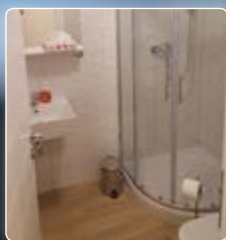


Plavi FOKUS

Informativno Glasilo
Hrvatske Komore Medicinskih Sestara

U UREDU PREDsjedNICE RH
"Zdravlje za sve"

! HKMS OTVORILA
BESPLATAN STAMBENI PROSTOR
za bolesne medicinske sestre



MEĐUNARODNI TJEDAN SESTRINSTVA
07. - 12. svibnja 2018. godine

SESTRINSTVO GLAS KOJI VODI

ZDRAVLJE JE TEMELJNO LJUDSKO PRAVO



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

RIJEČ PREDSJEDNICE	3
--------------------	---

OTVORENJE BESPLATNOG STAMBENOG PROSTORA ZA BOLESNE MEDICINSKE SESTRE	4
--	---

ŠTO BI TREBALI ZNATI O: KOMUNIKACIJI NA RADNOM MJESTU/POSLOVNA KOMUNIKACIJA	5
---	---

INTERVJU: DR.SC. SNJEŽANA ČUKLJEK, PROF.	8
--	---

OPĆA BOLNICA „DR.TOMISLAV BARDEK „KOPRIVNICA	10
--	----

PALIJATIVNA SKRB NA RAZINI PZZ	15
--------------------------------	----

5. SIMPOZIJ DRUŠTVA ZA KVALITETU SV. MARTIN NA MURI, 17.-19.05.2018. U SUORGANIZACIJI ŽB ČAKOVEC	20
--	----

IZVJEŠTAJ S ICN ICM WHO TRIAD MEETING, GLOBAL FORUM FOR GOVERNMENT CHIEF NURSING AND MIDWIFERY OFFICERS	22
---	----

HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA SUDJELOVALA NA DANIMA OTVORENIH VRATA U UREDU PREDSJEDNICE REPUBLIKE HRVATSKE NA TEMU "ZDRAVLJE ZA SVE"	24
---	----

OBILJEŽAVANJE TJEDNA SESTRINSTVA	24
----------------------------------	----

ENC NOVOSTI	28
-------------	----

IZ STRANE LITERATURE	34
----------------------	----

Riječ predsjednice



O reformama smo već pisali u našem glasilu. Reforme su trajni proces, podrazumijevaju promjene, a očekivanja medicinskih sestara za promjenama u sustavu školovanja i zdravstva su opravdano velika. Na tu temu je 20. ožujka 2018. godine održana sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora.

Usvojeni su zaključci koji bi trebali biti realizirani kroz godinu dana. Cjelokupno sestrinstvo s pravom očekuje realizaciju zaključaka.

Da se podsjetimo; preporuke se odnose na bolju suradnju ministarstava, Agencije za strukovno obrazovanje i Hrvatske komore medicinskih sestara, visokoobrazovnih i zdravstvenih ustanova po pitanju temeljnog obrazovanja, priznavanju inozemnih kvalifikacija, priznavanju visokog obrazovanja medicinskih sestara te utvrđivanju radnih mjesta koja zahtijevaju diplomski studij i stvaranje boljih radnih uvjeta.

Tako piše u zaključcima. Prošla su tri mjeseca. Riješio se problem stjecanja uvjeta za priznavanje kvalifikacija medicinskih sestara koje su svoje školovanje završile u zemljama izvan EGP-a. Tako možemo reći da je zbog aktualizacije problema riješen jedan mali dio zaključka.

Hrvatska komora medicinskih sestara, koristeći uljučenu komunikaciju, pod pretpostavkom da se odnosi temelje na međusobnom uvažavanju i poštovanju, svim dionicima u rješavanju navedenih problema uputila je dopis i prijedlog suradnje i načina rješavanja problema. Odgovor smo dobili jedino od Agencije za znanost i visoko obrazovanje.

Ministarstvo znanosti i obrazovanja i Ministarstvo zdravstva nisu pokazali interes za skorim rješavanjem problema u obrazovanju medicinskih sestara, niti u definiranju radnih mjesta za medicinske sestre koje su završile visoko obrazovanje i svrstale se u VII. stupanj HKO.

U Ministarstvu zdravstva djeluje Povjerenstvo za sestrinstvo. HKMS je uputila dopis ministru zdravstva da Povjerenstvo za sestrinstvo predloži radna mjesta za medicinske sestre VII. kvalifikacijskog okvira.

Obrazovanje medicinskih sestara i dalje se uređuje bez suradnje struke.

Razrađuju se projekti za otvaranje centara kompetentnosti. Hrvatska komora medicinskih sestara nije protivna projektima koji podrazumijevaju edukaciju medicinskih sestara, ali je protivna da

se edukacije provode bez pravovremenog dogovora sa strukom. Sestrinstvo je regulirana profesija, a bez dobre suradnje ministarstava, stručne komore, visoko obrazovnih ustanova i zdravstvenih ustanova medicinske sestre neće dobiti ona znanja koja su im potrebna za obavljanje zdravstvene njege na siguran način. Temeljno obrazovanje medicinskih sestara odvija se u srednjim školama i dodiplomskom studiju sestrinstva. Ako je temeljno obrazovanje strukovno obrazovanje, hoće li medicinske sestre prvostupnice po tom projektu ići na provjeru i usavršavanje kompetentnosti u srednje medicinske škole? U Republici Hrvