinacijama te vodile medicinsku dokumentaciju. Proširivanjem područja djelovanja i broja specijalizacija rastao je i njihov broj, pa se danas možemo pohvaliti s desetak zaposlenih medicinskih sestara i tehničara. Koliko je važna uloga sestara dokazuje i pozicioniranost glavne sestre u upravljačkoj strukturi bolnice. Sestra Željka Anić naša je glavna sestra, a ujedno i moja pomoćnica koja rukovodi sestrinskim dijelom našeg poslovanja.



“Ponosim se ambicioznošću svojih kolega i potičem ih da se razvijaju kao profesionalci u struci i svoje znanje prenose novim generacijama.”

KAKVA JE ORGANIZACIJA RADA MED. SESTARA?

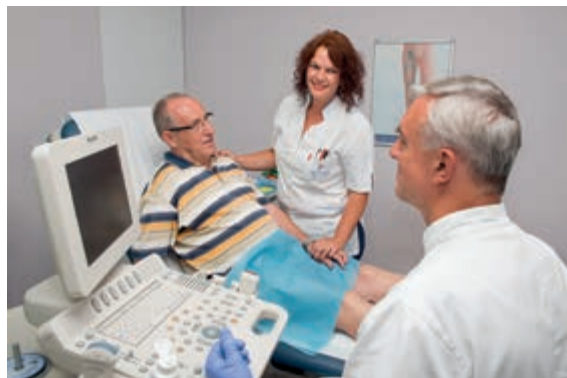
Glavna sestra bolnice upravlja organizacijom sestrinskog poslovanja i u najužoj je vezi i kontaktu s medicinskim sestrama i tehničarima. O tome u kojem dijelu bolnice rade ovisi i opis područja rada svake naše medicinske sestre. Naime, sestre su podijeljene na one koje rade u polikliničkom dijelu bolnice, odjelne sestre, sestre u dijagnostici, sestre instrumentarke te sestre na intenzivnoj njezi.

KOJE POSLOVE OBAVLJAJU I

KOJE SU NJIHOVE ODGOVORNOSTI?

U polikliničkom dijelu bolnice sestre su specijalizirane za vođenje ordinacija pojedinih liječnika. Često smo bili prvi u nečemu na hrvatskom tržištu. Tako smo prvi počeli primjenjivati razne inovativne metode liječenja: na primjer, vrlo učinkovita UGFS metoda liječenja proširenih vena pjenom ili SPM metode dijagnostike i liječenja bolesti kralježnice. U tim ordinacijama, kao i u mnogim drugim ordinacijama s posebnim dijagnostikama, uz liječnike specijaliste prisutne su i medicinske sestre koje pomažu liječnicima u prihvatu pacijenta, pripremi pacijenta za zahvat, asistiraju liječnicima tijekom minimalno invazivnih zahvata te izdaju medicinsku dokumentaciju i upravljaju rasporedom ambulanate.

S odjelnim medicinskim sestrama / tehničarima pacijenti se susreću tijekom 24-satnog boravka na



bolničkom odjelu. Prema riječima naših pacijenata sestre i tehničari koji se brinu o njihovim vitalnim životnim potrebama tijekom liječenja u *Aritheri* neprocenjivi su. Njihova je uloga vrlo zahtjevna i odgovorna. Brinu se o zdravstvenoj njezi, dnevnim navikama, osobnoj higijeni, prehrani, kretanju, spavanju, educiraju pacijente o prehrani, terapiji i higijeni tijela. Osim toga, uloga im je i da se brinu o administraciji, dokumentiraju provođenje zdravstvene njege i izdaju zdravstvenu dokumentaciju.

Specifičnost naše bolnice velik je broj pacijenata koji nam dolazi iz regije, europskih zemalja, ali i dalekih zemalja poput Saudijske Arabije, Libije i zemalja Ruske Federacije. Naši djelatnici pritom obavljaju svoje poslove poštujući kulturne, vjerske i sve druge razlike koje postoje između naših



kultura. Neke od tih vještina usvojene su kroz različite edukacije koje smo organizirali na nivou bolnice, no velike zasluge pripadaju njihovim osobnim vrlo razvijenim socijalnim, komunikacijskim i empatijskim kvalitetama. To su neki od osnovnih kriterija kojima smo vođeni u odabiru svojih medicinskih timova.

NA KOJI SE NAČIN PROVODI EDUKACIJA, ČIME SE NAJVIŠE PONOSITE?

Unutar naše bolnice barem jednom godišnje organiziramo edukacije s ciljem razvoja i unapređenja socijalnih vještina svojih djelatnika, zatim komunikacijskih vještina, odnosno vještina ophođenja s pacijentima, radi osnaživanja organizacije i motivacije za bolji i osmišljeniji nastup na tržištu i gradnje percepcije *ARITHERE* kao ustanove koja se na poseban način brine o potrebama svojih korisnika. Možemo reći da smo organizacija koja stalno uči i primjenjuje nove vještine u svojem radu.

Osim organiziranih edukacija u sklopu bolnice, naši djelatnici, medicinske sestre i tehničari, često su sudionici stručnih skupova i edukacija na koje odlaze u organizaciji naše bolnice ili samostalno. Primjerice, glavna sestra bolničkog odjela i moja pomoćnica za sestrinstvo nedavno su sudjelovale na 5. Kongresu Hrvatskog traumatološkog društva na kojem su se okupili traumatolozi iz istočne i centralne Europe. Budući da je liječenje bolesti lokomotornog sustava bitna djelatnost naše bolnice, iskoristili smo priliku da s kolegama iz struke razmijenimo znanja i iskustva iz područja dijagnostike i liječenja traumatoloških bolesnika.

Ponosim se ambicioznošću svojih kolega i potičem ih da se razvijaju kao profesionalci u struci i svoje znanje prenose novim generacijama. Naša sestra Elvira Belina gostujući je predavač na visokom učilištu za medicinske sestre i objavljivala je svoje radove u znanstvenim časopisima. Upravo je ona primjer mlađim kolegicama u našoj bolnici, poučava ih i postavlja visoke profesionalne standarde u radu s pacijentima.



“*Možemo reći da smo organizacija koja stalno uči i primjenjuje nove vještine u svojem radu.*”



Također se ponosim pozitivnom atmosferom koja vlada u našoj bolnici, otvorenosti naših djelatnika i visoko motiviranom radu. Ta pozitivna odražava se na naše pacijente i njihov osjećaj liječenja u *Aritheri*. Kao tim funkcioniramo savršeno i time je ostvarena jedna od mojih velikih želja koje sam imala krenuvši u privatno poduzetništvo – stvoriti ugodno i poticajno radno okruženje za svoje kolege i sebe. Sretna sam što sam u tome uspjela.

RAZGOVOR S DUBRAVKOM LEKIĆ

RAZGOVARALA: Dragica Šimunec



KAKO STE POSTALI MEDICINSKA SESTRA?

Medicinska sestra postala sam nakon završene škole za medicinske sestre u Varaždinu u četverogodišnjem trajanju. Pripadam prvoj takvoj generaciji. Naime, do 1960. godine nije bilo medicinskog četverogodišnjeg obrazovanja, osim višeg stupnja u Zagrebu u trogodišnjem trajanju nakon završene gimnazije.

GDJE SU BILI POČECI VAŠE KARIJERE?

Nakon završenog školovanja 1963. godine sve kolegice i ja zaposlile smo se istog ljeta na radnim mjestima koja su nam bila namijenjena te smo te godine postale voditelji pojedinih odjela u bolnicama ili, u mojem slučaju, doma zdravlja. Počela sam kao patronažna sestra, organizirala sam po selima tečajeve: „Majka i dijete“, „Njega bolesnika u kući“, „Kronične bolesti“, „Preventiva bolesti“, „Cijepljenje“, „Majčino mlijeko i prednosti dojenja“ itd. Od 1963. do 1965. god. ŠNZ *Andrija Štampar* bila je naš putokaz u radu s ljudima. Imali smo nevjerojatne rezultate. Gdje je danas preventiva?

VAŠ ODLAZAK U PRIVATNE VODE BIO JE NE SAMO PIONIRSKI NEGO I VRLO HRABAR POTEZ U VRIJEME JOŠ UVIJEK VELIKIH NEPOZNANICA...

Godine 1979. postala sam glavna sestra Doma umirovljenika *Varaždin*, uvela zdravstvenu njegu u socijalnu skrb, a 1984. godine pokrenula sam i prvu službu s mobilnim timovima za zbrinjavanje bolesnika, bez obzira na njihovu životnu dob, u njihovim kućama i službu pomoći u kući.

Tada sam uspjela uvesti sestrinsku zdravstvenu njegu za razliku od pružanja pomoći u obavljanju osobne higijene koju je provodio Crveni križ. Bio je to velik uspjeh stanice!

I sama sam svjedočila tome da 1993. ni u samom Ministarstvu zdravstva nitko nije znao kako će funkcionirati tada nova djelatnost zdravstvene njege u kući. Vaši su prijedlozi bitno utjecali na kasniji tijek razvoja te djelatnosti.

Od 1990. do 1991. godine služba koja se zvala Centar za liječenje, zdravstvenu njegu i pomoć u kući nije više mogla ostati zdravstvena djelatnost

u sklopu socijalne skrbi. Stoga sam zajedno s 25 djelatnica (medicinskih sestara, fizioterapeuta i domaćica) morala otvoriti prvu privatnu sestrinsku zdravstvenu ustanovu. Za njezin sam rad dobila dozvolu Ministarstva zdravstva 6. siječnja 1991. godine. Iste godine u lipnju sklopila sam ugovor s HZZO-om. Do 1993. godine djelatnost je bila vođena kao osobni rad do 100 zaposlenih, a ja sam već 1992. imala skoro 105 zaposlenih jer sam na zahtjev ministra J. Njavre otvorila djelatnost u Vinkovcima i Županji nakon rušenja bolnice. Nakon toga otvorila sam djelatnost i u Novoj Gradišci te u Čakovcu i Jastrebarskom. Zbog okupacije Pokuplja su, uz podršku gđe D. Šimunec koja je vodila sestrinstvo pri Ministarstvu zdravstva i gospodina Zlatka Gotala, tih godina dogovoreni zakonski okviri za djelatnost kojima su postavljeni temelji za ustanove kao i vrste usluga s vremenom trajanja i izvršiteljima.

BILI STE PRVA MEDICINSKA SESTRA ČLANICA ODBORA ZA ZDRAVSTVO I SOCIJALNU SKRB SABORA RH?

Od 1994. do 1995. godine osniva se Hrvatska udruga poslodavaca, pa, kao prvi privatni poduzetnik u to vrijeme s mnogo zaposlenih, postajem osnivač HUP-a. Preko te udruge, u koju su se učlanile i sve kolegice, nisu se u tom vremenu osnivale ustanove. Osnovale smo udrugu zdravstvene njege i rehabilitacije kao „sestru“ udruge u sklopu HUP-a. U ime te udruge predložena sam za člana Odbora za zdravstvo i socijalnu skrb Sabora RH te sam članica istog i u dvama mandatima od 2001. do 2008. godine.

DRŽIM DA JE VAŠ ANGAŽMAN LOBIRANJA KOD SABORSKIH ZASTUPNIKA ZA DONOŠENJE ZAKONA O SESTRINSTVU BIO KLJUČAN. LOBIRANJE JE BILA PRAVA NEPOZNANICA ZA MEDICINSKE SESTRE, A I DANAS TO RIJETKO ČINE.

U to su vrijeme počele funkcionirati strukovne komore. Nakon zahtjeva za osnivanje udruge medicinskih sestara u Ministarstvu zdravstva gđe D. Šimunec javio se otpor prema odobrenju osnivanja komore medicinskih sestara. Držala sam da je moja dužnost iskoristiti priliku i dogovoriti sastanak s predsjednicom Odbora za zdravstvo i socijalnu skrb Sabora RH na kojem joj je detaljno obrazložena potreba za osnivanjem komore. Istodobno sam na sastancima Odbora argumentirano branila taj zahtjev i zajednički smo uspjele. Bravo, Dragica!



“ **Mi smo prve uz one koji su bolesni, nesretni, nervozni i prestrašeni, stoga im moramo znati pružiti stručnu i ljudsku pomoć, a to možemo samo ako smo sigurne u svoje znanje.** ”

AKTIVNO STE SUDJELOVALI U OSNIVANJU HKMS-A?

Nakon odobrenja osnivanja komore počeli su pravni problemi. Trebalo je obići sve županije i osnovati komore podružnice. Prva je bila varaždinska pomoć glavne sestre Varaždinskih toplica Marte Dretar.

OTADA DO DANAS POSTIGLI STE ZAVIDNE REZULTATE U PODUZETNIŠTVU. PREPRIČAJTE NAM ŠTO STE TO SVE RADILI.

Danas u zdravstvenoj njezi i rehabilitaciji bolesnika u kući zapošljavamo 27 medicinskih sestara sa srednjom medicinskom školom i 5 s višom i visokom školskom spremom.

Ustanova je 1993. godine osnovala prvu privatnu socijalnu ustanovu: Dom za starije i nemoćne u Pribiću sa 60 smještenih.

Godine 1994. otvorili smo prvi privatni centar za rehabilitaciju u Donjoj Stubici s 250 smještene djece i odraslih s fizičkim i mentalnim hendikepom, a 1996. Centar za rehabilitaciju djece i odraslih s fizičkim hendikepom (distrofija i cerebralna paraliza, posljedice infarkta i nesreća, multipla skleroza) u centru Varaždina i to s 250 korisnika.

Godine 1994. godine Ustanova je kupila potpuno uništene Terme Jezerčica radi pružanja usluga našim korisnicima.

Godine 2001. Terme Jezerčica smo u potpunosti obnovili te smo usluge fizioterapeuta uvrstili unutar turističkih usluga. Terme Jezerčica danas su velik kompleks s ljekovitom termalnom vodom.

Posebno napominjem da smo prvi u svojoj djelatnosti 2006. godine uveli ISO9001 EU-ov standard kvalitete, a 2012. godine EU-ov međunarodni standard upravljanja okolišem ISO 14001.

Već 2013. počeli smo se natjecati za sufinanciranje iz fondova EU-a te se upravo prijavljujemo na natječaj Europski socijalni fond.

Dosad smo s pomoću tih fondova za razvoj djelatnosti uspjeli ostvariti tri projekta, a jedan od njih je *Grad labirinata* u kojem su vodiči korisnici Centra za rehabilitaciju u Pustodolu.



GRAD LABIRINTA - TERME JEZERČICA



NEDVOJBENO JE DA JE VAŠ UTJECAJ NA HRVATSKO SESTRINSTVO ZNAČAJAN. ŠTO BISTE PORUČILI MLADIM MEDICINSKIM SESTRAMA?

Mi smo prve uz one koji su bolesni, nesretni, nervozni i prestrašeni, stoga im moramo znati pružiti stručnu i ljudsku pomoć, a to možemo samo ako smo sigurne u svoje znanje. Treba stalno učiti, a ne smijete zaboraviti da morate i izgledati kao medicinska sestra. Kad ispred sebe imate bolesnika, uvijek imajte na umu da to sutra možete biti vi ili netko vama blizak i bit ćete dobre medicinske sestre.

INTERVJU S

RAZGOVARALA: Marija Kadović

dr. sc. MARIJANOM NEUBERG, mag. med. techn.

DOKTORI ZNANOSTI – „SVJETILJKA“ NA PUTU RAZVOJA HRVATSKOG SESTRINSTVA



Poštovana kolegice, iznimna mi je čast ugostiti Vas u Plavom fokusu, glasilu Hrvatske komore medicinskih sestara. Vaš profesionalni sestrinski put, kao i kod većine medicinskih sestara / tehničara, obilježen je ispreplitanjem istodobnog napretka u kliničkim, to jest praktičnim znanjima te u obrazovanju sve do razine doktorata znanosti. Vaša nesebična odricanja i ulaganja doveli su Vas do samoostvarenja u osobnom, ali i profesionalnom životu.

**MOLIMO VAS DA NAM SE ZA POČETAK PREDSTAVITE I
UKRATKO OPIŠETE SVOJ PROFESIONALNI PUT.**

Na početku svojeg predstavljanja želim pozdraviti sve medicinske sestre, odnosno kolegice i kolege, ali i one koji čitaju ovaj intervju i žele odabrati sestrinstvo u budućnosti za svoj poziv. Zovem se Marijana Neuberger i viši sam predavač na stručnom studiju sestrinstva Sveučilišta Sjever. Srednju medicinsku školu pohađala sam u Varaždinu, a 2002. godine završila sam preddiplomski studij sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu. Početkom preddiplomskog studija počinjem raditi u KBC-u Zagreb u jedinici intenzivnog liječenja, no putovanje na posao u Zagreb i obiteljske obaveze presudile su u donošenju odluke i zapošljavanju u tada Specijalnoj bolnici za kronične bolesti *Novi Marof* na poslovima glavne sestre odjela. Želja za obrazovanjem moja je intrinzična motivacija te sam 2007. godine završila specijalistički studij menadžmenta u sestrinstvu na Zdravstvenom veleučilištu. Kada sam promijenila radno mjesto, odnosno počela raditi kao nastavnik u Medicinskoj školi *Varaždin*, uvidjela sam koliko je pedagoško-metodičko obrazovanje potrebno medicinskim sestrama u prenošenju znanja učenicima, stoga pohađam edukaciju iz te skupine predmeta na Učiteljskom fakultetu u Čakovcu. Stručni studij sestrinstva u Varaždinu počeo je s radom 2009. godine, a vrlo brzo nakon otvaranja dobila sam posao predavača. Rad sa studentima sestrinstva zahtijevao je od mene akademsku širinu u poučavanju i prenošenju znanja.

Za upisivanje doktorskog studija bila je potrebna sveučilišna diploma magistra, stoga 2011. godine upisujem Fakultet za zdravstvene vede Novo Mesto (magistarski studij), a 2013. postajem magistrica „vzgoje in menagementa v zdravstvu“. U rujnu 2013. upisala sam u Mariboru na Almi Mater Europaea doktorski studij iz zdravstva „socijalna gerontologija“ te sam u srpnju ove godine doktorirala. Specifičnost doktorskog studija socijalne gerontologije zasigurno je u tome da uz najveću zastupljenost kolegija iz biomedicine i zdravstva važan dio ima zastupljenost socioloških kolegija te njihov pogled na život i smrt, na zdravlje i bolest, na pojedinca i društvo. Upravo je taj aspekt studija meni bio najzanimljiviji jer sestrinstvo čovjeka promatra i skrbi o njemu holistički.

**RECITE NAM NEŠTO O ODLUCI O UPISU DOKTORSKOG
STUDIJA. KAKO STE TU ODLUKU DONIJELI?**

Često se misli da predavač, odnosno nastavnik, može biti svaka osoba sa završenim odgovarajućim stupnjem obrazovanja. Držim da su u obrazovanju medicinskih sestara više nego u bilo kojem zanimanju ili profesiji potrebni iznimno široko i akademski obrazovani prenositelji znanja. Nastavnik koji poučava buduću medicinsku sestru ili medicinskog tehničara ima iznimnu odgovornost. Osim što prenosi stručno znanje, to jest

praktične vještine u kabinetima zdravstvene njege, nastavnik u svakodnevnoj interakciji prenosi kroz svoje primjere i iskustva pravilan, empatičan odnos prema bolesniku i njegovoj obitelji, poučava radu u grupi i timu, na ispravan se način koristi komunikacijskim vještinama i poučava kako postati profesionalna medicinska sestra.

Uvidjela sam da je za tako zahtjevan rad sa studentima potrebno usvojiti nove vještine i znanja. Tako mogu reći da su prvi i najvažniji pokretač za upis doktorskog studija bili studenti i potreba za postizanjem znanstveno-nastavničkog zvanja na preddiplomskoj i diplomskoj razini, a drugi je pozitivan unutarnji nemir koji me već 20 godina tjera da spajam studiranje, rad u struci i obiteljske obaveze.

MEDICINSKA SESTRA NA POSLIJEDIPLOMSKOM STUDIJU. JESTE LI SUVERENO MOGLI SUDJELOVATI, ŠTO JE BILO NAJTEŽE?

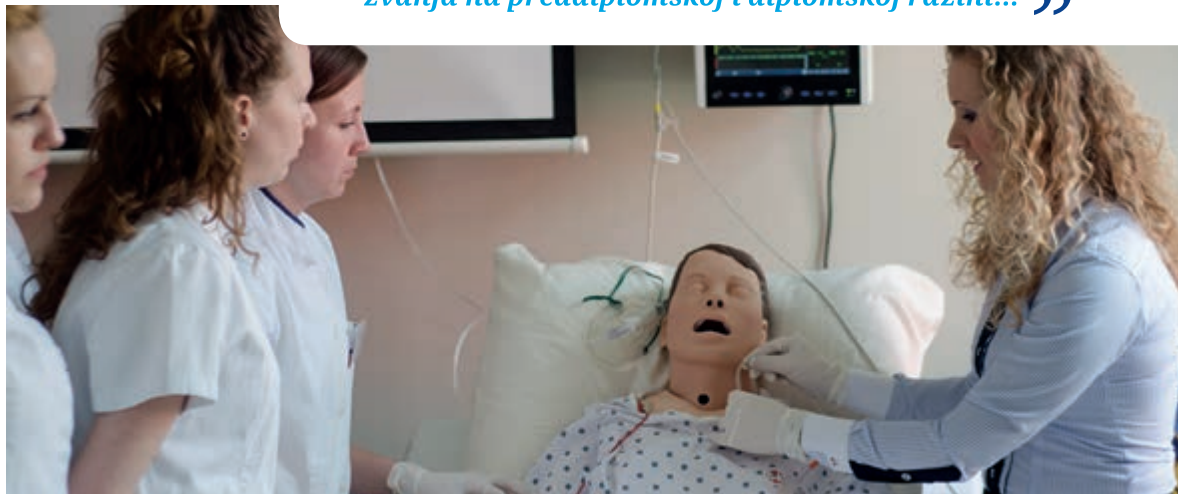
Prije svega moram reći da je zahtjevno biti hrvatski student na slovenskom doktorskome studiju. No prvo iskustvo s magisterijem u Novom Mestu bilo je pozitivno, tako da mi je slovenski jezik „ušao u uho“, pa su predavanja u Ljubljani i Mariboru na doktorskome studiju bila vrlo uspješna. Prednost je doktorskog studija da na jednom mjestu s vama u klupama sjede

razvijala upravo tu dimenziju kao i onu sociološku koja je u mojem dotadašnjem obrazovanju bila manje zastupljena.

U VRIJEME IGNORIRANJA RAZINE OBRAZOVANJA MEDICINSKIH SESTARA U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU, NAJVEĆEG POSLODAVCA MEDICINSKIH SESTARA / TEHNIČARA, MISLITE LI DA HRVATSKOM SESTRINSTVU TREBA MEDICINSKA SESTRA S DOKTORATOM?

Već sam na početku napomenula da bez znanja nema ni dobrog nastavnika, ni profesora i, najvažnije, ni profesionalne medicinske sestre. Svakako treba očekivati sve veći broj doktora/doktorica znanosti u narednim godinama. Oni bi trebali biti „svjetiljka“ na putu razvoja hrvatskog sestrinstva. Upravo bi oni trebali promovirati znanje kao prvi kriterij profesionalnosti, stoga očekujem od nas da etabliramo medicinske sestre u društvu kao najbrojnije, ali i uvijek prisutne zdravstvene djelatnike. Žalosti me što javnost, mediji, pa i okolina vrlo malo znaju o iznimno napornom obrazovanju i odgovornom svakodnevnom poslu medicinske sestre, o stresu koji proživljavaju tijekom provođenja brojnih intervencija koje često nisu ugodne, već su psihički i fizički zahtjevne, popraćene bolom, patnjom i smrću bolesnika.

“ Uvidjela sam da je za tako zahtjevan rad sa studentima potrebno usvojiti nove vještine i znanja. Tako mogu reći da su prvi i najvažniji pokretač za upis doktorskog studija bili studenti i potreba za postizanjem znanstveno-nastavničkog zvanja na preddiplomskoj i diplomskoj razini... ”



i studiraju i teolog, socijalni radnik, medicinske sestre, fizioterapeut... Tako u interakciji na nastavi s profesorom i kolegama različitih preddiplomskih i diplomskih obrazovanja uvidite svoju širinu u jednom području, a nedostatnost u drugom te na tome želite raditi i to razvijati. Na doktorskome studiju vrlo sam brzo shvatila da imam nedostatna znanja iz znanstveno-istraživačkog rada te sam

Držim da nam nedostaje stručne i znanstvene literature za učenike, studente, ali i za medicinske sestre u svakodnevnom radu te tu vidim mogućnost za rad medicinskih sestara s doktoratom. One znaju brojne probleme u struci, u zdravstvenoj njezi, a ujedno poznaju i istraživačke metode, znaju sastaviti upitnik ili ga pronaći u literaturi, znaju postaviti hipoteze i znanstvenim pristupom mogu



“ *U formalnim, ali i neformalnim načinima edukacije trebalo bi kod medicinskih sestara jačati vrijednost i prepoznatljivost, poticati ih da prije svega stječu stručna znanja i kompetencije.* ”

studija sestrinstva. Upravo u tako dinamičnom svakodnevnom radu, planiranju i izradi projekata iz područja biomedicine i zdravstva te razvoju novih stručnih i znanstvenih laboratorija uvidam koliko je važno promatrati potrebe obrazovanja i zdravstva u širem kontekstu i koliko mi znanstveni pristup olakšava rad te donošenje odluka.



KOJI JE BIO FOKUS VAŠEG DOKTORSKOG ISTRAŽIVANJA, KAKO SU REZULTATI UTJECAJI NA VAŠU ILI ŠIRU PRAKSU?

U svojem sam doktoratu analizirala problem zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi u institucijama Varaždinske i Međimurske županije. Željela sam otkriti ima li nasilja u institucijama, koji su mu oblici i učestalost, a ispitivala sam korisnike i medicinske sestre. Svatko je iz svoje perspektive dao prikaz tog fenomena. Ujedno sam ispitivala stres i sindrom sagorijevanja kao najčešći rizični čimbenik za pojavu nekog neprofesionalnog ponašanja pružatelja skrbi. Iako je nasilje tabu-tema u društvu, skoro su sve institucije i medicinske sestre vrlo otvoreno pristupile mojem istraživanju i rado sudjelovale te im ovim putem zahvaljujem. Kao što sam i očekivala, rezultati su pokazali da su medicinske sestre „sagorjele” na svojim radnim mjestima te da neke oblike neprofesionalnog ponašanja u skrbi ne primjećuju jer ih je premalo, ne iskorištavaju slobodne dane, umorne su, nemaju dovoljno opreme i pomagala, a zahtjevi korisnika i obitelji sve su veći... Nažalost, i korisnici i medicinske sestre primijetili su sve oblike zlostavljanja i zanemarivanja.

Budući da dosad u Republici Hrvatskoj nitko nije istraživao taj oblik nasilja, velik je interes za tu temu, rezultate, ali i širenje istraživanja na druge županije. U budućnosti svakako kao prvu stepenicu rješavanja tog problema vidim izradu postupnika za prevenciju zanemarivanja i zlostavljanja te postupnika u slučaju kad se nasilje nad osobom starije dobi dogodi. Koristan bi bio priručnik za medicinske sestre, ali i brošura za obitelj i korisnike, stoga je to druga stepenica. Potaknuta upravo tim istraživanjem, držim da u obrazovanje medicinskih sestara treba uvesti više sadržaja o neprofesionalnom ponašanju, ali i inovativnih načina poučavanja o sindromu sagorijevanja te kako ga prevenirati, prepoznati i kako reagirati kada medicinska sestra primijeti neprofesionalno ponašanje kolegice.

ponuditi rješenje problema. Upravo je to vrijednost medicinskih sestara s doktoratom: povezivanje teorije i prakse.

**POSTOJI LI ZNANOST U SESTRINSTVU?
KAKO JE DOŽIVLJAVATE?**

Ako definiramo znanost kao pronicanje s pomoću znanja, metoda, tehnika i pravaca istraživanja u neki predmet ili polje koje treba spoznati, lako ju je povezati i primijeniti na sestrinstvo jer je ono iznimno široko područje s brojnim neistraženim segmentima. Držim da ostala znanstvena područja i polja ne smijemo isključivati iz sestrinstva, već voditi sestrinstvo u profesionalnost i široko znanje koje zadire i u interdisciplinarnost. Često vidim studente koji nakon odrađenih 4600 sati studija sestrinstva imaju široko stručno znanje iz zdravstvene njege, ali nemaju interesa za promišljanjem, istraživanjem, ne pitaju se zašto je nešto takvo. Promatrati sestrinstvo bez filozofskog pitanja što znamo, a što ne znamo i po čemu mi to mislimo da znamo, odnosno da ne znamo, skoro je nemoguće. Poučavati studente provođenju zdravstvene njege, a bez implementiranja npr. socioloških, menadžerskih i brojnih drugih znanja i vještina bilo bi upravo štetno za sestrinstvo. Na Sveučilištu Sjever, osim što predajem, sudjelujem u organizaciji i unapređenju nastavnog procesa

MISLITE LI DA JE SESTRINSTVO DOBRO POZICIONIRANO U HRVATSKOJ JAVNOSTI I ZDRAVSTVENOM SUSTAVU?

Nažalost, još uvijek čujem mišljenja uglednih znanstvenika kako medicinskim sestrama i tehničarima nije potrebno akademsko obrazovanje jer ih svi doživljavaju samo kao izvršitelje zadataka i intervenciju u zdravstvenom sustavu. S druge strane, veseli me nepresušan entuzijazam naših kolegica koje upisuju preddiplomske, diplomske specijalističke, magistarske i doktorske studije te ih, uz obiteljske i poslovne obaveze, uspješno završavaju, prenose svoje znanje u radne jedinice te mijenjaju nabolje hrvatsko sestrinstvo i zdravstveni sustav.

Svakako je velik iskorak u pozicioniranju sestrinstva osnivanje HKMS-a, donošenje Zakona u sestrinstvu, osnivanje brojnih stručnih društava i udruga, no iznimno je važno da je i obrazovni sustav osigurao vertikalnu edukaciju i time omogućio medicinskim sestrama da, kao i drugi akademski građani, mogu u svojoj zemlji postići najviši stupanj obrazovanja.

U zdravstvenom su sustavu medicinske sestre u vrlo nezavidnom položaju: s jedne strane žele ispuniti obaveze svog humanog poziva te pružiti kvalitetnu i profesionalnu sestrinsku skrb, a s druge strane moraju odgovoriti zahtjevima same organizacije, raditi prekovremeno, često u neprikladnim radnim uvjetima te voditi borbu za priznavanje stečenih kompetencija i diploma. Većina njih su majke i supruge te je razumljivo da su frustrirane jazom između tih dviju strana.

U prošlom se broju ovog časopisa kolega Lovrić osvrnuo na čest izraz „hiperprodukcije prvostupnica i magistra sestrinstva“. Slažem se s njim da trenutačna sistematizacija ne podržava tolik broj visokoobrazovanih medicinskih sestara. Moram naglasiti da se medicinske sestre ne obrazuju radi „pozicije“ na odjelu ili bolnici, već da kvalitetnije provode zdravstvenu njegu, da skrbe o svojem pacijentu i njegovoj obitelji sa šireg kuta gledišta, da mogu aktivnije istupati u javnosti, izvoditi preventivne zdravstvene aktivnosti u zajednici, pisati stručne i znanstvene članke te knjige i udžbenike, poučavati na nov način svoje kolegice – radi toga su naše medicinske sestre uvijek na studijima i s knjigom u ruci.

ŠTO BI TREBALO OJAČATI ILI MIJENJATI?

Medicinske sestre silan su pokretač zdravstvenog sustava i želja mi je da osvijeste svoju vrijednost i važnost. Treba jačati sinergiju među medicinskim sestrama, čini mi se da upravo ona izostaje kako bi postale snažna sila hrvatskog društva. Da toga nema, često vidite na svakodnevnom primjeru kada treba podržati kolegice, njihov studij ili profesionalan rast.



“**Medicinske sestre silan su pokretač zdravstvenog sustava i želja mi je da osvijeste svoju vrijednost i važnost.**”

Posljednjih godina radim sa studentima sestrinstva i od njih sam mnogo naučila. Osluškujući njihove misli i promatrajući općenito poziciju medicinskih sestara, mislim da polako rastemo, etabliramo se u društvu. No isto tako svjedočim čestom odlasku bivših studenata i kolegica u zemlje Europe. Oni kao razlog ne navode veće prihode, nego bolje uvjeta rada, odnosno uređeniji sustav. Iako se i tom problemu pokušava naći rješenje u stručnim krugovima, u javnosti se znatno manje govori o odlasku medicinskih sestara iz zemlje te me to brine.

U formalnim, ali i neformalnim načinima edukacije trebalo bi kod medicinskih sestara jačati vrijednost i prepoznatljivost, poticati ih da prije svega stječu stručna znanja i kompetencije. S obzirom na to da medicinske sestre već dugo nisu samo izvršitelji zadataka, već promotori zdravlja, edukatori, pokretači preventivnih aktivnosti i menadžeri u svojim ustanovama, važno je da usvoje i vještine javnog izlaganja, poboljšaju socijalnu i emocionalnu inteligenciju te asertivnu komunikaciju jer – znati nešto je lakši dio, teži je dio reći to glasno.

MOTIVACIJSKA PORUKA

MEDICINSKIM SESTRAMA U HRVATSKOJ?

Kaže se da su oluje zaslužne što hrastovi dublje urastaju korijenjem u zemlju. Medicinske sestre tijekom svojeg osobnog i profesionalnog puta svladavaju brojne oluje – u školi, na studiju, na radnom mjestu. Hrvatsko se sestrinstvo unazad dvadesetak godina često savijalo pod bremenom problema, promjena i novosti. Međutim, na kraju je poziv medicinske sestre koji smo odabrali ipak jači od svih oluja.

PRIPREMILI: Adriano Friganović, dipl. med. techn.

(KBC Zagreb, Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Zdravstveno veleučilište u Zagrebu)

Slađana Režić, mag. med. techn.

(KBC Zagreb, Odjel za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite, Zdravstveno veleučilište u Zagrebu)

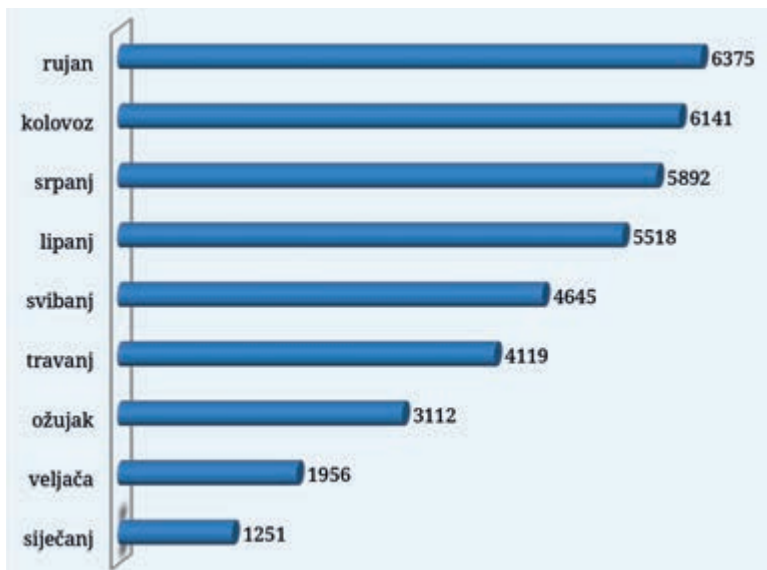


NOVA PLATFORMA ZA EDUKACIJU MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA: PORTAL E-UČENJE

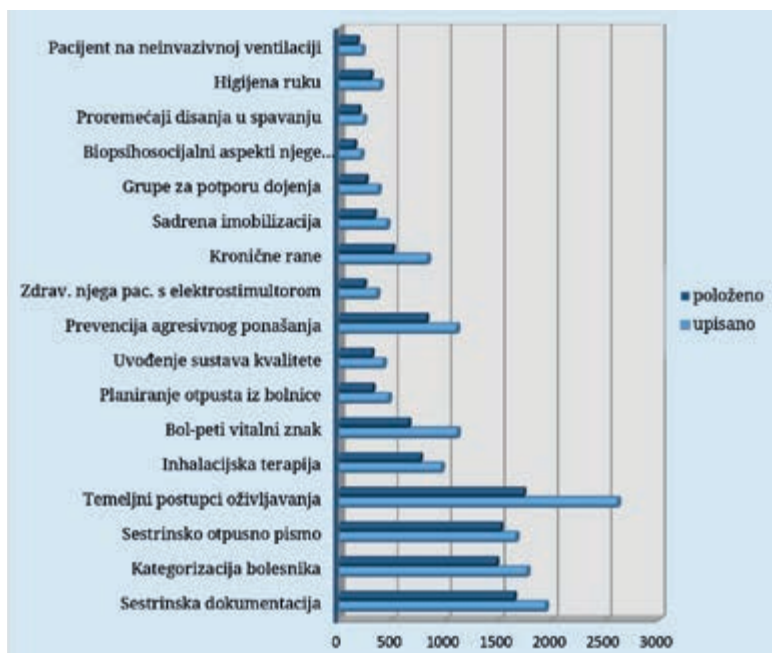
Portal e-učenje pokrenut je 17. studenoga 2016. godine na inicijativu Hrvatske komore medicinskih sestara. Portalu svaki mjesec pristupa sve veći broj medicinskih sestara koje su prepoznale taj oblik edukacije kao pozitivan, zanimljiv i dostupan. U rujnu 2017. godine broj registriranih medicinskih sestara bio je 6735 (grafički prikaz broj 1).

Grafički prikaz 1:

Broj medicinskih sestara i tehničara koji su registrirani na portalu E-učenje



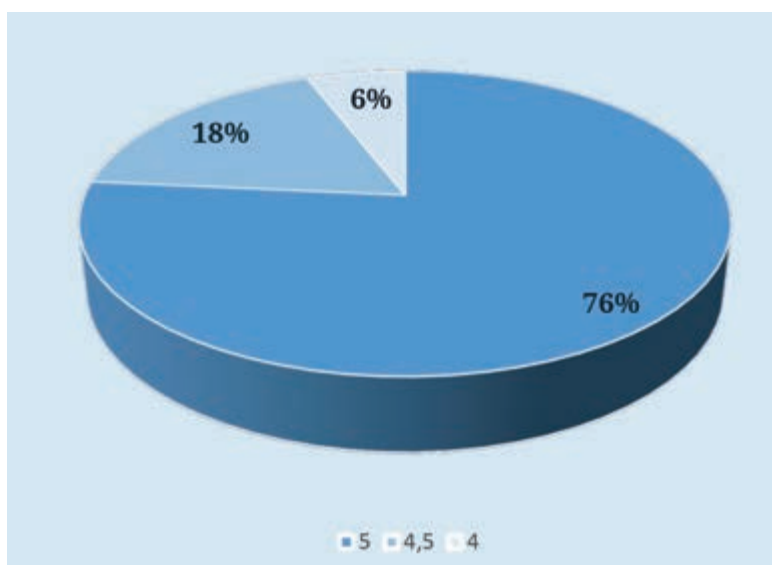
Portal e-učenje ima 18 *online* tečajeva iz različitih područja sestrinstva. Broj autora tih tečajeva je 50. Velik broj kolegica uspješno je položio navedene tečajeve što se vidi iz grafičkog prikaza 2.



Grafički prikaz 2:
Broj upisanih/položenih tečajeva

Komentari kolegica i ocjene tečajeva izuzetno su pozitivni te potiču takav oblik edukacije. Osim tečajeva, na portalu su objavljeni i članci za koje se ne dobivaju bodovi, ali oni daju informacije o tome što se događa u sestrinstvu. Dosad je objavljeno 7 članaka: *Kradljivci vremena u sestrinskoj praksi*, *Zdravstvena pismenost*, *Kvaliteta radnog života medicinskih sestara*, *Sepsa*, *Međunarodni dan sestrinstva* te *Alergija na lateks*.

Polaznici su većinom tečaj ocijenili odličnim ocjenama: 13 tečajeva dobilo je ocjenu 5, 3 tečaja ocjenu 4,5 i 1 tečaj ocjenu 4 (grafički prikaz 3).



Grafički prikaz 3:
Ocjene online tečajeva

PRIPREMILA: M. Kadović

LEADERSHIP PROGRAM ZA VODITELJE TIMOVA ZDRAVSTVENE NJEGE



U Hrvatskoj komori medicinskih sestara je, u suradnji s dvjema ustanovama iz Irske (Royal College of Surgeons i Institute of Leadership), organiziran edukacijski program naziva *A leadership "Train the Trainers" Programme for Senior Nurse Managers / Directors of Nursing in Croatia*.

Program su provodile **prof. Marie Carney**, Fakultet za sestrinstvo i primaljstvo (RCSI) i **Catherine Clune Mulvaney (MScN)**, *operations and programme manager*, Fakultet za sestrinstvo i primaljstvo (RCSI). Institute of Leadership obje je predavačice proglasio certificiranim trenerima sestrinskog *leadershipa*. Nadalje, taj program redovito provode na Fakultetu za sestrinstvo i primaljstvo pri RCSI-ju.

Program je smišljen kao priprema *leadership* trenera u sestrinstvu kako bi se omogućilo i olakšalo obrazovanje sestara u zdravstvenoj njezi na temeljima učinkovitog profesionalnog vodstva. Program je usredotočen na razvoj koncepta, znanja i kompetencija ključnog vodstva i ima pet cjelina.

U literaturi postoje mnoge teorije i definicije vodstva. U ovom programu neke od ključnih vrijednosti koje su bitne u treniranju vodstva uključuju:

- osnaživanje
- odgovornost i upravljanje
- kreativnost i inovacije
- odlučnost
- autentičnost
- podržavanje
- integritet
- poštovanje
- davanje kvalitetne usluge
- naporan rad i predanost
- osobni rast/razvoj i učenje.

Opravedanost organizacije i provedbe takve edukacije temelji se na analizi potreba u sestrinstvu koja je provedena u Hrvatskoj. Ona upućuje na manjak edukacije o *leadershipu* u sestrinstvu koja bi omogućila kvalitetnu zdravstvenu njegu temeljenu na dokazima. Voditelji timova zdravstvene njege i sestrinski menadžeri trebaju ovladati znanjem o učinkovitom vodstvu i razumjeti ga. Svrha je tog programa trajnog stručnog usavršavanja da sudionici dobiju znanje i kompetencije koje su potrebne za olakšavanje organiziranja sestrinske skrbi u odnosu na učinkovito vodstvo.

- Osigurati menadžerima sestrinstva znanje i razumijevanje načina na koje mogu razviti svoje sposobnosti i sposobnosti da postanu učinkovit vođa i menadžer.
- Osigurati uvjete za medicinske sestre menadžere da ispituju profil svojeg tima i sposobnosti vodstva u upravljanju ljudima.

Cjelina br. 1	Olakšavanje razumijevanja i upravljanja samim sobom	7 sati
Cjelina br. 2	Olakšavanje vođenja i upravljanja vodećim timovima i ostalim djelatnicima	7 sati
Cjelina br. 3	Olakšavanje upravljanja promjenama	7 sati
Cjelina br. 4	Kontinuirano poboljšanje kvalitete treniranja vodstva	7 sati
Cjelina br. 5	Olakšavanje vođenja i upravljanja razvojem usluga	7 sati

- Izazvati medicinske sestre menadžere na to da se oslanjaju na radnu praksu kako bi razumjele proces promjene i naučiti ih kako voditi inicijativu u organizaciji.
- Uvesti menadžere u sestrinstvu u postojeće strategije, prakse i odabrati najbolje primjere prakse, alata i tehnika za vođenje i upravljanje radi poboljšanja kvalitete zdravstvene skrbi pružajući im znanja i vještine s pomoću kojih bi bolje vodile i upravljale kvalitetnim i sigurnim zdravstvenim uslugama.
- Osigurati sestrinskim menadžerima alate za razumijevanje širih organizacija u kojima rade
- Pružiti menadžerima sestrinstva kompetencije u planiranju i odabiru prioriteta svojih resursa na strateški način.

Edukaciju je pohađalo 20 visokoobrazovanih medicinskih sestara iz Republike Hrvatske, članica Hrvatske komore medicinskih sestara.

Sve su polaznice nakon odlušanih 35 sati nastave trebale smisliti i isplanirati projekt *leadership* programa u svojoj praksi. Osim pisanog seminara, morale su prezentirati i svoj program pred ostalim polaznicima i profesorima. Za izradu projekta imale su dva mjeseca.

Nakon što su dobile certifikat o položenoj edukaciji i stečenim kompetencijama edukatora sestrinskog *leadershipa*, sve polaznice prema istom nastavnom planu i istim kriterijima moraju educirati sestre menadžere u zdravstvenim ustanovama u kojima rade.

**Professional Development Programme for Croatian Nursing Council:
Title: Leading in Professional Development for Senior Nurse Managers**

**Delivered by Prof Marie Carney, Faculty of Nursing and Midwifery,
Royal College of Surgeons in Ireland in CNC, Zagreb on Wednesday March 22nd 2017**

Programme: Assignment Presentations from Senior Nurse and Midwife Managers

Sabina Bis: "Teamwork in rehabilitation"

Željka Benceković:

"Improving quality initiative in prevention and treatment of pressure injury in the Sestre milosrdnice University Hospital Centre"

Željka Dujmić:

"Continuing education employees of the hospital about the measures of prevention and control infections associated with health care"

Nataša Graho: "Innovation of care for patients on peritoneal dialysis"

Zvezdana Gvozdanović: "Nurse – patient communication"

Marija Kadović: "Satisfied employee = successful employee"

Jelena Kitanović: "Including nurses in health education in schools"

Željka Kralj:

"Improving how informed the patients are during rehabilitation after spinal surgery"

Biljana Kurtović:

"Clinical and Translational Nursing Research Center UHC Sestre milosrdnice, Zagreb"

Sandra Lovrić: "Education of nurses in hospital about palliative care"

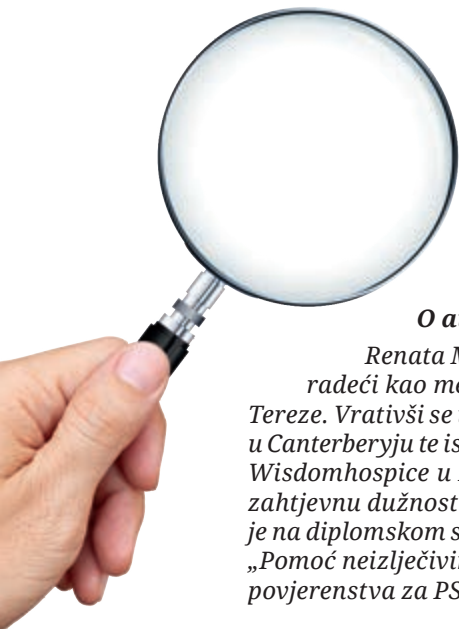
Ljerka Marukić: "Empowering skills for nursing managers in delegating tasks"

Marija Milić: "Implementation of screening for early detection of metabolic syndrome (MetS) in patients with schizophrenia"

Ružica Mrkonjić, Jadranka Ristić: "Culture of organisation in Croatian hospitals"

Cecilija Rotim: "APS (Acute Pain Service) Establishment within UHC Sestre milosrdnice"

PRIPREMILA: mr. sc. Renata Marđetko



PALIJATIVNA SKRB pod povećalom

O autorici:

Renata Marđetko magistrica je palijativne skrbi koja je svoja prva radna iskustva stekla radeći kao medicinska sestra u Londonu, a potom je volontirala u Kalkuti kod sestara Majke Tereze. Vrativši se u Englesku, upisuje magisterij iz područja palijativne skrbi na University of Kent u Canterburyju te istodobno volontira u prvom modernom hospiciju u Londonu – Christopherhospice, Wisdomhospice u Rochesteru te Trinity Hospice u Londonu. Donedavno je obnašala odgovornu i zahtjevnu dužnost voditeljice Centra za koordinaciju palijativne skrbi Grada Zagreba. Nastavnica je na diplomskom studiju sestrinstva Katoličkog sveučilišta u Zagrebu. Jedna je od osnivača Udruge „Pomoć neizlječivima“ u rodnoj Kotoribi u Međimurju. Magistra Marđetko članica je Nacionalnog povjerenstva za PS RH pri MZ-u RH te voditeljica Radne grupe za PS pri HKMS-u.

FILOZOFIJA PALIJATIVNE SKRBI

Palijativna skrb nije samo popularan izraz koji se često spominje u Hrvatskoj sa šturim objašnjenjima. Palijativna skrb svjedočenje je na kruni života, obaveza i čast obitelji i profesionalaca te ponos ili poraz jednog društva. Palijativna skrb vrednovanje je života, a ne posustajanje pred smrću. To nije samo nastojanje da se ublaži patnja, već i da se pomogne čovjeku da živi i osjeća se dostojanstveno do samog kraja, kako navodi Cicely Saunders. To zaista nisu samo prazne riječi niti je to samo obaveza bolesnikove obitelji ili profesionalaca nego svih nas koji živimo u nekoj lokalnoj zajednici. Međutim, to jesu riječi – riječi empatije i razumijevanja, želja da se ukloni bol ili pomogne osobi da u svojoj autonomiji, a uz našu pomoć, odluči kako želi i može živjeti, ali i umrijeti. Palijativna skrb hrabrost je onih koji odlaze i onih koji ih prate na tom putu.

VELIKA BRITANIJA KAO KOLIJEVKA PALIJATIVNE SKRBI

Pojedine države u svijetu iznimno su napredovale u razvoju i pružanju palijativne skrbi, a sve su one taj razvoj pokrenule počevši od pojedinaca: profesionalaca i laika koji te zajednice i društva čine. Iako je briga za umiruće postojala otkad i čovjek te su se kroz povijest organizirali određeni oblici skrbi, pa čak i hospiciji za ljude pri kraju života (Francuska, Irska i dr.), Dame Cicely Saunders smatra se začetnicom modernog hospicijskog pokreta, onog koji danas zovemo palijativna skrb. Dame Saunders je kao medicinska sestra, a kasnije i socijalna radnica i liječnica, prepoznala da je u

sustavu skrbi za bolesnike u Velikoj Britaniji, koji je i tada vjerojatno bio napredniji u odnosu na one u drugim zemljama, potrebno posvetiti posebnu pozornost onima čija je bolest neizlječiva, ali i uznapredovala. Kada kod neizlječive bolesti nastupe pogoršanja koja donose i fizičku, ali i emocionalnu, duhovnu ili socijalnu patnju, medicina koja je nastojala izliječiti čovjeka gubi svoju moć. U tim trenucima zbog nemoći svih modernih postupaka i liječenja osjećaj bespomoćnosti proživljavaju i sam bolesnik, ali i njegova obitelj, poznanici i prijatelji. Takve je trenutke Cicely Saunders prepoznala kao vrijeme u životu čovjeka i njegove šire okoline kada je potrebna skrb koja uključuje više od zdravstvene skrbi i nastojanja da se bolest pobijedi i život pod svaku cijenu produlji. Također je prepoznala da nije dovoljno da su samo uključene različite službe koje imaju svoja pravila i način rada, a pritom možda i nisu dobro povezane, već je potreban interdisciplinarni rad, zajednička suradnja i sudjelovanje u donošenju odluka i pružanju skrbi za istog bolesnika i njegovu obitelj – kako u skrbi, tako i u žalovanju. U skladu s takvim spoznajama tijekom svojeg rada s umirućim bolesnicima Dame Cicely Saunders 1967. pokreće St. Christopher's Hospice, prvu instituciju koja svojim kontinuiranim razvojem kroz nekoliko različitih službi koje su smještene unutar jedne ustanove – hospicija (stacionarni dio, dnevni centar i dom bolesnika) pruža cjelovitu skrb za palijativne bolesnike i njihove obitelji. Takva skrb, osim podrške bolesniku, uključuje i podršku članovima obitelji tijekom skrbi te podršku u procesu žalovanja kroz posebno oblikovane usluge i službe žalovanja koje također djeluju u hospiciju. U sklopu hospicija kao krovne organizacije na jednom određenom području (dio

Londona) usporedno su se razvijale i druge komponente važne za razvoj brige za bolesnike i obitelji, ali i palijativne skrbi kao struke i specijalizacije: edukacija, istraživanje, uključivanje volontera i stvaranje centra izvrsnosti.

St. Christopher's hospice je svojim djelovanjem predstavljao, a i danas predstavlja, ne samo krovnu instituciju za pružanje uzorne palijativne skrbi na različitim razinama nego i filozofiju i principe na kojima se palijativna skrb temelji. Unatoč različitoj terminologiji koja se koristi i različitim oblicima razvoja palijativne skrbi diljem svijeta, ideje i načela modernog hospicijskog pokreta iz Velike Britanije temelj su i poveznica svih koji sudjeluju u skrbi na kraju života.

SLUŽBE PALIJATIVNE SKRBI

Modeli palijativne skrbi ne mogu se preslikati. Mogu se prema istim principima razvijati u skladu s potrebama i mogućnostima određenog područja: grada, regije ili države. Na taj je način razvijena skrb u cijeloj Velikoj Britaniji, ali i drugim zemljama Europe. Službe specijalističke palijativne skrbi koje opisuje Bijela knjiga razvoja palijativne skrbi u Europi (Europsko udruženje za palijativnu skrb), a koje su organizirane i predstavljaju sustav palijativne skrbi u velikom broju zemalja jesu:

• INSTITUCIJA ZA PALIJATIVNU SKRB ILI HOSPICIJU

Posebna institucija/bolnica za pružanje palijativne skrbi u koju dolaze bolesnici kad se simptomi ne mogu zbrinuti u kući bolesnika ili da bi se obitelji omogućio kraći period odmora kako bi mogli nastaviti skrbiti o članu svoje obitelji. Bolesnik nakon boravka u hospiciju u trajanju od nekoliko dana ili tjedana odlazi na skrb tamo gdje je prije prijema u hospicij živio. Neki od bolesnika preminu za vrijeme boravka u hospiciju.

• DNEVNI CENTAR ZA PALIJATIVNU SKRB

Služba koja je najčešće u sklopu hospicija kamo dolaze palijativni bolesnici kako bi nakratko napustili svoj dom koji je mjesto na kojem se o njima skrbi te proveli dan zajedno s drugim sličnim bolesnicima. U dnevnom centru bolesnici imaju mogućnost razgovorati sa svim profesionalcima unutar hospicija ovisno o simptomima koji im se javljaju tijekom bolesti koja napreduje. Za bolesnike su organizirani oblici radne i komplementarne terapije koji doprinose kvaliteti života palijativnih bolesnika – usluge frizera, masaža, aromaterapija, terapija glazbom, terapija umjetnošću i slično. Dnevni centar pruža podršku i članovima obitelji tako da u vrijeme kad je bolesnik odsutan oni obavljaju neke poslove koje ne mogu zbog skrbi o bolesniku, odmaraju se ili katkad i sami pohađaju dogovorene oblike terapije ili podrške koje organizira palijativna služba.



• ODJEL PALIJATIVNE SKRBI U BOLNICI ILI DRUGOJ INSTITUCIJI

Odjel unutar bolnice koji pruža stacionarnu skrb te zbrinjava simptome bolesnika koji ne mogu biti zbrinuti u kući. Odjel palijativne skrbi može biti organiziran najčešće zbog toga što ne postoji mogućnost izgradnje hospicija na određenom području, ali to može biti slučaj i zbog nekih drugih razloga.

• BOLNIČKI TIM ZA PALIJATIVNU SKRB

Bolnički tim stručnjaka za palijativnu skrb pruža dodatnu kvalitetu skrbi za bolesnike koji su smješteni na akutnim odjelima unutar neke bolnice. Bolnički palijativni tim sudjeluje u rješavanju posebno zahtjevnih simptoma, u pružanju psihosocijalne podrške bolesniku i obitelji te pomaže prilikom planiranja kontinuirane skrbi i nakon otpusta iz bolnice. Takav tim pruža podršku, ali i pomoć osoblju svih odjela u zahtjevnoj skrbi koju sami djelatnici zbog opterećenja koje akutni odjeli donose ne mogu sami osigurati.

• MOBILNI PALIJATIVNI TIM

Tim stručnjaka koji u kući bolesnika pruža specijalističku palijativnu skrb te, uz druge službe primarne zdravstvene zaštite i njegovu obitelj, omogućuje bolesniku da do kraja života ostane u svojem domu. Mobilni tim zajedno s bolesnikovim liječnikom opće medicine i drugim profesionalcima sudjeluje u rješavanju simptoma koji su kod uznapredovale bolesti teški te sudjeluje u podršci bolesniku i obitelji u prihvatanju dijagnoze i prognoze te u pripremama za fazu aktivnog umiranja kod kuće.

VOLONTERI U PALIJATIVNOJ SKRBI

Volonteri svojim djelovanjem poboljšavaju kvalitetu cjelovite skrbi za bolesnike i obitelji te doprinose razvoju palijativne skrbi na različitim razinama, ovisno o organizaciji pojedine službe: od prikupljanja sredstava, podizanja razine svijesti, boravka s bolesnikom te pružanja usluga koje nisu u domeni zdravstvenih radnika.

STANJE PALIJATIVNE SKRBI U NEKIM EUROPSKIM ZEMLJAMA

Razvoj službi palijativne skrbi ovisi i o odlukama i mogućnostima financiranja novog sustava skrbi koji mora biti implementiran u postojeći sustav zdravstvene i socijalne zaštite, ali ipak zahtijeva dodatna novčana izdvajanja.

Velika Britanija je primjer financiranja palijativne skrbi u velikoj mjeri od donacija građana i organizacija (70 %). Oko 30 % sredstava financiraju državne institucije. Neke druge zemlje u Europi sredstva za razvoj palijativne skrbi primaju od državnih institucija, neke od zdravstvenih osiguranja, donacija, međunarodnih projekata ili često u kombinaciji različitih izvora financiranja.

Velika Britanija ima oko 63 milijuna stanovnika. Za skrb palijativnih bolesnika u 2011. g. postojala su: 189 hospicija (2908 kreveta), 272 vrste usluga dnevnih centara, 31 odjel palijativne skrbi u bolnicama (248 kreveta), 308 bolničkih timova te 337 mobilnih palijativnih timova. Palijativna skrb za djecu uključuje 42 hospicija (334 kreveta), 31 dnevni centar, 241 krevet u tercijarnim bolnicama, 10 bolničkih timova i 46 mobilnih timova.

Irska ima populaciju od 4,6 milijuna stanovnika. Ima organiziranih 9 hospicija i jedan dječji hospicij (156 kreveta), 7 dnevnih centara, 39 bolničkih timova i 35 mobilna tima.

Italija ima oko 61 milijun stanovnika. Palijativna skrb organizirana je putem 312 mobilnih timova i 175 hospicija (1991.).

Austrija ima 8,5 milijuna stanovnika. U 2011. g. postojalo je 8 hospicija (68), 29 odjela za palijativnu skrb (254 kreveta), 20 bolničkih timova, 40 mobilnih timova i 146 timova volontera.

Makedonija ima 2,1 milijun stanovnika. Službe palijativne skrbi su: 3 hospicija (350 kreveta), 3 dnevna centra, 9 bolničkih odjela za palijativnu skrb (220 kreveta), 4 bolnička tima, 1 mobilni tim i 2 tima volontera.

Rumunjska ima populaciju od 20 milijuna stanovnika. U 2011. imala je organizirane sljedeće službe: 11 hospicija (139 kreveta), 5 dnevnih centara, 14 odjela za palijativnu skrb u bolnicama (357 kreveta), 2 bolnička tima i 15 mobilnih timova.

Sve službe organizirane su na sličan način, prema zajedničkim europskim smjernicama.

PALIJATIVNA SKRB U HRVATSKOJ DANAS

Palijativna skrb u Hrvatskoj u iznimno je aktivnom tijeku razvoja. Iako se često govori da nije razvijena na nacionalnoj razini, što je još uvijek istina, trebalo bi istaknuti pozitivne strane razvoja te pozitivne strane činjenice da se inicijativa za sustavni razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj pripremala dulje nego u susjednim zemljama Europe. Razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj počeo je još prije 20 godina na inicijativu profesorice Anice Jušić i njezinih suradnika i prijatelja. Zbog svih poteškoća s kojima se Hrvatska u tom razdoblju susretala, ponajprije obrambenim Domovinskim ratom, ali vjerojatno i zbog nepostojanja kritične mase koja bi organizirani razvoj potaknula, takav polagani tijek osiguravao je skrb za malen broj ljudi i na samo određenim područjima. Međutim, dok je u nekim susjednim zemljama osnovano nekoliko hospicija ili službi u određenim gradovima, ali ne u cijeloj zemlji, u Hrvatskoj se u posljednjih 5 godina razvila mreža palijativne skrbi koja u svakoj županiji bilježi nekoliko koraka razvoja. Nadalje, od posebne su važnosti za sustavni napredak izrađeni strateški dokumenti razvoja na nacionalnoj razini te planovi razvoja na lokalnoj razini kao i smjernice za pružanje skrbi te programi edukacije za sve struke uključene u pružanje skrbi. Moje iskustvo, ali i brojna istraživanja dokazuju da su poteškoće i potrebe vezane za kraj života te gubitak i žalovanje slični svugdje u svijetu. Ono po čemu se pojedina zemlja, pa tako i Hrvatska, razlikuje je pomoć i podrška koju građani u takvim trenucima mogu primiti. Ta pomoć, podrška i razumijevanje mogu biti uvjetovani kulturom, obiteljskim dinamikama, okolnostima lokalne zajednice ili postojećim resursima profesionalne pomoći. Zbog navedenih razloga i primjera dobre prakse svih opisanih službi Hrvatska je, kao i druge zemlje Europe, prihvatila predložene smjernice organizacije palijativne skrbi.

U SKLADU S TIM SMJERNICAMA, ALI I SA SPECIFIČNOSTIMA, POTREBAMA I MOGUĆNOSTIMA NAŠE ZEMLJE IZRAĐEN JE STRATEŠKI PLAN RAZVOJA PALIJATIVNE SKRBI RH 2014. - 2016. TE PRIJEDLOG NOVOG PROGRAMA ZA SLJEDEĆE RAZDOBLJE DO 2020. G.

U tim strateškim dokumentima definirane su službe specijalističke palijativne skrbi, njihova implementacija u postojeći sustav te razrađeni koraci daljnjeg rada kroz provedbeni plan.

U 2016. godini u Hrvatskoj su postojale sljedeće službe:

- 6 županijskih projektnih timova (Istra, Ka, KZŽ, OBŽ, PSŽ, Grad Zagreb)
- 5 županijskih koordinacijskih centara za palijativnu skrb (Istra, OBŽ, PGŽ, VSŽ, Grad Zagreb)
- 45 posudionica pomagala
- 16 volonterskih organizacija za palijativnu skrb
- 241 postelja za palijativnu skrb u 13 bolničkih ustanova
- 16 bolničkih timova u palijativnoj skrbi (Istra, Ka, KKŽ, Međimurje, PSŽ, PGŽ, SMŽ, VŽ, VSŽ, Grad Zagreb)
- 10 pilot-projekata palijativne skrbi mobilnih palijativnih timova (PGŽ, Istra, Međimurje, OBŽ, VSŽ, PSŽ, DNŽ, KKŽ, Grad Zagreb)

Kao aktivni sudionici razvoja svjesni smo brojnih poteškoća, nedostataka i budućih obaveza sa svrhom poboljšanja jer su službe palijativne skrbi u početku svojeg rada i članovi službi nisu specijalisti palijativne skrbi. Usprkos tome smo sretni što je razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj sustavan i koristi javnozdravstveni pristup. Takav pristup razvoju omogućuje cjelovitost u razvoju, ali i u skrbi o bolesnicima na kraju života te o njihovim obiteljima.

LITERATURA:

1. Baines, M. Pioneering days of palliative care. From pioneer days to implementation: lessons to be learnt. *European Journal of Palliative Care*, 2011; 18(5): 223–227
2. Centeno, C. Clark, D. Lynch, T. Racafort, J. Prall, D. De Lima, L. Greenwood, A. Flores, L. A. Brasch, S. Giordano, A. EAPC Task Force. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC Task Force. *Palliat Med* 2007 Sep;21(6):463-71. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17846085>.
3. Clark, D. Centeno, C. Palliative Care in Europe an emerging approach to comparative analysis, *Clin Med* 2006;6:197-201 Dostupno na: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=hlysKW0lkLs%3D>.
4. Du Boulay, S. Rankin, M. Cicely Saunders, the Founder of the Modern Hospice Movement, updated edition. London: SPCK, 2007: 49.
5. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2014-2016. Dostupno na: [file:///C:/Users/KORISNIK/Downloads/PALIJATIVNA_SKRB_Strategija_razvoja_PS_u_RH_final_za_javnu_raspravu%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/KORISNIK/Downloads/PALIJATIVNA_SKRB_Strategija_razvoja_PS_u_RH_final_za_javnu_raspravu%20(2).pdf).
6. Radbruch, L. Payne, S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*. 16(6):278-289; 2009.
7. Radbruch, L. Payne, S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*. 1
8. Van Beek, K. Woitha, K. Ahmed, N. Menten, J. Jaspers, B. Engels, Y. H. Ahmedzai, S. Vissers, K. Hasselaar, J. (2013.) Comparison of legislation, regulations and national health strategies for palliative care in seven European countries (Results from the Europall Research Group): a descriptive study. *BMC Health Services Research* 2013;13:275. Dostupno na: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-275>.

PRIPREMILI:

Danijela-Lana Domitrović, magistra sestrinstva

Samir Čoralić, magistar sestrinstva

ORGANIZACIJA RADA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI HRVATSKOJ



III.

ZDRAVSTVENI ZAVODI NA RAZINI PZZ-A

DJELATNOST IZVANBOLNIČKE HITNE MEDICINSKE SLUŽBE, POSLOVI I RADNI ZADATCI MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA (IHMS)

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

II.

Palijativni mobilni tim

Ostale specijalističke ordinacije u kojima rade medicinske sestre, a koje djeluju u domovima zdravlja

IV.

Ostale ustanove koje skrbe o zdravlju stanovništva u zajednici



SAŽETAK

Zdravstvena zaštita sustav je društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređivanje zdravlja, sprečavanje bolesti, zatim rano otkrivanje i pravodobno liječenje bolesti što uključuje i zdravstvenu njegu i rehabilitaciju.

Na razini primarne zdravstvene zaštite, osim domova zdravlja i ustanova za zdravstvenu njegu, djeluju i zavodi za javno zdravstvo te izvanbolnička hitna medicinska služba.

Ključne riječi: zavodi, javno zdravstvo, izvanbolnička hitna medicinska služba

ZDRAVSTVENI ZAVODI NA RAZINI PZZ-A

UVOD

U Republici Hrvatskoj zdravstvena zaštita provodi se u skladu s načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitom pristupu na razini primarne zdravstvene zaštite kao i u specijaliziranom pristupu u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti. Organizirana je na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda.

Zdravstvene ustanove na razini primarne zdravstvene zaštite jesu domovi zdravlja, ustanova za zdravstvenu skrb, ustanova za zdravstvenu njegu i ustanova za palijativnu skrb. Ustanove na sekundarnoj razini jesu poliklinike, bolnice i liječilišta, a na tercijarnoj razini klinika, klinička bolnica i klinički bolnički centar.

Zdravstveni su zavodi ustanove u kojima se provodi dio zdravstvene djelatnosti koja se obavlja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini, a uključuje državni zdravstveni zavod, zavode za javno zdravstvo jedinica područne samouprave i zavode za hitnu medicinu jedinica područne samouprave.

Državni zdravstveni zavodi jesu: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu, Hrvatski zavod za telemedicinu, Hrvatski zavod za toksikologiju i antidoping i Hrvatski zavod za hitnu medicinu.

Na nivou PZZ-a djeluje Hrvatski zavod za javno zdravstvo, odnosno zavodi za javno zdravstvo i Hrvatski zavod za hitnu medicinu s djelatnosti Izvanbolničke hitne medicine.

JAVNO ZDRAVSTVO

Javno zdravstvo definirano je kao znanost i umijeće sprečavanja bolesti, produljenja života i promocije zdravlja kroz organizirane napore društva (Acheson 1988.).

Iako je promišljanje o javnom zdravstvu, odnosno o javnom zdravlju (*public health*), počelo već u 19. stoljeću u Velikoj Britaniji (Zakon o javnom zdravstvu donesen je 1948.), prvu definiciju javnog zdravstva dao je Winslow 1920. godine i prema toj je definiciji javno zdravstvo znanost i umijeće sprečavanja bolesti, produžetka života i promicanja zdravlja kroz organizirane napore zajednice za zaštitu životne okoline, kontrolu infekcija u zajednici, edukaciju pojedinaca o principima osobne higijene, organiziranjem zdravstvene službe za ranu dijagnozu i preventivnu terapiju bolesti i razvoj socijalnih mehanizama koji će osigurati da svaki pojedinac u zajednici ima životni standard koji će mu omogućiti očuvanje zdravlja.

Javno zdravstvo društveni je i politički koncept čiji je cilj unapređenje zdravlja, produljenje i poboljšanje kvalitete života pučanstva s pomoću zdravstvenog prosvjećivanja, sprečavanja bolesti te drugih oblika zdravstvenih i drugih intervencija.

Svijest unapređenja javnog zdravstva izuzetno je važno za svaku državu i njezinu politiku jer preventivnim mjerama znatno smanjujemo troškove u vidu liječenja i rehabilitacije, smanjuje se smrtnost, ali uspostavlja socijalna stabilnost, razvoj i prosperitet jedne države. Usprkos trendu privatizacije zdravstva, javnozdravstveni zavodi moraju ostati državna tijela koja će biti objektivna, sveprisutna i u službi pučanstva i zajednice, odnosno tijela koja će surađivati sa svim zdravstvenim i nezdravstvenim ustanovama kao i vladinim i nevladinim organizacijama.

ZAVODI ZA JAVNO ZDRAVSTVO

Hrvatski zavod za javno zdravstvo krovna je javnozdravstvena ustanova koja obavlja djelatnosti iz epidemiologije karantenskih i drugih zaraznih bolesti te kroničnih masovnih nezaraznih bolesti, zatim djelatnosti javnog zdravstva, zdravstvenog prosvjećivanja sa svrhom promicanja zdravlja i prevencije bolesti, zdravstvene ekologije, mikrobiologije, školske medicine, mentalnog zdravlja i prevencije ovisnosti.

Na nižoj razini, odnosno na jedinicama područne samouprave, djeluju zavodi za javno zdravstvo, ukupno 21, a obavezni su organizirati službe promicanja zdravlja, epidemiologije, mikrobiologije, javnog zdravstva, zdravstvenu ekologiju, školsku medicinu, zaštitu mentalnog zdravlja te prevenciju ovisnosti.

Organizacija, struktura i funkcije zavoda za javno zdravstvo određeni su Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.

SESTRINSTVO U JAVNOZDRAVSTVENOJ DJELATNOSTI

Sestrinstvo u javnozdravstvenoj djelatnosti također počinje u Engleskoj kada je Florence Nightingale



1859. godine sudjelovala u organizaciji promocije i poboljšanja javnog zdravlja u kojoj su medicinske sestre bile odgovorne za zdravlje ljudi u određenom području. Početkom 20. stoljeća na području Hrvatske uspostavlja se javnozdravstvena skrb na nivou patронаžne djelatnosti čiji je zadatak još uvijek briga o zdravlju zajednice kao i koordinacija između zajednice i ostalih zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnosti. Patronažna djelatnost djeluje na razini primarne zdravstvene zaštite na nivou domova zdravlja. U javnozdravstvenim zavodima zaposlene su medicinske sestre, najčešće sa završenim preddiplomskim ili diplomskim studijima.

U drugoj polovici 20. stoljeća razvoj medicine zahtijeva i razvoj procesa zdravstvene njege te nameće i razvoj obrazovanja medicinskih sestra i njihovu profesionalizaciju u društvu.

Imajući na umu kako su Ujedinjeni narodi još 2012. godine definirali Ciljeve održivog razvoja (engl. *Sustainable Development Goals* – SDGs): gospodarski, socijalni i okolišni koji uz ciljeve sadržane u Milenijskim razvojnim ciljevima (MDGs) mogu predstavljati globalni razvojni program za razdoblje do 2030. godine, moramo istaknuti kako hrvatski obrazovni programi medicinskih sestra na preddiplomskim, diplomskim i postdiplomskim studijima osiguravaju temelj velikim mogućnostima.

Medicinske sestre kao primarni davatelji zdravstvenih usluga imaju ključnu ulogu u ostvarivanju ciljeva održivog razvoja i utjecaj na socijalne odrednice zdravlja. One su te koje u neposrednom kontaktu s ranjivima i bespomoćnima imaju uvid u zdravstvene potrebe pojedinca i ranjivih skupina izvan medicinskih ustanova, a i u dijagnoze.

DJELATNOST IZVANBOLNIČKE HITNE MEDICINSKE SLUŽBE, POSLOVI I RADNI ZADATCI MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA (IHMS)

Djelatnost hitne medicine organizira se i provodi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Hitna medicina u Republici Hrvatskoj organizirana je prema modelu cjelovitog sustava izvanbolničke i bolničke djelatnosti hitne medicine tijekom 24 sata. Djelatnost izvanbolničke hitne medicine (IHMS) specifična je djelatnost u odnosu na ostale djelatnosti zdravstvenog sustava zbog uvjeta rada, opreme i ograničenja u broju djelatnika. Do svakog pojedinog bolesnika dolazi se na mjesto događaja koje zaprima dispečer u medicinsko prijavno-dojavnoj jedinici (u nastavku MPDJ). Bolesnici imaju različite tegobe ili ozljede u bilo koje doba dana ili noći. Djelatnici IHMS-a izloženi su nekontroliranim uvjetima rada pazeći na sigurnost sebe i drugih članova tima, ali i naglo oboljelog ili unesrećenoga. Timski rad ono je što je istaknuto u djelatnosti IHMS-a jer svaki član tima

ovisi jedan o drugom, stoga moraju biti sinkronizirani u postupcima. U izvanbolničkim uvjetima ne može se računati na pomoć većeg broja starijih i iskusnijih kolega kao u bolnicama.



Preventivni
program

Za zdravlje. Danas.



Ministarstvo
zdravlja



HZJZ



Hrvatski
zavod za
zdravstvenu
sigurnost

Nacionalni program
ranog otkrivanja raka.

DJELATNOST

Djelatnost hitne medicine organizira se i provodi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. U sklopu primarne zdravstvene zaštite organizirana je IHMS koja se razlikuje od ostalih razina s obzirom na uvjete rada i opremu. Oprema koja se upotrebljava u IHMS-u ne upotrebljava se u bolničkim uvjetima iako određenu opremu u bolnicama posjeduju kako ne bi premještali bolesnika s određenog imobilizacijskog sredstva te time ugrozili već narušeno zdravlje dok se bolesnika detaljno ne pregleda i ne potvrdi dijagnozu. Djelatnost izvanbolničke hitne medicine obavljaju županijski zavodi i njihove ispostave za područje županije. U RH djeluje 21 županijski zavod hitne medicine te glavni, Hrvatski zavod za hitnu medicinu koji nadgleda rad županijskih zavoda te daje smjernice za rad, donosi standarde i pravilnike kako bi poboljšali rad IHMS-a. Izvanbolničko hitno medicinsko zbrinjavanje obvezatan je pružiti onaj županijski zavod na čijem je području nastupila potreba hitnog medicinskog zbrinjavanja. Ako županijski zavod nije u mogućnosti pružiti potrebno hitno medicinsko zbrinjavanje, obvezatan je zatražiti sudjelovanje najbližeg županijskog zavoda direktnom linijom ili preko centra 112.

Županijski zavodi obavljaju sljedeće poslove izvanbolničke hitne medicine:

- zaprimanje hitnih medicinskih poziva te slanje timova na intervenciju i upravljanje komunikacijskim sustavom
- obavljanje poslova hitnog medicinskog zbrinjavanja hitnih stanja oboljelih i ozlijeđenih osoba
- pružanje hitnog medicinskog zbrinjavanja roditeljima tijekom poroda izvan zdravstvene ustanove, odnosno tijekom prijevoza
- pružanje hitnog medicinskog zbrinjavanja u prostoru za reanimaciju/ambulantu



- ako je potrebno, prevoženje najkraćim putem ozlijeđenih, odnosno oboljelih osoba, u najbližu odgovarajuću zdravstvenu ustanovu radi nastavka postupka liječenja
- suradnja s drugim zdravstvenim ustanovama i zdravstvenim radnicima u dijagnostici i liječenju
- sudjelovanje u organizaciji i provedbi zdravstvene zaštite u izvanrednim okolnostima u koordinaciji s Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu
- osiguravanje provođenja obvezujućih standarda operativnih postupaka, protokola rada i algoritama postupanja u djelatnosti hitne medicine
- osiguravanje uporabe opreme prema utvrđenim standardima
- vođenje propisane dokumentacije i izvješća koja dostavlja Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu
- obavljanje i drugih poslova na zahtjev i u suradnji s Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu.

Djelatnost izvanbolničke hitne medicine organizirana je kao javna hitna medicinska služba koja se po stručno-medicinskoj doktrini i uz korištenje medicinske tehnologije organizira radi neprekidnog hitnog medicinskog zbrinjavanja svih osoba kojima je zbog bolesti, stradanja ili ozljede neposredno ugrožen život, pojedini organ ili dijelovi tijela, odnosno kod kojih bi u kratkom vremenu moglo doći do životne ugroženosti, a sa svrhom maksimalnog skraćenja vremena od nastanka hitnog stanja do konačnog medicinskog zbrinjavanja u bolnici.

Djelatnost izvanbolničke hitne medicine obuhvaća provođenje mjera i postupaka hitnog izvanbolničkog medicinskog zbrinjavanja na mjestu događaja ili u prostoru za reanimaciju/ambulantu županijskog zavoda ili tijekom prijevoza oboljelih i ozlijeđenih osoba prijevoznim sredstvima hitne medicinske službe u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu.

PRAVILNICI I STANDARDI

Budući da ne postoji zakon o hitnoj medicinskoj službi, na snazi su važeći pravilnici i standardi koji određuju rad, smjernice i djelokrug rada zavoda za hitnu medicinu i redovito se mijenjaju radi poboljšanja kvalitete rada. Tako postoje standardi koji su sastavni dijelovi Pravilnika o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje djelatnosti hitne medicine, a to su:

- Standard medicinske opreme, medicinskih uređaja i pribora za obavljanje djelatnosti izvanbolničke hitne medicine
- Standard zaštitne radne odjeće, obuće i



osobne zaštitne opreme radnika u djelatnosti izvanbolničke hitne medicine

- Standard vozila i vanjskog izgleda vozila za obavljanje djelatnosti izvanbolničke hitne medicine.

Na temelju istog Pravilnika doneseni su i na snazi su Edukacijski programi u izvanbolničkoj hitnoj medicini. Osim navedenog Pravilnika, na snazi je i Pravilnik o uvjetima, organizaciji i načinu obavljanja hitne medicine.

TIMOVI

Timovi u IHMS-u djeluju na nekoliko razina. Prvi kontakt događa se u MPDJ-u gdje se zaprima poziv. Prijavno-dojavna jedinica županijskog zavoda dispečerska je služba izvanbolničke hitne medicine i odgovorna je za primanje poziva na standardiziran način prema protokolu Hrvatskog indeksa prijama hitnog poziva za medicinsko prijavno-dojavnu jedinicu koja upućuje najbliži slobodni tim na



ŠTO ĆE VAS PITATI MEDICINSKI DISPEČER?

Gdje je potrebna pomoć hitne medicinske službe?

Što se dogodilo?

Telefonski broj s kojeg pozivate?

Kome je potrebna pomoć/Koliko osoba treba medicinsku pomoć?

Je li osoba pri svijesti? Diše li osoba?

Ime i prezime osobe za koju zovete?

Vaše ime i prezime?

intervenciju te upravlja komunikacijskim sustavom na svojem području. Djelatnici MPDJ-a obavljaju prijam poziva, određuju stupanj hitnosti, upućuju tim na intervenciju, obavještavaju bolničku hitnu službu o dolasku hitnoga pacijenta, surađuju s policijom, vatrogasnom službom i drugim odgovarajućim službama i daju savjete pozivatelju u skladu s Protokolom za prijam poziva.

Terenski dio IHMS-a čine timovi T1 i T2. U sastavu tima T1 je liječnik, medicinska sestra / tehničar i vozač dok su u timu T2 dva medicinska tehničara / dvije sestre od kojih je jedan vozač vozila HMS-a. Medicinska sestra / medicinski tehničar u timu 1 sudjeluje u obavljanju pregleda te primjeni dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Prvostupnik sestrinstva / medicinska sestra ili tehničar u timu 2 županijskog zavoda obavlja pregled, primjenjuje dijagnostičke i terapijske postupke u skladu s kompetencijama stečenima obrazovanjem i usavršavanjem te koordinira radom tima. Svi članovi obaju timova moraju postupati prema standardnim operativnim postupcima, protokolima rada, algoritmima postupanja i edukacijskim programima koje propisuje Hrvatski zavod za hitnu medicinu.

EDUKACIJA

Edukacijskim programima utvrđen je sadržaj edukacije za dispečere medicinske prijavno-dojavne jedinice, za doktore medicine u timu izvanbolničke hitne medicinske službe, za medicinske sestre, odnosno medicinske tehničare u timu izvanbolničke hitne medicinske službe i za vozače u timu izvanbolničke hitne medicinske službe. Nadalje, njime su utvrđene kompetencije (znanja i vještine) koje polaznik stječe uspješnim završetkom edukacijskog programa te način organizacije i provođenje edukacije.

Edukacijski program za dispečere medicinske prijavno-dojavne jedinice obuhvaća edukacijske vježbe za dispečere medicinsko prijavno-dojavne jedinice i edukacijske vježbe obnove znanja i vještina za dispečere medicinsko prijavno-dojavne jedinice koje omogućuju polaznicima stjecanje i održavanje kompetencija potrebnih za rad u medicinsko prijavno-dojavnoj jedinici. Dispečeri medicinske prijavno-dojavne jedinice moraju obnoviti stečena znanja i vještine prije isteka roka (tri godine od datuma izdavanja potvrđnice koju izdaje Hrvatski zavod za hitnu medicinu nakon uspješno završenog edukacijskog programa).

Edukacijski program za medicinske sestre / tehničare u timu izvanbolničke hitne medicinske službe obuhvaća edukacijske vježbe za medicinske sestre / medicinske tehničare izvanbolničke hitne medicinske službe i edukacijske vježbe obnove znanja i vještina za medicinske sestre / medicinske tehničare izvanbolničke hitne medicinske službe koje medicinskim sestrama / tehničarima omogućuju stjecanje i održavanje kompetencija potrebnih za rad u timu na terenu. Medicinske sestre / medicinski tehničari u timu izvanbolničke hitne medicinske službe moraju obnoviti stečena znanja i vještine prije isteka roka (tri godine od datuma izdavanja potvrđnice koju izdaje Hrvatski zavod za hitnu medicinu nakon uspješno završenog edukacijskog programa).

Nakon završetka edukacije djelatnika izvanbolničke hitne medicinske službe i edukacijskih vježbi obnove znanja i vještina polaznik pristupa pisanjoj i praktičnoj provjeri znanja.

LITERATURA

1. D. Ropac. Javno zdravstvo. Visoka tehnička škola Bjelovar. Bjelovar 2011 [Internet]. [pristupljeno] 6. listopada 2017.] Dostupno na <https://www.scribd.com/doc/191138329/JAVNO-ZDRAVSTVO>
2. Plan razvoja javnog zdravstva za razdoblje 2011. – 2015. GODINE NN 49/11 2011 [Internet]. [pristupljeno] 6. listopada 2017.] Dostupno na <http://www.propisi.hr/print.php?id=11035>
3. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Urednički pročišćeni tekst NN broj 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12 - OUSRH, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14 - O i RUSRH, 154/14 i 70/16) [Internet]. [pristupljeno 6. listopada 2017.] Dostupno na <http://www.propisi.hr/print.php?id=8761>
4. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje djelatnosti hitne medicine NN 71/16
5. Pravilnik o uvjetima, organizaciji i načinu obavljanja hitne medicine NN 71/16
6. Standard medicinske opreme, medicinskih uređaja i pribora za obavljanje djelatnosti izvanbolničke hitne medicine NN 80/16
7. Standard zaštitne radne odjeće, obuće i osobne zaštitne opreme radnika u djelatnosti izvanbolničke hitne medicine NN 80/16
8. Standard vozila i vanjskog izgleda vozila za obavljanje djelatnosti izvanbolničke hitne medicine NN 80/16
9. Edukacijski programi u izvanbolničkoj hitnoj medicini NN 80/16

PRIPREMILE: Željka Kralj, dipl.med.techn., Željka Žnidarić, univ.spec.oec., Nada Jačmenica, dr.med.
(Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice)

ZDRAVSTVENI TURIZAM U KRAPINSKIM TOPLICAMA

HEALTH TOURISM IN THE DESTINATION KRAPINSKE TOPLICE

SAŽETAK

Krapinske Toplice poznati su zdravstveni, lječilišni i turistički centar. Na geografski malom prostoru nalaze se Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju *Krapinske Toplice*, Klinika za kardiovaskularne bolesti *Magdalena* i Specijalna bolnica za ortopediju i traumatologiju *Akromion* što ima velik medicinski značaj i daje nam veliku mogućnost razvijanja zdravstvenog turizma na tom odredištu.

Posebna pogodnost u organizaciji službe jest i neposredna postoperativna rehabilitacija nakon operativnih zahvata koja se provodi u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju *Krapinske Toplice*.

KLJUČNE RIJEČI: Krapinske Toplice, zdravstveni turizam

SUMMARY

Krapinske Spas are renowned health and tourism center. For small geographical area there is a special hospital for medical rehabilitation Krapinske Spa, Special Hospital for cardiology and cardiac surgery, "Magdalena", Special Hospital for Orthopaedics and Traumatology "Akromion" and Internal Clinic for Hemodialysis, "Vita", which gives us great medical importance and great possibility of developing a medical tourism destination on this. A special advantage is the service organization and the immediate post-operative rehabilitation following surgery, which is performed at the Special Hospital for Medical Rehabilitation Krapinske Toplice.

KEYWORDS: Krapinske Toplice, health tourism

Zdravstveni turizam jedan je od najstarijih oblika turizma i vrlo je specifičan. U njemu se stručno i kontrolirano koriste prirodni ljekoviti preparati i fizikalna terapija, a sve to radi očuvanja i poboljšanja zdravlja. Osnove zdravstvenog turizma jesu prirodni ljekoviti činitelji koji mogu biti morski, toplički i klimatski, a usluge koje se nude vezane su za ljekovita blata, klimu, termomineralne vode, naftalin, kvalitetu zraka, šetnice i sunčevo zračenje. Putovanje do drugih odredišta radi zdravstvenih usluga koje su jeftinije nego u matičnoj zemlji postalo je sve popularnije u zapadnoeuropskim zemljama i SAD-u. Podatci govore da je zdravstveni turizam najbrže rastuća grana turizma s godišnjom stopom rasta od 15 do 20 % na svjetskoj razini.

ZDRAVSTVENI TURIZAM U RH

U Hrvatskoj je situacija malo drukčija. Trenutačni obujam zdravstvenog turizma u prihodima turizma iznosi svega 2 %. Kad se govori o potencijalu zdravstvenog turizma, spominje se udio prihoda zdravstvenog turizma od 15 % i prihodi preko 1 milijarde eura.

Hrvatska raspolaže neupitnim resursima kao što su vrhunski medicinski kadar, visokokvalitetne usluge i turistička atraktivnost, kako priobalja, tako i kontinentalnog dijela, ali i široko rasprostranjenim prirodnim ljekovitim čimbenicima koji su dobra osnova za intenzivan rast tog oblika turizma. Kao prednosti iz perspektive bavljenja zdravstvenim turizmom također se navode i duga tradicija naših lječilišnih destinacija, cjenovna konkurentnost usluga zdravstvenog turizma, blizina emitivnih tržišta te dobra cestovna povezanost.

STRATEGIJA RAZVOJA TURIZMA I STRATEGIJA RAZVOJA ZDRAVSTVA

Ono o čemu se već dugi niz godina govori jest potreba usuglašavanja legislativnih rješenja. Na području legislative nedostaju odgovarajući normativni akti o zdravstvenim uslugama u turizmu koji bi omogućili da se pod istim krovom obavlja zdravstvena i turističko-ugostiteljska djelatnost.

Ministarstvo turizma prepoznalo je potencijal zdravstvenog turizma te se u Strategiji razvoja

turizma do 2020. godine također govori o proizvodu koji na globalnoj razini raste po stopi između 15 % i 20 % godišnje. Zbog blizine velikim tržištima, prirodnih ljepota, povoljne klime, sigurnosti zemlje, duge tradicije, konkurentnih cijena i općenito dobre reputacije zdravstvenih usluga, Hrvatska ima komparativne prednosti za razvoj zdravstvenog turizma. Proizvodi zdravstvenog turizma koji su posebno relevantni za Hrvatsku uključuju: *wellness* turizam, lječilišni turizam i medicinski turizam.

Strategija razvoja zdravstva do 2020. godine prepoznaje razvoj zdravstvenog turizma kao primjer područja u kojem je međuresorska suradnja ne samo poželjna nego i nužna, a u njemu bi trebala sudjelovati ministarstva nadležna za turizam, zdravstvo, gospodarstvo te poduzetništvo i obrt. Iz perspektive ministarstva nadležnog za zdravlje zdravstveni kapaciteti u javnom sektoru trebali bi biti primarno usmjereni prema zdravstvenim potrebama stanovništva, tj. na osiguranike u sustavu obvezatnog zdravstvenog osiguranja, a u zdravstveni bi se turizam mogli usmjeriti viškovi tih kapaciteta. Privatnim investitorima treba omogućiti i pojednostaviti ulaganje u razvoj zdravstvenog turizma: kako u spomenutim viškovima zdravstvenih kapaciteta u javnom sektoru, tako i u gradnji novih kapaciteta, odnosno objekata.

S obzirom na prepoznavanje zdravstvenog turizma kao jednog od vodećih potencijala razvoja turizma i gospodarstva u RH, očekuje se da će se napokon stvoriti legislativni okvir koji će taj razvoj i rast omogućiti i potaknuti.

POTREBA ZA INFRASTRUKTURNOM REVITALIZACIJOM I NOVIM IDEJNIM PROJEKTIMA

Sljedeći izazov koji koči ostvarenje punog potencijala zdravstvenog turizma svakako je i neizgrađena infrastruktura i smještajni kapaciteti. Kao pokretače razvoja zdravstvenog turizma moramo, između ostalih, promatrati svoje toplice, specijalne bolnice i lječilišta. Međutim, njih treba pretvoriti u moderna i komforna odredišta s novim programima i sadržajima zdravstvenog turizma, zatim treba potaknuti dulji rad okolnih hotela i privatnih smještaja koji bi se oslanjali na medicinsku skrb u toplicama. Specijalnim bolnicama trebalo bi omogućiti ulaganje jer bi se time mogao napraviti iskorak prema ponudi zdravstvenog turizma. U tim je ustanovama velik potencijal te je krajnje vrijeme da se izrade programi i idejni projekti za njihovu revitalizaciju i profitabilnije poslovanje.

ZDRAVSTVENI TURIZAM U KRAPINSKIM TOPLICAMA

JUČER – DANAS – SUTRA

Povijesni razvoj Krapinskih Toplica

Prvi podatci o Krapinskim Toplicama sežu još iz neolitskog razdoblja s pronalaskom kamenih sjekira i kljova mamuta. Od 1609. selo Toplice prelazi u ruke obitelji Keglević. Franjo Keglević prvi je vlasnik koji je ulagao u njihov razvoj: izgradio je kupalište i pokrenuo iskorištavanje termalnih izvora. Nakon uspješnog liječenja vlastitih reumatskih tegoba trgovac konjima Jakob Badl 1859. godine kupuje kupalište i počinje s izgradnjom velike zgrade Lječilišnog doma, a nekoliko godina kasnije i Marijine, Jakobove i Pučke kupelji te tako utemeljuje balneološki turizam u Krapinskim Toplicama. Godine 1952. osnovano je Kupališno lječilište koje 1962. prerasta u Bolnicu za reumatske bolesti i rehabilitaciju. Od 1994. ta ustanova zove se Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju *Krapinske Toplice* i osnovni je nositelj medicinske i zdravstveno-turističke djelatnosti.



Krapinske Toplice danas

Krapinske toplice danas su suvremeno odredište zdravstvenog turizma u kojem su, na istoj adresi, tri zdravstvene ustanove: Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju *Krapinske Toplice*, Klinika za kardiovaskularne bolesti *Magdalena* i Specijalna bolnica za ortopediju i traumatologiju lokomotornog sustava *Akromion*. U turističkoj ponudi imamo Toplice hotel, Hotel *Villa Magdalena* i Vodeni centar *Aquae Vivae*.

SPECIJALNA BOLNICA ZA MEDICINSKU REHABILITACIJU KRAPINSKE TOPLICE

Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju *Krapinske Toplice* suvremena je bolnica za rehabilitaciju bolesnika s kardiološkim, neurološkim, reumatskim, ortopedskim oboljenjima te rehabilitaciju djece. Sagrađena je na izvorima termalne mineralne vode temperature 39 – 41°C koja sadrži kalcij, magnezij i hidrokarbonat. U sklopu bolnice nalaze se četiri bazena od kojih je Jakobov bazen izgrađen na samom izvoru termalne vode i jedan je od rijetkih takvih primjera u svijetu. Medicinski programi temeljeni su na primjeni prirodnih ljekovitih sredstava zajedno sa svim modernim postupcima fizikalne medicine i rehabilitacije. Osim medicinske rehabilitacije, provode se i programi preventivnog i rekreacijskog karaktera te sistematski pregledi. Bolnica također raspolaže s kompletnom medicinskom dijagnostikom koja je potrebna za liječenje i praćenje rezultata liječenja dok brigu o bolesnicima vodi iskusan tim liječnika, medicinskih sestara, fizioterapeuta, radnih terapeuta, logopeda i ostalih stručnjaka. Osim rehabilitacijskih odjela, Bolnica također ima Odjel za unutarnje bolesti, Jedinicu intenzivnog liječenja i Hitnu internističku ambulantu. Bolnica ima 752 zaposlenika: 483 medicinskih i 269 nemedicinskih. Imamo 46 liječnika, 204 medicinske sestre i 158 fizioterapeuta. Smještajni kapacitet Bolnice obuhvaća 580 kreveta u jednokrevetnim, dvokrevetnim i trokrevetnim sobama te četiri apartmana. Od ukupnog broja kreveta oko 130 je namijenjeno bavljenju zdravstvenim turizmom. Ta ustanova također je i nastavna baza Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Osijeku, Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Veleučilišta *Lavoslav Ružička* u Vukovaru, Visoke zdravstvene škole u Pregradi, Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu i Srednje škole *Pregrada*.

MAGDALENA

Klinika *Magdalena* bila je prva hrvatska privatna specijalna bolnica, osnovana je 1996. godine. Bavi se prevencijom, kompletnom neinvazivnom i invazivnom dijagnostikom te perkutanim i kirurškim liječenjem kardiovaskularnih bolesti. Ima 220 radnika i raspolaže sa 100 kreveta, od čega je 30-ak namijenjeno zdravstvenom turizmu. Također je bitno reći da su osnovali i prvi hrvatski Pozivni centar za telemedicinu koji je bio treći u Europi. Centar radi 24 sata dnevno, a služi za vanbolničko praćenje kardioloških pacijenata.

AKROMION

Akromion privatna je ortopedska bolnica otvorena 2008. godine. Smještena je u prostoru Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju *Krapinske Toplice*. Područje medicinskog djelovanja stručnjaka



specijalne bolnice *Akromion* rekonstruktivni su zahvati u području koštano-zglobnog sustava, sportske ozljede te artroplastika, odnosno zamjena zglobova. Bave se i liječenjem lomova kostiju u probranim regijama. Bolnica *Akromion* ima 53 djelatnika i 17 kreveta koji su svi na tržištu i raspoloživi za potrebe zdravstvenog turizma.

TOPLICE HOTEL

Toplice hotel svojim gostima između ostalog nudi 131 sobu i 2 apartmana, sobe s klimatskim uređajima, unutarnji bazen s termalnom vodom, *whirlpool*, finsku saunu, *fitness* dvoranu, medicinske masaže i tretmane, pansioni restoran, *a la carte* restoran i kavanu. Trenutačno je u procesu promjene vlasnika, pa se očekuje njegova obnova i izgradnja novog hotela.

HOTEL VILLA MAGDALENA

Taj je hotel moderno i ekskluzivno arhitektonsko zdanje. Uklopljeno je izgledom u pitomi brežuljak, ima moderno i luksuzno opremljene smještajne jedinice, a svaka ima jedinstvenu uslugu – *jacuzzi* s ljekovitom termomineralnom vodom u dnevnom boravku. Hotel nudi 6 hotelskih apartmana i 18 dvokrevetnih soba, a nudi i jedinstvenu ponudu na tržištu: *jacuzzi* s izvorskom termalnom vodom u dnevnom boravku, pansioni i *a la carte* restoran, *wellness* oazu: finska, bio, infra i parna sauna, *whirlpool*, *relax* zona, grijane klupe, vanjski bazen s hladnom vodom, malu *fitness* prostoriju, velik izbor masaža i tretmana ljepote.

AQUAE VIVAE

To je novi, vodeni park, otvoren je 21. 3. 2015. godine. Prostire se na preko 18 000 m² zatvorenog prostora koji obuhvaća 5 zatvorenih i 1 otvoreni bazen s mnogobrojnim vodenim atrakcijama, *wellness* centar sa saunama i restoran. Svi bazeni ispunjeni su prirodnom, izvorskom, ljekovitom, termomineralnom vodom.

POGLED U BUDUĆNOST – POTENCIJALI

U Krapinskim Toplicama postoji svijest o poslovnim mogućnostima vezanim za zdravstveni turizam i ti se planovi polako provode u djelo. Kao što je već navedeno, na jako malom prostoru postoje 3 zdravstvene ustanove koje nude svoje usluge i međusobno surađuju. Dakle, ako je potencijalnom klijentu potreban ortopedski zahvat koji može obaviti u Specijalnoj bolnici *Akromion*, rehabilitaciju može nastaviti u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju *Krapinske Toplice* na odjelu ortopedske rehabilitacije. Također, u slučaju kardioloških problema i potrebe za operativnim zahvatima na srcu i krvnim žilama, klijent će biti zbrinut u Klinici *Magdalena*, a nakon završetka tretmana kardiološku rehabilitaciju može nastaviti u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju *Krapinske Toplice* na odjelu kardiološke rehabilitacije.

U 2012. godini polako se otvaramo prema svjetskom zdravstvenom turizmu koji „ulazi na mala vrata“, ali ipak se kreće. Naime, počinje suradnja s klijentima iz Libije i Rusije.

Bolnica *Akromion* počela je surađivati s ruskim tržištem i izvela je zahvate na 7 ruskih klijenata koji su nastavili rehabilitaciju u SBKT-u.

Suradnja se širi i na Libiju. Dvadeset i četiri klijenta iz Libije nakon operacije u *Akromionu* rehabilitirali su se u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju *Krapinske Toplice* na Odjelu ortopedske rehabilitacije..

Bolnica *Magdalena* pružila je svoje usluge 61 klijentu iz Libije, a oni su se rehabilitirali u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju *Krapinske Toplice* na Odjelu kardiološke rehabilitacije. Moramo napomenuti da je svaki od tih klijenata došao s članom obitelji ili pratnjom od 2-3 osobe koje su punile kapacitete hotelskog i privatnog smještaja u našoj općini.

Osim medicinske usluge liječenja i rehabilitacije, pacijentima su, kao i njihovoj pratnji, na raspolaganju turistički sadržaji u samom mjestu, ali i bližoj okolini. Zapravo, cijela Krapinsko-zagorska županija obiluje resursima za bavljenje zdravstvenim turizmom. U Stubičkim Toplicama djeluje Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Stubičke Toplice, na Bračaku Opća bolnica Zabok i bolnica hrvatskih veterana, zatim Specijalna bolnica Sveta Katarina, u Donjoj Stubici Terme Jezerčica, a u Tuheljskim Toplicama Terme Tuhelj. Osim tih glavnih nositelja zdravstvenog turizma, cijela je županija pokrivena mrežom domova zdravlja i hitne medicinske pomoći te privatnim poliklinikama i ordinacijama – za kirurgiju, ginekologiju, internu medicinu, hemodijalizu, gastroenterologiju, neurologiju, dermatologiju, medicinsku kozmetologiju i dentalnu medicinu.

S obzirom na tu bogatu postojeću ponudu zdravstveno-turističkih sadržaja, i županijski master plan turizma također je prepoznao zdravlje, SPA i wellness kao ključne turističke proizvode. Radi promicanja, razvitka i unapređenja pružanja usluga u zdravstvenom turizmu Krapinsko-zagorske županije inozemnim i tuzemnim korisnicima usluga te radi poboljšanja i jačanja pozicija pojedinačnih pružatelja usluga na međunarodnom tržištu usluga zdravstvenog turizma u srpnju ove godine osnovan je i Klaster zdravstvenog turizma KZZ Zagorje – zdravlje na dlanu. Osnivačka skupština Klastera održana je upravo u Krapinskim Toplicama.

Važnost Krapinskih Toplica na karti zdravstvenog turizma Republike Hrvatske prepoznalo je i Ministarstvo turizma te su Krapinske Toplice dvije godine zaredom osvojile treće mjesto u kategoriji Najuspješnija destinacija turizma zdravlja.



POGLED U BUDUĆNOST – IZAZOVI

Prvi izazov s kojim se suočavaju pružatelji zdravstvenih usluga u turizmu je, već spomenuto, pitanje zakonske podloge bavljenja istim i nedostatak normativnih akata koji bi to uredili. Drugi je velik izazov, koji posebno pogađa Specijalnu bolnicu za medicinsku rehabilitaciju kao glavnog nositelja zdravstvenog turizma Krapinskih Toplica, činjenica da s EU-om nije pregovarano o mogućnosti da se zdravstvene ustanove mogu javljati na natječaje za sredstva EU-ovih fondova u području zdravstvenog turizma. S druge strane, specijalnim bolnicama nije omogućeno korištenje sredstava Europskog socijalnog fonda za nabavu medicinske opreme, a to bi svakako doprinijelo kvaliteti zdravstvenih usluga.

Nadalje, suočavamo se s dotrajalošću ponajprije smještajnih kapaciteta i nedostatkom sredstava za ulaganje: kako u obnovu i revitalizaciju postojećih kapaciteta, tako i u eventualno proširenje ponude.

Ono što nam otežava pristup i ozbiljno shvaćanje na inozemnim tržištima jest i izostanak certificiranja kvalitete. Privatne bolnice uspjele su napraviti određene iskorake u tom smislu. Međutim, javni sektor po tom pitanju prilično zaostaje. Već smo spomenuli da u Krapinskim Toplicama postoje dvije privatne bolnice i jedna javna koje na istoj adresi omogućuju operativne zahvate iz područja ortopedije i kardiologije te postoperativnu (ali i preoperativnu) rehabilitaciju. Nepostojanje certifikacije u rehabilitacijskom dijelu uvelike otežava zajednički nastup na inozemnim tržištima.

PREDUVJET ZA BUDUĆNOST (SUTRA)

„U Strategiji razvoja turizma do 2020. zdravstveni turizam ima važno mjesto, a cilj je da Hrvatska bude prepoznata kao renomirana destinacija zdravstvenog turizma.”

Strategija sadrži i plan proširenja kapaciteta i sadržaja, a trebalo bi se voditi načelima održivog razvoja.

ZAKLJUČAK

Zdravstveni turizam u Hrvatskoj još je uvijek nedovoljno iskorišten ekonomski potencijal, no polako počinju promjene u strategijama rada okrenute prema tržištu.

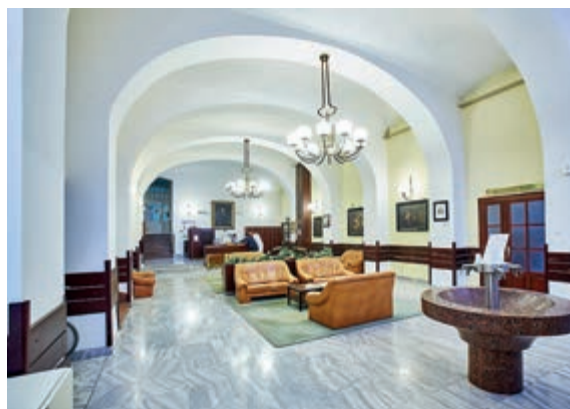
Svoj interes u zdravstvenom turizmu mogli bi pronaći zdravstveni radnici, turistički radnici, osiguravajuća društva, farmaceutska industrija, dobavljači hrane, građevinari, općine i gradovi te brojni drugi. Toplice treba pretvoriti u moderna i komforna odredišta s novim programima i sadržajima zdravstvenog turizma. U ova recesijska vremena i borbi za opstanak rehabilitacijski se centri okreću novim tržištima i svoje programe prilagođavaju njima.

Krapinske Toplice kao budući važan i vrijedan centar zdravstvenog turizma pokrenule su svoj zaokret prema novom tržištu sitnim, ali važnim koracima. Uz potporu državnih tijela, zakonodavstva i ulagača bliska budućnost donosi velike mogućnosti.

Toplice raspolažu neupitnim resursima kao što su vrhunski medicinski kadar i turistička atraktivnost te prirodnim ljekovitim činiteljima koji su dobra osnova za puno intenzivniji rast tog selektivnog oblika turizma.

LITERATURA:

1. Majsec, M. Čunović, S. Ivanjek, S. Krapinske Toplice - od prirodnog lječilišta do suvremene bolnice za reumatske bolesti i rehabilitaciju. *Reumatizam* 1987;34(1-6):1-4
2. Horvatek, I. Bakmaz, K. Majsec, M. Frajman, J. Prirodni ljekoviti činitelji u Hrvatskoj. U: Ivanišević, G., ur. *Toplički ljekoviti činitelji u Hrvatskoj*. Zagreb. Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, 2001:79-84.
3. Čunović, S. Crtice iz povijesti i za povijest zdravstva u Krapinskim toplicama. *Hrvatsko zagorje. Krapina:Kajkaviana*.2000:2.44-50
4. Svažić, E. Zdravstveni turizam. Novi Vinodolski, 2008.
5. Podaci o poslovanju: Magdalena, Akromion, Vita, SB Krapinske Toplice
6. Jačmenica, N. Nadih, M. Halužan Bariša, J. Pušenjak, Ž. Kralj, D. Krapinske Toplice – Hrvatski brand – zbornik.Lošinj. 2009:134-142
7. <http://www.umt.hr/>
8. <http://rs.seebiz.eu/turizam/sve-ve-ci-rast-azijskog-zdravstvenog-turizma/ar-15287/>
9. <http://www.mint.hr/default.aspx?id=7625>
10. <http://www.zadarskilist.hr/clanci/21052012/zdravstveni-turizam-ovisan-o-privatnoj-inicijativi>
11. <http://split-turizam.com/vijesti/hrvatska/zdravstveni-turizam-veliki-potencijal/>
12. <http://www.slideshare.net/LKSedukacija/evropski-zdravstveni-turizam-u-srbiji-radmila-kovacevic-i-dr-ulrich-schmid>
13. http://www.danas.rs/danasrs/drustvo/domaci_brend_za_buducnost_.55.html?news_id=198479
14. <http://www.business.hr/ekonomija/zdravstveni-turizam-spas-za-hrvatsku>



PRIPREMILA: Božica Leško, bacc. med. techn

FOTOGRAFIJE: Nedjeljko Đurić, www.worldheartday.org

OBILJEŽEN SVJETSKI DAN SRCA



29. rujna, 2017., KBC SESTRE MILOSRDNICE

Svjetski dan srca obilježava se svake godine 29. rujna i predstavlja najveću svjetsku manifestaciju Svjetske kardiološke federacije. Cilj najveće javnozdravstvene kampanje je podizanje svijesti građana o srčanožilnim bolestima kako bi ljudi živjeli dulje, bolje i zdravije. Srčanožilne bolesti, koje uključuju bolesti srca i moždani udar, vodeće su na listi bolesti sa smrtnim ishodom i svake su godine odgovorne za 17,5 milijuna preranih smrti a očekuje se da do 2030. godine njihov broj naraste na 23 milijuna.

Obilježavanju Svjetskog dana srca pridružila se Hrvatska udruga kardioloških medicinskih sestara, Klinika za bolesti srca i krvnih žila, Služba za dijetetiku i prehranu i Škola za medicinske sestre Vinogradska. Tijekom javnozdravstvene akcije građanima se mjerio krvni tlak, šećer u krvi, tjelesna težina, tjelesna visina, izračunavao se indeks tjelesne mase, kardiovaskularni rizik i dijelili su se edukativni letci. Liječnici su savetovali građane o redovitom uzimanju lijekova, kontroli vrijednosti kolesterola u krvi te prestanku pušenja i smanjenom unosu alkohola. Služba za dijetetiku i prehranu savetovala je građane o pravilnoj prehrani, na smanjen unos soli i konzumaciju zaslađenih pića a na veći unos zdrave hrane.

Fizioterapeuti Klinike za bolesti srca i krvnih žila ukazivali su na važnost održavanja tjelesne aktivnosti sukladno mogućnostima, životnoj dobi i eventualnim bolestima. Tijekom dva sata održavanja ovogodišnje javnozdravstvene akcije našem pozivu za prevenciju srčanožilnih bolesti odazvalo se 195 građana.

Cilj Svjetske kardiološke federacije je do 2025. godine smanjiti preranu smrtnost uzrokovanu srčanožilnim bolestima diljem svijeta za 25%. Zato je ovogodišnji moto Svjetskog dana srca bio „Podijelite energiju“ kojom punite svoje srce. Nahrinite, pokrenite, volite svoje srce i s načinom pokretanja energije svoga srca nadahnite milijune ljudi diljem svijeta da se brinu o svome zdravlju.

Ovom javnozdravstvenom akcijom građane se želi potaknuti na razmišljanje, da budu svjesni svojih rizika, da su upoznati s vrijednostima svojih nalaza, da redovito posjećuju liječnika i na razumijevanje svih čimbenika rizika koji utječu na razvoj srčanožilnih bolesti.

**podijelite
energiju**



PRIPREMILE: Ivanka Benčić, bacc. med. techn., enterostomalni terapeut i Marija Kahlina, bacc. med. techn.

13. KONFERENCIJA EUROPSKOG VIJEĆA ENTEROSTOMALNIH TERAPEUTA

European
Council of
Enterostomal
Therapy



„BUILDING BRIDGES – FROM WEST TO EAST, FROM SOUTH TO
NORTH OSTOMY – CONTINENCE – WOUNDS“; BERLIN, GERMANY

Od 18. do 21. lipnja 2017. u Berlinu, u Njemačkoj održana je 13. Konferencija Europskog vijeća enterostomalnih terapeuta pod geslom „Building bridges – from west to east, from south to north Ostomy – Continenence – Wounds“. U Konferenciji su, već tradicionalno, nazočile i medicinske sestre iz bolnica Republike Hrvatske. Međutim, prvi je put na Konferenciji aktivnog sudionika imala i Republika Hrvatska.

Ivanka Benčić, medicinska sestra, enterostomalni terapeut, član i delegat ECET-a, 20. je lipnja sudjelovala kao predavač na Konferenciji s izlaganjem na temu: „How to go – how to get from the registered nurse – to enterostomal therapy nurse our pathway and vision, the Republic of Croatia“.

Hrvatska spada među zemlje koje imaju kratku povijest u svijetu profilirane enterostomalne terapije – tek nekoliko godina. U predavanju je opisan dokumentirani put i aktivnosti koje su provodene u Republici Hrvatskoj iz područja enterostomalne terapije – od početaka, odnosno od 2010. godine u KBC-u Sestre milosrdnice pa sve do realizacije i školovanja u UKC-u Ljubljana u Sloveniji. Svaka zemlja s ponosom bilježi i dokumentira te prezentira svoje napretke u razvoju profesije medicinskih sestara, pa su slično izlažući ponosno govorile i medicinske sestre iz Austrije. Svrha mog izlaganja bila je i motivacijske prirode: ohrabriti susjedne zemlje na stvarno građenje mostova znanja – što i jest geslo ovogodišnjega ECET-a: spajati i graditi – kako radi dobrobiti naših korisnika, tako i radi doprinosa razvoju profesije i zvanja.

Prvi su tragovi organizirane enterostomalne terapije u Clevelandu (USA) 1960. god. Prve zabilježene planirane i ciljane aktivnosti u području rada enterostomalnoga terapeuta u Republici Hrvatskoj nalazimo u KBC-u Sestre milosrdnice (Zagreb) na Klinici za kirurgiju. Godine 2010. osnivam radnu skupinu medicinskih sestara pri Klinici za kirurgiju te pokrećem prve ciljane inicijative i aktivnosti vezane za enterostomalne terapije u Republici Hrvatskoj.

Nadalje, u predavanju sam ponosno navela činjenicu da upravo Hrvatska ima prva tri školovana enterostomalna terapeuta, i to zahvaljujući jednoj nesebičnoj priči i dobrosusjedskim profesionalnim odnosima s Republikom Slovenijom.

ICN definira medicinsku sestru napredne prakse kao registriranu medicinsku sestru koja je stekla ekspertna znanja i vještine, složena umijeća donošenja

odluka i kliničke kompetencije za proširenu praksu čije su karakteristike uvjetovane sredinom i/ili državom u kojoj je registrirana za svoju djelatnost.

Živimo u svijetu i vremenu sve bržeg razvoja tehnologije, a sve rjeđeg neposrednog pristupa čovjeka čovjeku, stoga se javljaju problemi koji traju i nakon liječenja. Željela sam da i naš pacijent u Hrvatskoj ima odgovarajuću skrb enterostomalnog terapeuta, odnosno sestre nakon operacije, to jest da je identična onoj koja se provodi u bolnici koja ima med. sestru koja je enterostomalni terapeut. U sustavima u kojima je postojala takva sestra pacijent je imao bitno bolje ishode liječenja (Westra et al, 2013) neovisno o tome je li se radilo o problematici rana, stome ili inkontinencije.

Operacija tijekom koje pacijent dobije stomu povezana je s brojnim psihosocijalnim poteškoćama koje negativno utječu na kvalitetu života. (McVay, Madillin Fielding, 2001) Naime, istražujući su ustanovili da nositelji stome još najmanje tri mjeseca nakon otpusta iz bolnice imaju brojne psihosocijalne teškoće u prilagodbi na život sa stomom. Taj fenomen nazvan je „fenomenom smanjenog osobnog nadzora“. Operacija i liječenje osnovne bolesti te formiranje stome dovode do ovisnosti o pomoći druge osobe, emocionalnih kriza, depresije i tjeskobe što uzrokuje čitav niz drugih neželjenih okolnosti za pojedinca, obitelj i društvo u cjelini. Rad medicinske sestre koja je enterostomalni terapeut usmjeren je upravo prema eliminaciji i smanjenju pojavnosti toga fenomena. S obzirom na to da su naši bolesnici izloženi jednakim operacijskim procedurama kao i u razvijenim zemljama svijeta, jednako tako trebaju i nastavak zdravstvene skrbi i u obliku med. sestre koja je enterostomalni terapeut i koja tu skrb osigurava svojim individualnim pristupom i specifičnim vještinama.

Danas smo svjedoci trenda smanjenja broja dana hospitalizacije u razvijenim zemljama. Pacijenti s još uvijek prisutnom zdravstvenom problematikom visoke razine bivaju sve ranije otpušteni na kućno liječenje, a rjeđe u ustanove produžene skrbi. Takvi trendovi postoje i u Republici Hrvatskoj.

Također je neosporna činjenica da se u razvijenim zemljama, među kojima smo i mi, sve veći naglasak stavlja na rad i aktivnosti specijalizirane med. sestre u određenim područjima djelatnosti.

Zbog pojave raznih evidentnih populacijskih trendova u svijetu i u Hrvatskoj (staro stanovništvo, porast malignih i kroničnih bolesti...) postalo je jasno da je

zdravstveni sustav teško održiv ako se u regularni zdravstveni sustav ne uvrsti i medicinska sestra uže specijalnosti (npr. enterostomalni terapeut) koja skrbi o bolesniku s pomoću proširenih opisanih kompetencija u njegovu domu ili pak samostalnim autonomnim ambulantama po uzoru na razvijene zemlje (home care ili referentne ambulante). U navedenim je okolnostima iznimno važno osigurati kvalitetan nastavak i prijenos skrbi o bolesniku iz bolničkog u izvanbolnički sustav. Radi sigurnosti i kvalitetne skrbi o bolesniku potrebni su nam kvalitetni i učinkoviti komunikacijski i kontrolno-evaluacijski mehanizmi.

Medicinska sestra koja je enterostomalni terapeut pokriva područje zdravstvene njege u slučaju stoma, kroničnih rana, inkontinencije i fistula. Područje njezina rada obuhvaća pacijente, rodbinu, različite grupe ili zajednice. Osnovni je cilj njezina djelovanja omogućiti pacijentima da što ranije samostalno obavljaju osnovne životne radnje. Medicinske sestre koje su enterostomalni terapeuti uvelike doprinose poboljšanju zdravstvenog sustava zahvaljujući sve većoj kvaliteti rada u sljedećim područjima:

- priprema standarda i protokola koji omogućuju primjerenu zdravstvenu njegu u bolnici te predlaganje istih stručnim tijelima
- sudjelovanje u izboru odgovarajućih radnih pomagala
- priprema pisanih uputa za daljnju samozaštitu pacijenata; poučavanje rodbine i bliskih osoba kako se prilagoditi potrebama pacijenta
- priprema obrazovnih programa za pacijente, rodbinu i zaposlene; priprema obrazovnih programa za društva i vanjske organizacije ako postoji potreba
- praćenje i istraživanje najnovijih zbivanja u struci
- uska povezanost i suradnja sa stručnim tijelima unutar ustanove u kojoj je zaposlena
- povezivanje s drugim bolnicama i domovima za starije osobe na sekundarnom nivou u koje je pacijent premješten nakon liječenja, tj. povezivanje sustava tercijarne i primarne skrbi omogućujući kvalitetni prijenos nastavne zdravstvene skrbi.

Temeljna svrha rada medicinske sestre koja je enterostomalni terapeut jest osigurati jedinstvene stručne doktrine na području zdravstvene njege koja obuhvaća rane, stomu i inkontinenciju. Ona treba biti dostupna, učinkovita, namjenska i racionalna te mora voditi brigu o potrebama pacijenta. Sustav koji će osigurati kvalitetu u cjelini iznimno je važan jer utječe na ishode liječenja. Namjera je omogućiti samostalnost osobe u što većoj mjeri. Na taj način ostvarujemo čitav niz dobiti: kako osobe, tako i društva i zajednice – npr. rasterećenje troškovnih stavki zdravstvenog i drugih sustava.

Četverodnevna Konferencija sastojala se od niza iznimno stručnih izlaganja. Imali smo priliku sudjelovati u mnoštvu praktičnih radionica, sami uvježbati primjenu novih metoda rada te se koristiti



pomagalima u aktivnom zbrinjavanju rana različitog podrijetla (kirurških, malignih, kroničnih).

Razvijene zemlje stavljaju velik naglasak na prevenciju rana koje su posljedica dugotrajnog ležanja te na prevenciju inkontinentnog dermatitisa za koje se koriste vrlo jasne skale za ocjenu rizika.

Neke europske zemlje imaju iznimno dobre preventivne programe koje provode medicinske sestre koje su enterostomalni terapeuti (npr. praćenje i screening dbt stopala...). Isto tako, veliku pozornost posvećuju prevenciji razvoja inkontinencije (roditelje: aktivni program vježbi mišića dna zdjelice; operacije dna zdjelice: obvezatne post-op procedure kontrole mišića i sfinktera) zbog smanjenja funkcionalnosti pojedinca u svakom smislu i financijskog sustavnog opterećenja koje inkontinencija uzrokuje. Konferencija nam je doista dala čitav niz iznimno dobrih izlaganja iz svih područja rada enterostomalne terapije, prezentiranih rezultata RCT studija te preglednih radova. Na taj je način, osim procesa učenja i dijeljenja znanja i iskustava, opet naglašena i jedna od osnovnih sastavnih zadaća med. sestre koja je enterostomalni terapeut – istraživački i znanstveni rad u sestrinstvu. Naime, tako medicinska sestra koja je enterostomalni terapeut stvara temelje i odgovarajuće okolnosti za svoju implementaciju u znanstvenu zajednicu nudeći znanja i vještine temeljene na dokazima te postaje ključna sastavnica kadrovskih potencijala u zdravstvu i na nacionalnoj razini.

PRIPREMILA: Vlasta Krešić, dipl.med.techn. (Pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo, Dječja bolnica Srebrnjak)

IZVJEŠĆE SA SUDJELOVANJA NA 23. KONFERENCIJI MEDICINSKIH SESTARA KLINIČARA, 26.-28. 9. 2017. DUBAI, UAE

Velika je čast i zadovoljstvo kada dobijete pozivnicu da sudjelujete na ovako značajnoj konferenciji u organizaciji američkog udruženja medicinskih sestara kliničara (*American Association of Nurse Practitioners - AANP*).

Medicinske sestre – kliničari su ravnopravni i vrlo cijenjeni članovi zdravstvenog tima u bolnici koje svoju naprednu praksu razvijaju kroz integraciju istraživanja, teorije i prakse. Svojom razinom obrazovanja i znanjem, medicinske sestre kliničari ravnopravno sa liječnikom sudjeluju u liječenju bolesnika, a kompetentne su samostalno odrediti potrebnu dijagnostiku za bolesnika, ordinirati potrebnu terapiju (antibiotik, antipiretik), te svojom paletom znanja i vještina planiraju zdravstvenu skrb najsloženijih akutnih i kroničnih bolesnika.

Pod nazivom „*Premošćivanje izvrsnosti u sestrinstvu i sestrinskoj praksi*“, konferencija je sudionicima omogućila uvid u najnovija sestrinska istraživanja iz raznih područja kliničke prakse, ali je ujedno bila i platforma za izgradnju međunarodnih odnosa koji unapređuju standard skrbi za naše bolesnike širom svijeta.

Na konferenciji je sudjelovalo oko 300 sudionika, te je prezentirano 28 vrlo kvalitetnih stručnih predavanja i 22 postera s fokusom na promociju znanstvenih istraživanja, profesionalnog razvoja i razvoja kliničke prakse. Ujedno, Konferencija je poslužila kao mjesto razmjene informacija u cilju ujedinjavanja kulturoloških, jezičnih i nacionalnih aspekata medicinskih sestara.

Naravno, najveći naglasak bio je na važnosti kontinuirane edukacije, potreba za akreditacijom obrazovnih programa za medicinske sestre kliničare, ali i potreba za revizijom dosadašnjih smjernica za kompetencije medicinskih sestara kliničara na području nekih djelatnosti (primarna zdravstvena zaštita, palijativna skrb, akutna i kronična skrb, hitna služba itd.).

Iako su sva predavanja bila vrlo kvalitetna, izdvojila bi nekoliko zanimljivih predavanja:

1. *Inpatient Hospital Medicine,*

Predavač: Nycole Oliver, APRN, WATC/Health Sciences Instructor at University of Arkansas - Fort Smith

U predavanju je prikazan osvrt na sekundarnu zdravstvenu zaštitu i bolničku skrb u SAD, gdje prema podacima Američke udruge medicinskih sestara u 2016. g. registrirano je 222 000 medicinskih sestara, od čega 50% radi u bolničkom okruženju. Kronični nedostatak med. sestara u SAD, odrazio se i na nedostatak visokoobrazovanih med. sestara - kliničara, tako da u prosjeku svaka sestra kliničar dnevno skrbi za 30 – 50 bolesnika. Svrha prezentacije dr. N. Oliver bila je opisati ulogu medicinske sestre kliničara u bolničkom okruženju, identificirati probleme medicinskih sestara kliničara u bolničkom okruženju, te raspraviti o strategijama razvoja medicinskih sestara – kliničara.

2. *The Practice Of Error Reporting Between Filipino Nurses In Selected Private And Government Hospitals,*

Predavač: Kristan Keith Eco, MSN, Eastern University, Philippines

Kroz predavanje su prikazani rezultati provedenog istraživanja o praksi izvješćivanja o pogreškama medicinskih sestara u državnim i privatnim filipinskim bolnicama. Rezultati istraživanja pokazali su da postoji značajna razlika između državnih i privatnih filipinskih bolnica u smislu učestalosti i motivacije prijavljivanja pogrešaka. Vidljiva je značajnija incidencija privatnih bolnica, koje ne prijavljuju i ne šalju redovito izvješća o sestrinskim pogreškama. Također, analizom dobivenih odgovora vidljivo je da spremnost med. sestara za prijavljivanje pogreške je izravno proporcijalna stupnju štetnosti. Kao zaključak, predavač je naglasio da je praksa prijavljivanja pogrešaka dovoljno pozitivna, naročito u državnim bolnicama, ali da je još uvijek prisutna stigma kod medicinskih sestara za prijavljivanje pogrešaka, bez obzira da li rade u privatnom ili državnom sektoru.

3. *Knowledge, attitude and practices (kap) on fall prevention among nurses at King Abdulaziz Hospital, Saudi Arabia.*

Predavač: Malini Ganabathi, doktor sestrinstva, MAHSA University, Malaysia

Istraživanje provedeno sa 297 medicinskih sestara na odjelima bolnice King Abdulaziz u SA, pokazalo je da medicinske sestre imaju vrlo dobro znanje iz područja prevencije padova bolesnika i primjenjuju ga u svakodnevnoj praksi, ali ipak postoji zabrinutost jer se uglavnom prijavljuju padovi bez posljedica i da određeni postotak sestara nije svjesno potencijalnog učinka pada bolesnika na ishod liječenja. Zaključak predavanja dr. Ganabathi je da medicinskim sestrama treba osigurati kontinuiranu edukaciju iz područja prevencije padova bolesnika.

4. *Further Evidence on the Magnet Recognition Program: Implications for Nursing Leaders,*

Predavač: Diane Brady-Schwartz, PhD, RN, CNA, BC, University of Pittsburgh Medical Center, Pennsylvania, USA

Sve više dokaza ukazuje da program Magnet Recognition potiče izvrsnost medicinskih sestara u pružanju zdravstvene skrbi kroz razvoj profesionalnog okruženja. Prikazani su rezultati studije koja je obuhvatila 470 medicinskih sestara iz Magnet i non-Magnet sustava izvrsnosti zdravstvene njege, koja jasno potkrepljuje nedavne dokaze da medicinske sestre u Magnet bolnicama pokazuju znatno veću razinu zadovoljstva poslom. Također, rezultati u ovoj studiji upućuju da stupanj zadovoljstva poslom, uz višu razinu zadovoljstva ključnim elementima u radnom okruženju Magnet bolnica, ima pozitivnu vezu sa zadržavanjem medicinskih sestara. Rezultati ovog istraživanja, zajedno s preporukama za razvijanje profesionalnog okruženja kroz korištenje 14 programskih zahtjeva („snaga magnetizma“), jednako su primjenjivi u sustavu primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene skrbi.

5. Prevalence of interpersonal sexual abuse among married female nurses and doctors in Karachi, Pakistan,

Predavač: Dr Azmat Jehan Khan, MD, Aga Khan University, Pakistan

Pakistan je država u istočnoj Aziji, koja graniči s Indijom, Kinom i Iranom. Socio-demografska situacija, siromaštvo, visoka stopa nepismenog stanovništva odražava se i na socijalni status medicinskih sestara. Udruženje medicinskih sestara u Pakistanu redovito zaprima prijave svojih medicinskih sestara o seksualnom zlostavljanju u zdravstvenim ustanovama (10–25 godišnje). Dr. A. Jehan Khan je prezentirao rezultate provedenog istraživanja sa 350 medicinskih sestara iz dvije bolnice u Karachiu. Deskriptivnom statističkom metodom prikazano je da su 204 medicinske sestre i liječnice (59, 6 %) u svom radnom vijeku doživjele barem jedanput seksualno zlostavljanje (medicinske sestre 56%, liječnice 41%). Počinitelji su: rodbina bolesnika (67%), te liječnici u bolnici (31%).

Ako se žrtva i odluči reagirati, pravilo je da nitko od radnih kolega ne želi svjedočiti u njenu korist. U zaključku predavanja navedeno je da iako je još 2012. godine donesen zakon o ravnopravnosti spolova, te zakon o zaštiti žena i djece, činjenica je da se zakoni ne poštuju, te da su medicinske sestre i liječnice u bolnicama svakodnevno izložene seksualnom nasilju, te treba što prije pronaći strategiju kako ih zaštititi i ponuditi im pravnu zaštitu.

PRIPREMILA: Slađana Režić, magistra sestrinstva

IZVJEŠĆE S ODRŽANOG KONGRESA ENDA-E, 12.-14. 10. 2017., OPATIJA

The European Nurse Directors Association (ENDA) održala je u Opatiji od 12. Do 14. listopada 2017. svoj 13. kongres pod motom "Together – build it, live it, share it". Na kongresu je sudjelovalo oko 100 medicinskih sestara iz cijele Europe i Sjedinjenih Američkih Država te oko 40 predavača koji su govorili o izazovima vođenja u sestrinstvu, problemima migracije medicinskih sestara, načinima edukacije mladih sestara i istraživanjima u sestrinstvu.

Iskustva kolega o edukaciji i integraciji medicinskih sestara iz Indije ili Filipina u zdravstveni sustav europskih zemalja pokazuje nam koliko izazova nose migracije medicinskih sestara koje raditi u Europu. Migracije stanovništva donose i izazove u jezičnoj komunikaciji, kulturološkim razmišljanjima, socijalnoj integraciji i ekonomskim pitanjima.

Edukacijski programi medicinskih sestara naglašavaju važnost kontinuirane edukacije kao i potrebu razvoja programa koji su prilagođeni pojedinim područjima sestrinstva. Pritom mobilne tehnologije sve više ulaze u zdravstveni sustav i olakšavaju pružanje skrbi.

Održane su i tri radionice s ciljem učenja tehnika liderstva i komunikacije u timu. Radionice su osobito naglasile važnost učenja, istraživanja, implementiranja novih znanja nakon provedenih istraživanja. Smatra se da ne postojiš ako ne objavljuješ istraživanja, a moglo bi se dodati i da nema svrhe istraživati ako ne planiraš unijeti promjene u praksu koje su proizašle iz istraživanja.

Inovativni pristup prezentaciji kroz "Ignite talks" posebno je osvježio diskusiju o aktualnim temama. Radi

ZAKLJUČAK:

Kao što sam navela, velika je čast ali i izazov sudjelovati na ovakvoj konferenciji, slušati kvalitetna predavanja iz područja kliničke izvrsnosti i ostvarenja direktnog kontakta sa medicinskim sestrama kliničarima, uz fokus na promociju znanstvenog istraživanja, profesionalnog razvoja i razvoja kliničke prakse. Također, odlazak na ovakve konferencije je mogućnost realizacije i razmjene kontakata sa medicinskim sestrama iz raznih zemalja koji bi mogli koristiti za partnerstvo i suradnju s hrvatskim krovim institucijama medicinskih sestara.



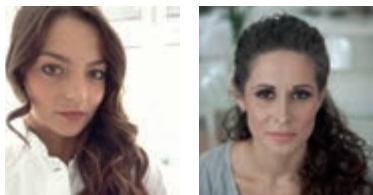
se o 5-minutnim prezentacijama s najviše 20 slajdova koja treba staviti naglasak na određenu temu. Cilj je dati informaciju, ali ostaviti prostora za diskusiju i mogućnost traženja više informacija.

Oralne prezentacije imale su i medicinske sestre iz Hrvatske: Rosana Svetić Čišić, Brankica Rimac, Marija Kadović, Ljerka Pavković i Zvonimir Kralj, a poster prezentacijama predstavilo se 20-tak medicinskih sestara. Kolegica Ljerka Pavković prikazala je kroz video prezentaciju Lipik u vrijeme rata i Lipik danas, koji ulaže u svoj razvoj i u razvoj zdravstvenog sustava. Rosana Svetić Čišić prikazala je razliku između menadžera i lidera, dok je Brankica Rimac prikazala sustav obrazovanja medicinskih sestara u Hrvatskoj. Marija Kadović prezentirala je rezultate upitnika vezanih uz EBP i usporedbu rezultata između liječnika i medicinskih sestara.

Nagrada za najbolji poster pripala je Sandi Franković. Sljedeći kongres održava se u Helsinkiju u Finskoj od 12. do 14. rujna 2019.

Nazočne je pozdravila izaslanica Predsjednice Republike Hrvatske Cecilija Rotim.





PRIPREMILE:

Biljana Kurtović i Cecilija Rotim

ENC NOVOSTI



Inicijativa za uvođenje E-KARTICE

Znate li da uslužni sektor čini 70 % BDP-a EU-a, omogućuje stvaranje 90 % novih radnih mjesta, čini 40 % vrijednosti manufakturiranih proizvoda EU-a te da 22 % radne snage radi u tom sektoru? S obzirom na to da su proizvodni i uslužni sektor usko povezani, ti su nam podatci izuzetno važni. Proizvodni sektor oslanja se na nekoliko bitnih usluga: istraživanje, projektiranje, računovodstvene i savjetodavne usluge, računalne i informacijske usluge kao i marketinške usluge te usluge prodaje.

Međutim, uslužni sektor unutar EU-a zaostaje u produktivnosti, dinamici i konkurentnosti. Zbog čega je to tako? Trgovačke prepreke povećavaju troškove poslovnim subjektima, a to dovodi do povećanja cijena potrošača i sprečavanja konkurentnosti u proizvodnom sektoru. Teški i nepotrebni propisi sprečavaju tvrtke u ulaganju i zapošljavanju kvalificiranih radnika. U tom je kontekstu Europska komisija, zajedno s paketom usluga, predložila nekoliko inicijativa za poticanje europskog gospodarstva i poticanje ulaganja. Među njima su Digitalno jedinstveno tržište, Unija tržišta kapitala, Energetska unija i, naravno, Strategija jedinstvenog tržišta.

Najnoviji prijedlozi u Uslužnom paketu trebali bi dopuniti Direktivu o uslugama na unutarnjem tržištu iz 2006. koja se trenutačno primjenjuje, a obuhvaćaju sljedeće četiri stavke:

1. nova e-kartica
2. procjena nacionalnih pravila o stručnim službama – test proporcionalnosti
3. smjernice za nacionalne reforme u reguliranim strukovnim zanimanjima
4. sustav obavještanja o nacrtima nacionalnih zakona o uslugama.

OBJAŠNJENJE INICIJATIVE

E-kartica elektronički je postupak koji pojednostavljuje administrativne formalnosti poslovnim i građevinskim tvrtkama koje žele pružati usluge u drugim zemljama članicama EU-a. Test proporcionalnosti, koji je utemeljen na načelu proporcionalnosti Europske unije, jest mehanizam kojim Komisija usmjerava zemlje članice prema izradi novih propisa o uslugama kako bi olakšala pružanje usluga te osigurala zdravlje i sigurnost. Smjernice o nacionalnim reformama upućuju na zemlje članice u kojima se regulacija u stručnim službama može poboljšati. Primjerice, Komisija bi trebala prilagoditi i poboljšati propis koji je teže provodljiv.

Smjernice također obuhvaćaju posebnu analizu prema zanimanju i zemlji uključujući kvantitativnu i kvalitativnu procjenu razine ograničenja.

Sustav obavještanja omogućuje zemljama članicama i Komisiji da rade zajedno kako bi osigurali da nova pravila o uslugama budu u skladu s postojećim zakonima EU-a. Postupak obavještanja doprinosi izbjegavanju nastajanja neopravdanih zapreka na jedinstvenom tržištu usluga te mu je cilj osigurati da zakoni o uslugama zemalja članica budu u skladu sa zakonima EU-a prije nego što ti isti zakoni budu usvojeni, odnosno kada se još mogu napraviti promjene.

Glavni ciljevi tih prijedloga jesu olakšati pružateljima usluga kretanje administrativnim formalnostima te pomoći zemljama članicama u prepoznavanju pretjerano opterećujućih ili zastarjelih zahtjeva za stručnjacima koji djeluju na domaćem području ili izvan granica. Konkretno – ti bi prijedlozi trebali rezultirati uklanjanjem besplatne birokracije, pojednostaviti osnivanje pružanja usluga u zemlji i/ili izvan nje kao i prekogranično pružanje usluga u drugim zemljama članica EU-a, zatim ojačati prava primatelja usluga, a posebno potrošača i, na kraju, trebaju olakšati pristup širem spektru usluga. Potrošači, razvojne tvrtke, mala i srednja poduzeća, inovativni pružatelji usluga i profesionalci će u budućnosti imati koristi od tih predloženih inicijativa.

Unatoč dobrim namjerama Komisije mnoge organizacije koje zastupaju slobodne profesije imaju primjedbe na tu inicijativu – da je zahtjev za kontinuiranim izvještavanjem Komisije kad god



nacionalni zakonodavac pokreće novi propis pretjeran i nametljiv, zatim da je uslužni sektor već predmet dviju prethodnih direktiva te da je druga direktiva kojom se uređuje uslužni sektor također suvišna. Nadalje, Komisija nije uspjela razmotriti jedinstvenost slobodnih profesija. Stoga bi pretjerano normalizirano zakonodavstvo moglo više naštetiti slobodnim profesijama nego što bi im moglo donijeti koristi.

Ostala pitanja koja su navedena u prijedlozima Komisije govore o mogućoj konfuziji oko pružanja usluga s pomoću e-kartice i europske profesionalne kartice, mogućim gubitkom ovlasti zemlje domaćina nad uslugama unutar

vlastitog teritorija. Također je važno napomenuti da su zdravstvene profesije tražile da Komisija bude isključena iz tog novog prijedloga s obzirom na to da je već isključena iz Direktive o uslugama na unutarnjem tržištu. Razlog je jedinstven karakter njihove profesije u kojem profitni motiv nije prioritet, već javno zdravstvo i kvaliteta ponuđenih usluga.

Prijedlozi zakonskih tekstova bit će poslani Europskom parlamentu i Vijeću na usvajanje. Provedba smjernica bit će odgovornost zemalja članica. Komisija će pratiti i procjenjivati napredak te se, ako napredak ne bude zadovoljavao, može okrenuti drugim provedbenim mjerama.

TRENUTAČNA REGISTRACIJA MOGUĆA JE PRI ZDRAVSTVENOJ PLATFORMI EUROPSKE UNIJE 5.12.!

Pridružite se Zdravstvenoj platformi Europske unije: unesite tražene podatke i pristup će vam biti omogućen. Kada vam se omogući pristup, možete ispuniti *online* aplikaciju u rubrici „Bi-annual meeting“.

Kada postanete član platforme, možete posjećivati tematske stranice o područjima koja vas zanimaju te predložiti teme za daljnje tematske stranice.

Uz potporu drugih članova platforme možete čak i urediti tematsku stranicu koju ste predložili.

NEDOSTATAK ZDRAVSTVENE NJEGE ZBOG MANJKA MEDICINSKIH SESTRA POVEĆAVA SMRTNOST PACIJENATA

Nemogućnost pružanja potpune zdravstvene njege razlog je zbog kojeg bolnice s manjim brojem medicinskih sestra imaju veći rizik od smrtnosti pacijenata, pokazala su istraživanja Sveučilišta u Southamptonu.

Jane Ball, ravnateljica Research Fellowa na Sveučilištu u Southamptonu, vodila je istraživanje i rekla da su rezultati koji su objavljeni u međunarodnom tjedniku sestrinskih studija pokazali kako je nedostatak zdravstvene njege zbog manjka vremena „poveznica koja nedostaje“ kako bi se razumjele varijacije u stopama smrtnosti u bolnicama.

Kada je sestrinsko osoblje u deficitu, veće su šanse za manjkom potrebne zdravstvene njege. Svaki 10 % povećanja u količini njege koja se ne obavi povezuje se sa 16 % povećanja mogućnosti da pacijent umre tijekom uobičajene operacije, pokazalo je istraživanje.

Rezultati su dobiveni u više istraživanja najveće RN4CAST studije sestrinstva u bolnicama u devet europskih zemalja, uključujući 31 NHS-ovu trenutnu zakladu u Engleskoj. Prijašnje analize istraživanja pokazale su da je manji broj sestrinskog osoblja povezan s većom stopom smrtnosti. Manjak zdravstvene njege mjeran je s pomoću istraživanja sestrinstva i aktivnosti koje ono uključuje: nadzor pacijenata, davanje lijekova, navrijeme, adekvatna dokumentacija, tješenje pacijenata i djelovanje na bol.

„Godinama znamo da postoji veza između nivoa sestrinskog osoblja i varijacija bolnica u smrtnosti, ali nismo imali dobro obrazloženje zašto ni kako“, komentirala je dr. Ball. „Ovi nam rezultati daju jasnije pokazatelje kako broj medicinskih sestra nije samo povezan sa stopom smrtnosti pacijenata, nego da ta poveznica može biti i češća.“

„Ako ne postoji dovoljno evidentiranih medicinskih sestara na područjima bolnica, tada zdravstvena njega ostaje neobavljena, a životi ljudi su ugroženi“, dodala je dr. Ball.

Analize su obuhvatile i kvalifikacije medicinskih sestara te potvrđuju da bolnice koje imaju

veći broj medicinskih sestara s diplomom imaju manji rizik od smrtnosti pacijenata.

Profesor Peter Griffiths, voditelj zdravstvenog istraživanja na Sveučilištu u Southamptonu, je dodao: „Ovo istraživanje daje veći značaj medicinskim sestrama koje su evidentirane kao medicinske sestre s diplomom. Postoji više dokaza koji pokazuju da ne možete zamijeniti potpuno kvalificiranu medicinsku sestru s većim brojem osoblja koje je manje obrazovano, a da pritom ne dovedete u opasnost sigurnost pacijenata. Broj medicinskih sestra na dužnosti ključ je za osiguravanje potpune zdravstvene njege i minimaliziranje rizika od smrtnosti pacijenata.“

Suautor Luk Bruyneel, KU Lueven (Belgija), kazao je: „Ovi rezultati impliciraju na menadžere u zdravstvu i politiku. Bilježenje neobavljene zdravstvene njege omogućava nastanak odgovornije njege koja stvara osjetljiv sustav na kojeg se može navrijeme obratiti pozornost kako bi se problemi uočili prije nego što pacijent umre. Više se posla treba globalno obaviti kako bi se ovi podatci iskoristili na dobrobit pacijenata.“

UPOZORENJE DA ĆE SE BOLNICE TEŠKO NOSITI S NEDOSTATKOM SESTARA IZ EU-A



NHS-ovo osoblje se tijekom zimskog naleta ponajprije bori s manjkom studenata sestrinstva, a istodobno i s padom sestara iz EU-a koje dolaze raditi u UK, što bi moglo imati ozbiljne posljedice za pacijente.

NHS se suočava s krizom osposobljavanja: mlade osobe ne privlači sestrinska profesija. U Velikoj Britaniji je nakon brexitskog referenduma broj medicinskih sestara koje su iz Europske unije zapošljavajuće pao za 96 %.

U nekim regionalnim zdravstvenim zakladama je više od jedne na deset medicinskih sestra iz EU-a, upozoreni smo da bismo mogli biti u manjku s medicinskim sestrama ako se „vrata zatvore” medicinskim sestrama iz susjednih zemalja.

Sarah Saunders je govorila na skupu španjolskih sestara i UNISON-a, Joan Pons Laplana na sestrinskom Royal Collegu sestrinstva Ged Swinton; studentice Hayley Parpworth i Patricia Marquis na Royal College sestrinstva.

EUROPSKI TJEDNIK ZA POVIJEST SESTRINSTVA I ETIKU



CFA-ova glavna tema *Europskog tjednika za povijest sestrinstva i etiku* povezana je s Međunarodnom konferencijom: „Negativnosti u zdravstvu: negativno iskustvo kao poticaj za reformu u devetnaestom i dvadesetom stoljeću“, 21. i 22. 6. 2018.; Winterhur (Švicarska).

Svrha drugog izdanja *Europskog tjednika za povijest sestrinstva i etiku* jest povećati razumijevanje činjenice da su medicinske sestre povezane s „negativnostima“ u zdravstvu: od toga kako su zadužene i odgovorne za loša iskustva do toga kako one pridonose zdravstvenoj reformi 19. i 20. stoljeća.

Europski tjednik za povijest sestrinstva i etiku proziva školstvo koje može prokazati istraživanja koja se odnose na loša iskustva o medicinskim sestrama i s medicinskim sestrama.

Njihova polazišna točka trebala bi biti svaka jedinka ili kolektiv iskusnih sestara, pacijenata ili članova obitelji koji imaju iskustva s lošom zdravstvenom njegom.

Oni bi trebali naći odgovore na sljedeća pitanja:

- Koji su oblik negativnosti oni kao glavni sudionici doživjeli?
- Koga krive za svoja neugodna iskustva?
- Kako su ih oni koji su za njih odgovorni objasnili?
- Što su tvrdili?
- Kako su se glavni sudionici nosili s negativnim iskustvima?
- Kako su oni odgovorni za negativna iskustva, jesu li preispitali svoje poimanje dobre zdravstvene njege, reputacije i povjerenja?
- Kako je taj događaj pridonio reformama u zdravstvu?

Molimo da obratite pozornost na sljedeća zapažanja u konceptu *Europskog tjednika za povijest zdravstva i etiku*:

Tjednik stvara dijalog između povijesti i etike sestrinstva i istodobno daje nov poticaj za napredak podgrupa povijesti kao i etike sestrinstva. Povjesničari su pozvani na to da uključe etičku dimenziju te teme u svoj istraživački projekt, a istraživači zainteresirani za etiku su zamoljeni da daju osvrt na povijesnu dimenziju svojih projekata. Sve navedeno, međutim, ne znači da se na članak o etici treba gledati kao na povijesni pregled u smislu priručnika, već kao najnovija otkrića i društveno-političke debate koja vode zadnjem izdanju etike u sestrinstvu, što bi trebalo biti dio povijesnog konteksta i upotrijebljeno za analizu. Isto tako, radovi o povijesti sestrinstva trebali bi se baviti tim etičkim pitanjima unutar povijesnog konteksta ili se odnositi na trenutačna pitanja u etici sestrinstva.



POZIV EPF-A NA DOBRU ORGANIZACIJU SURADNJE PACIJENATA S NGO-OM KOJI PREDSTAVLJA MANJE ZASTUPLJENE, RANJIVIJE GRUPE

EPF-ov plan iz 2016. o uključivanju perspektive ranjivih grupa i organizacije pacijenata

EPF je 2016. g., zajedno s brojnim organizacijama koje se bave manje zastupljenim, ranjivim grupama (zdravstveno nejednaki i/ili diskriminirani, odnosno neprijavljeni migranti, pripadnici LGBTI zajednice, Romi, beskućnici i onesposobljeni), razvio plan koji uključuje perspektivu ranjivih grupa i organizaciju pacijenata.

Važnost uključivanja organizacije pacijenata

Namjera plana jest podići razinu svijesti i poticati na razmišljanje i djelovanje vezano za uključivanje u pokret pacijenata, poduprijeti pravnu pomoć organizaciji pacijenata koja se bori za prava i specifične potrebe svih grupa pacijenata u Europskoj uniji. Plan sadrži prijedloge djelovanja s namjerom da EPF i organizacije pacijenata postanu dijelom europskog nacionalnog nivoa.

Ranjivost je gorući problem za pacijente s kroničnim i terminalnim stanjima. Pacijenti mogu biti u ranjivoj grupi zbog svojeg stanja, a pripadnost nekoj drugoj ranjivoj grupi može uzrokovati veće zapreke u dobivanju kvalitetne zdravstvene njege koja im je potrebna.

Upravo je zbog toga potrebno aktivno djelovati kako bi se princip uključenosti ostvario.

Zašto EPF skuplja dobra iskustva organizacije pacijenata u suradnji s NGO-om koji predstavlja manje zastupljene i ranjive grupe?

Mnoge organizacije pacijenata već razvijaju aktivna partnerstva s drugim društvima ili grupama radi promidžbe uključenosti i naglašavanja važnosti jedinstvena zdravstvena pristupa. Dijeljenje izdanja ili informacija o tim aktivnostima među društvom pacijenata važno je radi dobivanja povratne informacije i da bi se ostvarila bolja suradnja.

Provođenjem tog plana EPF skuplja dobra iskustva organizacija pacijenata koje surađuju s NGO-om i predstavlja manje zastupljenim grupama svrhu objavljivanja prikupljenih dobrih iskustava.

Slično navedenome, informacije o nedostatku i razlozima nedostatka suradnje također su korisne.

Kako će ta dobra iskustva iz prakse biti upotrijebljena?

Dobra iskustva iz prakse koja nam članovi prepričaju bit će objavljena u tiskanom obliku. Na taj će način biti na jednome mjestu i omogućit će uvid u više informacija o dobrim iskustvima iz 2017. godine koja su prikupljena u suradnji s organizacijama pacijenata i NGO-om koji predstavlja manje zastupljene grupe. Dobra iskustva prikupit će organizacije pacijenata u svojem radu s raznim grupama kako bi se taj rad ocijenio te kako bi se podigla razina svijesti o važnosti zajedničkog rada za postizanje jedinstvena pristupa u zdravstvenoj njezi.

ENC Konferencija u Dublinu: RAD NA EUROPSKOM ZAKONU O SESTRINSTVU I MODERNIZACIJA ETIČKOG KODEKSA

Konferencija Europskog vijeća za sestrinstvo čiji suorganizator je bio Royal College of Surgeons of Ireland (RCSI), bila je vrlo uspješna. Na Konferenciji su sudjelovali predstavnici regulacijskih tijela u sestrinstvu iz cijele Europske unije i raspravljalo se od dva za sestrinstvo iznimno važna dokumenta: europskom Zakonu o sestrinstvu i Etičkom kodeksu.

Okupljeni u prostorima RCSI-ja, delegati nacionalnih regulacijskih tijela u sestrinstvu predložili su nekoliko amandmana na tekstove koje su pripremili akademski stručnjaci sa Studija sestrinstva RCSI-ja. Ovi amandmani se sada uključuju u dokumente, nakon čega će oni biti poslani na službeno usvajanje.



Posebno zahvaljujemo profesoru Thomasu Kearnsu iz RCSI-ja i dekanici RCSI-a koji su bili nazočni na Konferenciji, te našoj predsjednici Dragici Šimunec čija originalna ideja je organizacija ove Konferencije.



IZ STRANE LITERATURE

PRIPREMILA:

Ljiljana Pomper



ZBOG ČEGA TIJEKOM RUTINSKOG PREGLEDA PACIJENATA TREBA I DALJE OBAVLJATI PROCJENU BOLA?

SKRAĆENI PRIKAZ ČLANKA:

Solodiuk, J. C., Curley, M. A. Q. (2017) *In Defense of Routine Inpatient Pain Assessment. Getting rid of the fifth vital sign won't solve the opioid abuse crisis. American Journal of Nursing* 117(5):11.

Na godišnjem sastanku Američke medicinske udruge (American Medical Association) 2016. godine delegacija države Illinois predložila je da se tijekom rutinskog pregleda hospitaliziranih pacijenata izostavi procjena bola kao petog vitalnog znaka. To je predloženo jer je u SAD-u iznimno učestala zlouporaba opioida zbog koje vrlo velik broj Amerikanaca pati od različitih poremećaja i umire zbog uzimanja prekomjernih doza opioida. Stoga postoji i bojazan da zdravstveni radnici, izloženi svim tim pritiscima, prekomjerno propisuju uzimanje opioida.

Autorice članka jasno upućuju na to da se kriza zlouporabe opioida ne može riješiti izostavljanjem procjene bola tijekom rutinskog pregleda. Ističu da se pozornost treba usmjeriti prema smanjenom propisivanju opioida tako što će se povećati propisivanje analgetika i poboljšati procjena rizika.

Naravno, kad se bol procjenjuje isključivo na temelju ljestvice bola, rezultat može biti opasan. Umjesto toga, svakog pacijenta treba individualno procijeniti – na temelju dijagnoze, komorbiditeta, izvora bola, tjelesnih funkcija, emocionalne reakcije na bol te trendova pokazanih ljestvicama za procjenu intenziteta bola. Za neke vrste bola vjerojatno je potrebno propisati opioide (npr. kod velikog kirurškog bola). Međutim, opiodi zasigurno nisu indicirani kod svih vrsta bolova (npr. nekih oblika kroničnih bolova).

Osim toga, izostavljanje procjene bola kao petog vitalnog znaka nije u skladu s etičkim normama i pravilima postupanja. Kod pacijenata koji se nisu

u stanju uspješno zastupati (npr. djeca koja još ne govore, nijeme osobe, pacijenti koji su izrazito stidljive ili stoičke naravi) standardiziran način procjene bola jedino je sredstvo koje je dostupno medicinskoj sestri da barem donekle procijeni stvarno stanje i na temelju toga odredi odgovarajuću intervenciju. Rutinska procjena jednako je važna i kad postoje bitne kulturne razlike između pacijenata i zdravstvenih djelatnika (npr. u današnjim okolnostima migrantske krize).

Kod svih pacijenata na početku treba napraviti procjenu bola, a potom, na temelju kliničke prosudbe, odabrati individualan pristup terapiji bola. Nije potrebno svaka četiri sata rutinski provjeravati svakog pacijenta, nego pacijente s akutnim postoperacijskim bolom (nakon težih kirurških zahvata) da se osigura odgovarajuća kontrola bola te da se uoče rani znaci mogućih kirurških komplikacija. Međutim, kod pacijenata s kroničnim sindromima bola to zaista nije potrebno.

Ako pacijenti uzimaju opioide, je li se pokušalo bol liječiti i drugim (neopioidnim) farmakološkim pripravcima? Je li uzeta u obzir i mogućnost nefarmakoloških intervencija (npr. psihološko ili psihijatrijsko savjetovanje)? Ako su pacijenti otpušteni uz propisanu terapiju opioidima, postoji li neki plan praćenja uporabe ili zlouporabe tih opioida?

Da bi se smanjila svjetska kriza zlouporabe opioida, obavezno treba smanjiti njihovo propisivanje kod stanja u kojima nisu prijeko potrebni. Naime, u takvim slučajevima treba sustavno razmotriti



druge mogućnosti terapijskog i preventivnog djelovanja – primjerice, omogućiti sudjelovanje u psihološko-psihijatrijskim oblicima terapije. Bol se često ne može izbjeći niti posve eliminirati. No često se (osim opioidima) može smanjiti i ublažiti

različitim drugim pristupima: fizikalnom ili okupacijskom terapijom, tjelovježbom, promjenom prehrambenih navika, tehnikama opuštanja i meditacijom. Sve se navedeno može postići bez izbacivanja procjene bola iz rutinske procjene.

MOŽE LI EMOCIONALNA INTELIGENCIJA UČINITI PACIJENTE SIGURNIJIMA?

SKRAĆENI PRIKAZ ČLANKA:

Estelle Codier, David D. Codier (2017) Could Emotional Intelligence Make Patients Safer? American Journal of nursing 117 (7): 58-62.

Specifične vještine mogu pomoći medicinskim sestrama u poboljšanju komunikacije, rješavanju sukoba te u individualnom i timskom radu.

Budući da je većina medicinskih pogrešaka povezana s lošom komunikacijom, važno je prepoznati vještine koje će poboljšati preciznost komunikacije i prijenos informacija te na taj način pridonijeti boljoj skrbi i sigurnosti pacijenata. Dosadašnja istraživanja u sestrinstvu i drugim disciplinama pokazala su da vještine emocionalne inteligencije mogu poboljšati komunikaciju i pozitivno utjecati na sigurnost pacijenata.

Sigurnost pacijenata jedan je od najvažnijih izazova sestrinske prakse u SAD-u. Knjiga Instituta za medicinu (IOM) iz 1999. *Griješiti je ljudski (To Err is Human)* govori o tome da je potreba za sigurnijim zdravstvenim sustavom prouzrokovana činjenicom da se do 100 000 smrtnih slučajeva svake godine povezuje s medicinskim pogreškama. Nadalje,

znanstvenici s Medicinskog fakulteta Sveučilišta *Johns Hopkins* procijenili su da u SAD-u godišnje ima oko 250 000 smrtnih slučajeva povezanih s pogreškom, pa su zbog toga medicinske pogreške treći uzrok smrti. Njihovo je mišljenje da je ta brojka još i veća jer potvrde o smrti ne navode medicinske pogreške kao uzrok smrti. U izvješću zajedničkog povjerenstva o fatalnim događajima koji su se dogodili između 2004. i 2015. kao najčešći uzrok smrti spominju se greške u komunikaciji. Zbog toga se među medicinskim sestrama sve više raspravlja o povezanosti komunikacije i pogrešaka, ali to još uvijek nije dovoljno za razvoj specifičnih vještina koje bi mogle pomoći medicinskim sestrama da komuniciraju „profesionalne pogreške” u zdravstvenoj zaštiti.

U ovom se članku tvrdi da emocionalna inteligencija, koja se odnosi na sposobnost osobe da prepozna i upravlja svojim osjećajima i osjećajima drugih, može ponuditi takav skup vještina. Iako



ISTRAŽIVANJA JASNO
POKAZUJU DA JE RAZINA
KLINIČKE USPJEŠNOSTI
POVEZANA S IZMJERENOM
EMOCIONALNOM
INTELIGENCIJOM
MEDICINSKIH SESTARA



odnos između vještina emocionalne inteligencije i sigurnosti pacijenata još nije proučen, poticajni su rezultati istraživanja na tu temu u drugim područjima, primjerice u građevinarstvu. U tekstu se opisuje pojam emocionalne inteligencije i nastoji se usredotočiti na nalaze koji upućuju na to da vještine emocionalne inteligencije mogu utjecati na individualne sposobnosti, međuljudske odnose i timsko funkcioniranje na načine koji čine pacijente sigurnijima. O novim je spoznajama raspravljeno u kontekstu standarda kompetentnosti projekta čije je provođenje počelo 2005. – „Obrazovanje medicinskih sestara o kvaliteti i sigurnosti (QSEN)“. QSEN-ove kompetencije usredotočuju se na skrb o pacijentu, timski rad i suradnju, praksu temeljenu na dokazima, poboljšanje kvalitete, sigurnost i informatiku, a medicinske sestre voditelji uložile su napor kako bi te kompetencije integrirale u programe preddiplomskog i diplomskog programa sestrinstva.

EMOCIONALNA INTELIGENCIJA NA RADNOME MJESTU

John D. Mayer i Peter Salovey podijelili su emocionalnu inteligenciju na četiri dijela: sposobnost ispravnog prepoznavanja vlastitih i emocija drugih ljudi, sposobnost korištenja emocija za lakše rasuđivanje, sposobnost razumijevanja emocija i sposobnost upravljanja vlastitim emocijama i emocionalnim situacijama. Od svojeg nastanka kao koncepta prije više od 20 godina sposobnost emocionalne inteligencije priznata je kao ključni skup vještina za uspjeh na radnome mjestu. U izvještaju iz 2012. zaključeno je da: „Emocionalna inteligencija (EI) više od znanja, tehničkih vještina ili tradicionalnih mjera inteligencije određuje individualnu učinkovitost i uspješne poslovne rezultate.“ U literaturi o emocionalnoj inteligenciji u sestrinskoj skrbi iz 2007. fokus je stavljen na emocionalnu inteligenciju sestara voditelja. Dotada su brojne istraživačke studije o drugim profesijama dokazale postojanje veze između vještina emocionalne inteligencije i uspjeha na radnome mjestu, uspješnog vođenja, timskog rada i zadovoljstva klijenata, a naknadna istraživanja u sestrinskim i drugim medicinskim disciplinama potvrdila su mnoge od tih nalaza unutar zdravstvenih ustanova.

SKRB USMJERENA PREMA PACIJENTU

Određeni elementi skrbi usmjerene prema pacijentu kao što su klinička izvedba, komunikacija u terapijskom odnosu i suosjećajna skrb teme su koje se pojavljuju u QSEN-ovim kompetencijama – kako za preddiplomsko, tako i za diplomsko obrazovanje, a njihova povezanost s vještinama emocionalne

inteligencije upućuje na to da pacijenti mogu biti sigurniji kada o njima skrbe medicinske sestre s višim stupnjem emocionalne inteligencije.

Suosjećajna skrb

Ukoliko o pacijentu skrbe sestre s višim stupnjem emocionalne inteligencije, on će imati osjećaj da se o njemu vodi briga. To utječe na kvalitetu njihova odnosa, a ujedno može imati i terapijski učinak. Primjerice, medicinska sestra koja je leđima okrenuta pacijentu dok unosi njegove podatke u računalo, teško će razumjeti neverbalne emocionalne znakove pacijenta koji pokazuju je li mu neugodno, je li tjeskoban ili zadržava informacije za razliku od medicinske sestre koja će prilikom prikupljanja podataka o pacijentu s njim uspostaviti kontakt očima.

ISTRAŽIVANJA JASNO POKAZUJU DA JE RAZINA KLINIČKE USPJEŠNOSTI POVEZANA S IZMJERENOM EMOCIONALNOM INTELIGENCIJOM MEDICINSKIH SESTARA

Komunikacija u terapijskim odnosima

Jasna komunikacija i točne informacije utječu na sigurnost zdravstvene zaštite, mogu poboljšati njegovu i spriječiti pogreške, a tome može pridonijeti razvoj sposobnosti emocionalne inteligencije. Da bi se spriječilo propuštanje ili pogrešno tumačenje podataka o zdravstvenoj skrbi, medicinske sestre moraju biti u stanju točno procijeniti vlastitu pristranost, umor i stres, kao i utjecaj emocionalnih čimbenika poput konflikta ili neprijateljstva u radnom okružju. To je osobito važno jer se medicinske sestre sve više suočavaju s većim opterećenjima, administrativnim sustavnim pritiscima i zahtjevima nezanimim za kliničku praksu, a sve to može povećati mogućnost pogrešaka. Nadalje, sposobnost emocionalne inteligencije može pozitivno utjecati na prijenos informacija između medicinskih sestara i pacijenata što je važno za terapijski odnos, a pacijenti ili članovi obitelji koji se osjećaju zbrinutima imat će povjerenje u skrb. Emocionalna inteligencija može pružiti okvir za identifikaciju osnovnih kompetencija koje poboljšavaju sigurnost pacijenata.

TIMOVI I SURADNJA

Sposobnost emocionalne inteligencije može biti važan čimbenik u timskoj komunikaciji i rješavanju sukoba.

Učinkovitost tima

Stupanj, odnosno razvijenost emocionalne inteligencije utječe na kvalitetu timskog rada, a time i na učinkovitost i kvalitetu skrbi. Kada timovi dobro



komuniciraju, članovi tima prenose informacije sažeto i bez suzdržavanja, a to je osobito važno u interdisciplinarnim timovima. Skrb o pacijentu najsigurnija je kada članovi tima komuniciraju učinkovito. S druge strane, negativni učinci sukoba među članovima tima u kliničkoj praksi mogu rezultirati višim rizikom. Ako sestra ili liječnik zlostavljaju nove medicinske sestre ili osoblje sudjeluje u maltretiranju ili potrazi za „grešnim jarcem”, čini se da će to utjecati na timsku komunikaciju i, neizravno, na sigurnost pacijenata.

Upravljanje sukobima u timu

Vještine emocionalne inteligencije medicinskih sestara povezane su s pozitivnim rješavanjem sukoba u timovima. Kad se sukobom u timu upravlja konstruktivno, odnosno kad se suočava s problemima, oni se rješavaju učinkovitije, a odnosi unutar tima nisu narušeni, čak su i kvalitetniji. Tada eventualni sukobi koji mogu negativno utjecati na skrb o pacijentima oduzimaju manje energije i odvlače manje pozornosti.

SIGURNOST

Dok strah od medicinske pogreške može stvoriti ozračje ispunjeno prijetnjama i prebacivanjem krivnje na drugoga, u organizacijama u kojima je prihvaćen pristup „bez krivnje”, pacijenti će vjerojatno biti sigurniji. Ta vrsta organizacijske kulture može omogućiti djelatnicima da brzo identificiraju mogućnost rizika, otkriju pogrešne događaje, učinkovito analiziraju dinamiku i, uz svaku analizu, jačaju kulturu sigurnosti i sprečavanja pogrešaka. Taj pristup zahtijeva učinkovitu komunikaciju, interdisciplinarnu stručnost u timu i mogućnost pozitivnog rješavanja sukoba, a sve to može biti podržano vještinama emocionalne inteligencije. Na primjer, ako se na sastanku analiziraju dubinski uzroci ozbiljnih događaja, ukoliko se primjenjuju četiri glavne vještine emocionalne inteligencije, utoliko će članovi pravilno identificirati emocije (svi se osjećaju krivima za nju ili osjećaju svoj udio u toj pogrešci), koristiti će se emocijama u zaključivanju (razmišljaju i osjećaju svoj put kroz teška pitanja), shvaćat će emocije (poput uloge ljutnje i obrambenog stava u krivnji) i upravljati emocijama (spriječit će da traženje krivca i prebacivanje krivnje onemogući rješavanje nekog važnog problema).

IMPLIKACIJE ZA PRAKSU

Budući da je broj medicinskih pogrešaka uzrokovanih pogrešnom komunikacijom u porastu, bitno je prepoznati vještine koje podržavaju preciznu komunikaciju i prijenos informacija, optimalnu skrb o pacijentu, funkcionalnost timova i sigurnost pacijenata. Utjecaj vještina emocionalne

inteligencije na rad, terapijske odnose, upravljanje sukobima, učinkovitost tima i kulturu sigurnosti u organizaciji upućuju na to da ovladavanje emocionalnom inteligencijom može osigurati spomenute kompetencije. Iako ne postoje aktualna istraživanja emocionalne inteligencije i sigurnosti pacijenata, predložen je model koji opisuje posrednički učinak vještina emocionalne inteligencije u smanjenju institucionalnih pogrešaka. Preporuka za praksu jest uključiti vještine emocionalne inteligencije u odgoj i obrazovanje, posebno zato što se koriste u međuljudskoj komunikaciji, intervjuiranju, timskom radu, razvoju vodstva i rješavanju sukoba. Preporučuju se istraživanja emocionalne inteligencije u skrbi koja je usmjerena prema sigurnosti bolesnika i vezi između specifičnih vještina i kliničkih ishoda.

Estelle Codier izvanredna je profesorica u Školi za njegu i stomatologiju na Sveučilištu Hawaii, Manoa, Honolulu. David D. Codier direktor je Odjela za zdravlje i sigurnost okoliša Banner Health System, Mesa, AZ.



SPOSOBNOST EMOCIONALNE INTELIGENCIJE MOŽE BITI VAŽAN ČIMBENIK U TIMSKOJ KOMUNIKACIJI I RJEŠAVANJU SUKOBIA.



SPREČAVANJE INFEKCIJA KRVOTOKA U INTRAVENSKOJ TERAPIJI

SKRAĆENI PRIKAZ ČLANKA:

Kevin Hugill: Preventing bloodstream infection in IV therapy; British Journal of Nursing, 2017 (IV Therapy Supplement), Vol 26, No 14

Vaskularni pristup putem perifernog ili središnjeg krvožilnog sustava rutinsko je iskustvo za većinu hospitaliziranih pacijenata (Bodenham et al., 2016; Barton i sur., 2017) i sve je češći kod primanja zdravstvene zaštite u vlastitim domovima (Royal College of Nursing (RCN), 2016.). Bez obzira na grupu pacijenata, terapijske indikacije, vrstu uređaja kojima se koristi, put i mjesto umetanja ili tehniku, svi su postupci vaskularnog pristupa invazivni (razbijaju integritet kože i osiguravaju put za ulazak mikroorganizama u tijelo), stoga nose višestruke rizike na štetu pacijenta. Mnogi od tih rizika dobro su poznati i uključuju probleme kao što su infiltracija, ekstrapozacija, oštećenje živaca, flebitis i bol (Wallis i sur., 2014; Unbeck i sur., 2015), a osobito je važna veza između intravenozne (IV) terapije i infekcija. Stoga je ključni fokus za sve zdravstvene djelatnike osiguranje sigurnog venskog pristupa i sprečavanje infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi (HAI), posebno u odnosu na IV terapiju, infekcije krvotoka povezane s perifernim venskim kateterom ili središnjom linijom. Sigurna IV terapija temelji se na kvalificiranim praktičarima koji su osposobljeni i ocijenjeni kompetentnima u tehnikama IV terapije, kao i brojnim intervencijama utemeljenim na dokazima kojima se ublažavaju rizici i sprečava šteta, a dobro su dokumentirani u literaturi (npr. Mestre i sur., 2013.; Marsh i sur., 2015; Ullman i sur., 2015; Keogh i sur., 2016; Casey i sur., 2017).

Zbog toga su dobra kontrola infekcija i strategije prevencije koje primjenjuju standardne mjere predostrožnosti kao što je učinkovita higijena ruku (World Health Organization, 2006) bitne za sprečavanje štete za pacijenta. Drugi rizični čimbenici za pojavu infekcije uključuju dizajn IV uređaja, tehnike pričvršćivanja i previjanja uređaja, njihov pristup i uporabu, vrijeme zadržavanja, mjesto ugradnje i starost pacijenta (Wallis i sur., 2014.; Marsh i sur., 2015; Ullman i sur., 2015; Unbeck i sur., 2015; Bodenham i sur., 2016; Barton i sur., 2017). Važno je napomenuti da pogreške u praćenju infekcije tijekom IV terapije ugrožavaju sigurnost pacijenta i značajan su izvor HAI-ova koji su se mogli spriječiti (Centers for Control and Prevention of Diseases Control, CDC), 2016, Lindberg i sur., 2017).

Ovaj članak uzima u obzir međusobnu povezanost infekcija krvotoka kod IV terapije i mjera za sprečavanje HAI-ova te sažetak ključnih načela.

INCIDENCIJA

Kod primjene IV terapije zabrinjavajuća je učestalost lokalizirane (flebitis) i infekcije krvotoka (BSI). Zbog toga mnoge zdravstvene organizacije prate pojavu infekcija krvotoka povezanih s kateterom (CRBSI) kao i njezinu podvrstu, infekciju krvotoka povezanu s centralnim venskim kateterom (CLABSI) kao važan pokazatelj kvalitete. Prema Wilsonu (2009) u analizi engleskih podataka (2004-2008) 33,6 % bakterijskih infekcija povezano je s umetnutim krvožilnim uređajem. Od ove brojke, 27,5 % bilo je CLABSI, a preostalih 6,2 % bilo je povezano s perifernim uređajem.

Učestalost CRBSI-ja ili CLABSI-ja obično se definira kao broj potvrđenih infekcija (ili pozitivnih krvnih kultura) na 1000 dana uređaja u odnosu na određenu populaciju pacijenata, odjel, zdravstvenu ustanovu ili regiju (CDC, 2016). Te brojke variraju međunarodno između različitih skupina pacijenata i zdravstvenih ustanova (Gahlot i sur., 2014), a posljednjih godina opadaju (CDC, 2016).

Cherifi i sur. (2013), u usporednoj analizi triju europskih jedinica intenzivne skrbi izvijestili su da su stope CRBSI-ja između 1,13 i 2,95 na 1000 dana uređaja dok su Freixas i sur. (2013) u multicentričnoj studiji (n = 11) neintenzivnih skrbi zabilježili mnogo niže stope za CRBSI (0,19 i 0,15 na 1000 uređaja dana). Razlika bi se jednim dijelom mogla pripisati čimbenicima rizika zbog starosti pacijenata i temeljnih patologija u različitim okruženjima skrbi, a druga objašnjenja mogu uključivati različite definicije BSI-ja i CRBSI-ja ili varijacije identifikacije infekcija u lokalnoj praksi, ali i nestandardiziranu praksu ili različitu usklađenost s najboljim smjernicama za sprečavanje infekcija. Bez obzira na kontekst, te brojke sugeriraju da postoji mogućnost za poboljšanje smanjenja incidencije CRBSIs.

Nadalje, podatci iz epidemiološkog nadzora BSI-ja sugeriraju da postoje lokalizirani i globalni trendovi u uzročnicima (Nagao, 2013). Čini se da u



MEĐUNARODNE I NACIONALNE SMJERNICE OSIGURAVAJU PRAKTIČARIMA DOSTUPAN SAŽETAK NAJNOVIJIH I NAJBOLJIH DOKAZA KOJI SE MOGU UPOTREBLJAVATI U SVAKODNEVNOJ PRAKSI.

Europi sojevi bakterija rezistentni na antibiotike pridonose infektivnom opterećenju uzrokovanom osjetljivim klonovima umjesto da ih zamjenjuju (de Kraker et al, 2013), stoga bi se radi pravodobnog i učinkovitog liječenja više pozornosti trebalo usmjeriti prema prevenciji i ranom otkrivanju uzročnih organizama.

SMJERNICE

Da bi se smanjio rizik od infekcija kod primjene IV terapije, postoji niz međunarodnih smjernica i savjeta za direktnu praksu i informiranje o kontroli infekcija. Na primjer, u SAD-u postoje Standardi i praksa infuzijske terapije (Društvo medicinskih sestara za infuziju, 2016.), u Irskoj Sprečavanje infekcije povezane s intravaskularnim kateterom u Irskoj (Royal College liječnika Irske i Izvršna zdravstvena služba, 2014.), a u kanadskoj kućnoj njezi Smjernice za prevenciju i kontrolu infekcije za pružanje zdravstvene zaštite klijentima koji žive u Zajednici (Provincial Control Network za kontrolu infekcija British Columbia, 2014). U Velikoj Britaniji slične informacije pružaju se u četirima zemljama. U Engleskoj postoje smjernice Epic 3 (Loveday i sur., 2014) i ažurirane smjernice (Loveday i sur., 2016), te smjernice Nacionalnog instituta za zdravstvo i izvrsnu njegu (2014). U Walesu postoji Udruženje za usmjeravanje zdravstvenog osiguranja (HCAI) (Public Health Wales, 2014). U Škotskoj se savjetuje kroz ključne priručnike i komplet dokumenata iz prakse (NHS Scotland, 2017a; 2107b) i u Sjevernoj Irskoj u Public Health Agency (2017).

Opća načela i standardi široko su preneseni od strane stručnih tijela (npr. Bodenham i dr., 2016; RCN, 2016) koja detaljno otkrivaju dokaze i konsenzus. Bez obzira na njihov izvor, te se publikacije bave mnogim istim problemima, a na praktičarima je da se upoznaju s najsuvremenijim nacionalnim smjernicama i da omoguće optimalnu skrb zasnovanu na dokazima. Araujo de Silva i sur. (2016) tvrde da općenita uputstva ne obuhvaćaju sve jedinstvene potrebe i izazove za neke grupe pacijenata (npr. novorođenčad i djeca) i da je za njih potreban poseban i detaljniji savjet. Ta se situacija javlja djelomično zbog fokusiranosti na istraživanje odraslih te etičkih, praktičnih i bioloških poteškoća u razvoju studiranja djece i beba i zasad nije riješena (Simon et al, 2016).



Bez obzira na neka ograničenja primjena općih načela pridonosi smanjenju neopravdanog variranja, standardiziranju prakse i smanjenju morbiditeta povezanog s IV terapijom.

PROVEDBENE SMJERNICE

Većina komentatora (Cherifi i sur., 2013; Freixas i sur., 2013; Frimpong i sur., 2015; Bodenham i sur., 2016) zagovaraju da intervencije za sprečavanje IV infekcija povezanih s IV terapijom trebaju biti zasnovane na najnovijim i najboljim dokazima koji su kombinirani u revizibilne, visokoučinkovite intervencije ili snopove skrbi. Postoje brojni primjeri snopova skrbi: od sveobuhvatnih do visoko specifičnih, kao što su središnje linije i različite složenosti (npr. Freixas et al, 2013; Mestre i sur., 2013; Frimpong et al, 2015; Marang-van de Mheen i van Bodegom-Vos, 2017). Prvi su primjer paketi za održavanje središnjih i perifernih IV katetera od Royal College of Physicians of Ireland i Health Service Executive (2014b; 2014c). Drugi primjer je *I-Care* paket intervencija koje je razvio Queensland Health (2017) u Australiji. Slova skraćenice *I-Care* znače:

- **I:** upravljanje IV uređajima
- **C:** higijena ruku



- **A:** pristup uređaju
- **R:** pregled potrebe za uređajem u redovitim razmacima
- **E:** obrazovanje osoblja i pacijenata o sigurnoj uporabi.

Iako je većina NHS-ovih organizacija dodatne pojedinosti snopova razvila lokalno, većina snopova obuhvaća strukturirani skup povezanih akcija usredotočenih na optimizaciju određenog aspekta primjene IV terapije: umetanje i učvršćivanje, njegu mjesta nakon toga, pristupanje uređaju i uklanjanje perifernog uređaja, periferno umetnut središnji kateter (PICC) ili središnja linija, na primjer. Svi snopovi bave se zajedničkim područjima:

- odluka o umetanju uređaja ili neumetanju
- odabir uređaja s obzirom na, na primjer, karakteristike pacijenta, namjenu i trajanje terapije

- dobra higijena ruku, uključujući „5 trenutaka za higijenu ruku” (WHO, 2006)
- antiseptička koža prije umetanja
- aseptične tehnike bez dodirivanja (ANTT®) za umetanje uređaja, uporabu, pristup mjestu i liniji i uklanjanje
- učinkovita stabilizacija, učvršćivanje i pokrivanje uređaja
- mjere za održavanje antiseptice tijekom uporabe i pristupa
- odluka o ranom uklanjanju uređaja
- praćenje integriteta uređaja i nuspojava uporabe, npr. vizualne infuzijske flebitis skale (VIP skale)
- provjera i povratne informacije o bitnim komponentama usklađenosti s pojedincima i timovima.

Većina paketa uključuje „mora se raditi” radnje utemeljene na dokazima kako bi se osigurala dosljednost u praksi, možda najbolje sažete u: „Nemojte ih stavljati. Izvadite ih. Održavajte ih ispravno.” (Royal College of Physicians of Ireland i Health Service Executive, 2014b: 2, 2014c: 2).

Meta-analitičkom procjenom učinkovitosti paketa CLABSI skrbi u 59 studija Marang-van de Mheen i van Bodegom-Vos (2017) zaključili su da je korištenjem centralnog linijskog snopa u svim studijama stopa infekcija smanjena za 56 %. Međutim, zbog studijske heterogenosti, visokog rizika od pristranosti i različitih nalaza pojedinačnih studija ne može se reći da su zaključci nedvosmisleni.

Da bi dokazali učinkovitost strategija u vezi s kratkim perifernim IV uređajima, Mestre i sur. (2013) su proveli kvazi-eksperimentalnu studiju (n = 1631 pacijenata i 2325 perifernih IV uređaja) s pomoću specifične njege korištenjem snopova skrbi. Taj snop obuhvatio je obrazovanje osoblja, rano uklanjanje uređaja koji više nisu potrebni i smjernice za zamjenu kanile, zatim korištenje skale za procjenu integriteta kože i vaskularne cjelovitosti te detaljan nadzor nuspojava. Mestre i suradnici (2013.) zaključili su da pristup bolnici može smanjiti učestalost svih perifernih komplikacija vezanih za uređaj, osobito BSI, jer su intervencije za ublažavanje štetnih utjecaja kod korištenja perifernih uređaja IV najbolje osmišljene i najučinkovitije u bolnicama.

Da bi se snopovi skrbi uspješno koristili, potrebna je pozorna multidisciplinarna suradnja u planiranju, predškolskom odgoju, provedbi i praćenju/reviziji. Osim toga, dokazano je da manje jednostavni koraci vode do bolje usklađenosti i mogu biti jednako učinkoviti kao složenije verzije (Yagnik i sur., 2017).



KLJUČNE TOČKE

- ! Sprečavanje infekcije povezane s intravenskim putem složen je izazov prakse i odgovornost je svih članova bolničkog tima, kreatora politike, pacijenata i obitelji. Stope infekcija krvotoka povezane s IV terapijom variraju između odjela i bolnica; razlozi za to su različitost populacije pacijenata, temeljne patologije i, najvažnije, kontrole infekcija i prevencije.
- ! Međunarodne i nacionalne smjernice osiguravaju praktičarima dostupan sažetak najnovijih i najboljih dokaza koji se mogu upotrebljavati u svakodnevnoj praksi.
- ! Lokalno razvijeni paketi IV skrbi važan su podsjetnik za osoblje.
- ! IV uređaji trebali bi biti umetnuti samo ako postoji jasna klinička potreba, mora se paziti na aseptičnost, neprekidno ih pregledavati i ukloniti ako nisu potrebni.

DOKAZNA BAZA NAKON INTERVENCIJA

Nakon razmatranja smjernica za praksu (npr. Loveday i sur., 2014., Društvo medicinskih sestara za infuziju, 2016.) vidljivo je da se mnogo prakse temelji na profesionalnom konsenzusu i mišljenju (stupanj D, dobre prakse ili dokaz razine V), a ne na dokazima (razred A ili razina I). Društvo infuzijskih medicinskih sestara u Standardima za terapijsku praksu 2016. napominje da se od prethodnog izdanja (2011.) više preporuka temelji na najvišim razinama dokaza, a manje se preporuka oslanja samo na profesionalno mišljenje (broj najviše razine dokaza povećan je s 3,8 % na 5,8 % svih preporuka, a za najmanju kvalitetu dokaza brojke su se smanjile sa 67 % na 46 %).

Cherifi i suradnici (2013.) predlažu oprezno tumačenje učinkovitosti bilo kakvih novih intervencija na broj CRBSI-ja. U svojoj studiji pokazali su da se prijavljena incidencija CLABSI-ja u trima jedinicama intenzivne skrbi može smanjiti za 19 do 45 % samo usklađivanjem definicija i načina potvrđivanja infekcije između triju jedinica, čime se potencijalno smanjuju učinci bilo koje intervencije za smanjenje infekcije. U daljnjim istraživanjima trebalo bi razviti snažnu bazu podataka da bi se razjasnila najbolja praksa i preispitale postojeće pretpostavke. Na primjer, savjet Lovedaya i sur. (2014: IVAD 14) koji preporučuju posebne proizvode za pripremu kože za umetanje uređaja visoko je ocijenjen (A), a nije uzeta u obzir potencijalna šteta koju takvi pristupi mogu imati kod nekih skupina pacijenata (Janssen et al, 2017). Nadalje, Casey

i sur. (2017) primijetili su da metoda primjene može biti jednako važna kao i izbor proizvoda u osiguravanju antiseptice kože, pa je informacija o najboljem proizvodu i kako ga koristiti nepotpuna. Stoga u primjeni tih smjernica zdravstveni stručnjaci trebaju koristiti i vlastitu kliničku prosudbu i znanje te uzeti u obzir individualna ponašanja (osoblja i pacijenta) i politiku organizacije. Budući da se praksa u kontroli infekcija kod primjene IV terapije stalno mijenja, a smjernice se ažuriraju u skladu s rezultatima istraživanja (npr. Loveday i sur., 2016), medicinske sestre trebaju se neprestano profesionalno razvijati i nove spoznaje primjenjivati u praksi.

ZAKLJUČAK

Sprečavanje infekcija povezanih s IV terapijom složen je izazov koji uključuje razvoj, pregled i implementaciju snopova skrbi na temelju dokaza, višeprofesionalni timski rad i edukaciju pacijenta i obitelji. Neke infekcije povezane s IV uređajima povezane su s načinom skrbi, ali postoje i višestruki rizični čimbenici koji utječu na vjerojatnost pojave infekcije kao što su novi oblici patogena otpornih na antimikrobno sredstvo, širi opseg IV terapije te promjena demografske populacije pacijenata i zdravstvenih tehnologija.

CPD REFLEKTIRAJUĆA PITANJA

- ? Razmislite o tome kako da načini i smjernice za intravensku terapiju (IV) vašeg radnog mjesta budu u skladu s najnovijim smjernicama za kontrolu infekcija u vašoj zemlji.
- ? Saznajte kako se u vašoj organizaciji otkriva, prati i izvještava o prevalenciji infekcija krvotoka. Razmislite o koracima koje možete poduzeti kako biste poboljšali tu situaciju.
- ? Razmislite o načinu na koji rutinski pripremate kožu za umetanje IV uređaja (vrsta proizvoda i tehnika primjene). Kako primijeniti bazu istraživačkih dokaza u odnosu na potrebe određene grupe pacijenata?
- ? Kada ste posljednji put primili (ili dali) povratne informacije kolegi/kolegici u vezi s praksom nadzora infekcija i kako ste ih primijenili u praksi? Ako niste primili (ili dali) povratne informacije nedavno, zašto niste? Razmislite o tome bi li to bilo korisno za vas?

Sud Hrvatske komore medicinskih sestara I stupnja, u vijeću sastavljenom od suca tog Suda Berislava Živkovića, kao predsjednika vijeća te Sonje Kalauz i Gorana Stokića kao članova vijeća, uz sudjelovanje zapisničarke Anastazije Sorić Uranić, u disciplinskom postupku pokrenutom protiv medicinske sestre Mire Bosak, zbog povrede članaka 3., 5., 14., 15., 16., Zakona o sestrinstvu („Narodne novine“ broj: 121/03, 117/08, 57/11), članaka 2.1., 2.5., 6.2., 6.3. i 7.1. Etičkog kodeksa medicinskih sestara, povodom zahtjeva Vijeća Hrvatske komore medicinskih sestara od 19. prosinca 2016. godine, KLASA: UP/I-052-01/16-01/02, URBROJ: 696-3-1-16-01, nakon glavne rasprave u kojoj je javnost isključena, održane dana 23. svibnja 2017. godine, u prisutnosti Mire Bosak i podnositelja zahtjeva zastupano po opunomoćeniku Mladenu Samardžiji, dana 26. svibnja 2017. godine objavio je, a 23. svibnja 2017. godine donio je:

ODLUKU

Medicinska sestra: Mira Bosak, kći Stjepana i Barbare, rođena dana 15.10.1966. u Zagrebu, zaposlena u DZZZ, evidencijski broj 44205, protiv koje se ne vodi drugi postupak,

proglašava se odgovornom

što je:

tijekom 2011. godine pribavila krivotvoreno Odobrenje za samostalan rad Hrvatske komore medicinskih sestara, isto uporabila na način da ga je predala svojem poslodavcu te obavljala posao medicinske sestre sa svim pravima i dužnostima u DZZZ sa neoriginalnim Odobrenjem za samostalan rad do 2016. godine.

dakle, radila u DZZZ kao medicinska sestra unatoč činjenici kako nije ispunjavala zakonom predviđene pretpostavke za obavljanje djelatnosti medicinske sestre obzirom da joj nije izdano Odobrenje za samostalan rad.

čime je: 1. Povrijedila Etički kodeks medicinskih sestara i to:

- članak 2.1. medicinska sestra koja obavlja svoju djelatnost obvezna je učlaniti se u Hrvatsku komoru medicinskih sestara, mora biti upisana u Registar Komore te imati u skladu za zakonom Odobrenje za samostalan rad.
- članak 2.5. medicinska sestra mora se držati zakona.
- članak 6.2. medicinska sestra, da bi kompetentno radila, mora posjedovati znanje, vještine i sposobnosti koje se traže za siguran i djelotvoran rad.
- članak 6.3. medicinska sestra mora jasno odrediti granice svoje stručne kompetencije te tako raditi i prihvatiti odgovornost za aktivnosti za koje je osposobljena.
- članak 7.1. medicinska sestra mora se ponašati tako da podiže ugled svoje profesije.

2. Prekršila odredbe Zakona o sestrinstvu i to:

- članak 3., stavak 2.- medicinska sestra u provođenju svoje djelatnosti dužna je primjenjivati svoje najbolje stručno znanje, poštujući načela prava pacijenata, etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravlja stanovništva i svakog pacijenta osobno.
- članak 5. stavak 4. – Sestrinsku djelatnost mogu obavljati samo medicinske sestre, u opsegu koji im pružaju kompetencije stečene obrazovanjem.
- članak 14. stavak 2. Zdravstvenu njegu kao član tima provodi medicinska sestra koja je završila strukovno obrazovanje za zanimanje medicinska sestra, koja je upisana u registar i kojoj je dano Odobrenje za samostalan rad u skladu s kompetencijama stečenim obrazovanjem.
- članak 15. stavak 1. Pravo na samostalan rad ima medicinska sestra kojoj je dano Odobrenje za samostalan rad.
- članak 15. stavak 2. O davanju odobrenja za samostalan rad (licencija) medicinskoj sestri upisanoj u registar rješenjem odlučuje Hrvatska komora medicinskih sestara.
- članak 15. stavak 4. Medicinska sestra može obavljati djelatnost zdravstvene njege samo u okviru kompetencija stečenih obrazovanjem i dodatnim usavršavanjem utvrđenih Odobrenjem za samostalan rad.
- članak 16., st. 1. toč. 14. i 19.- Dužnosti medicinske sestre su: poštivanje etičkog kodeksa medicinskih sestara; djelovanje u interesu bolesnika.

Pa se medicinskoj sestri Miri Bosak temeljem članka 56. Pravilnika o pravima i odgovornostima medicinskih sestara izriče:

javni ukor

koja mjera će se temeljem članka 57. Pravilnika o pravima i odgovornostima medicinskih sestara, izvršiti kada ova odluka postane konačna, na način da se ista u djelomično objavi u „Plavom fokusu“ – glasilu Komore.

Na temelju članka 52. i 53. Pravilnika o pravima i odgovornostima medicinskih sestara, nalaže se medicinskoj sestri Miri Bosak plaćanje troškova postupka u iznosu od 3.500,00 kuna (tri tisuće pet stotina kuna i nula lipa) u korist Hrvatske komore medicinskih sestara, a sve u roku od 15 dana.

Hotel Terme Jezerčica

Donja Stubica



Vaše idealno mjesto za...



*... opuštanje
... relaksaciju
... rekreaciju
... obiteljsko druženje
... kongrese i sastanke
... domjenke
... svadbene svečanosti*



KUPON 10% POPUSTA
na sve redovne cijena smještaja i
cjelodnevne individualne ulaznice za
Vodeni park

Hotel Terme Jezerčica
www.terme-jezercica.hr
info@terme-jezercica.hr
Tel.: +385 (0)49 200 600, 200 666

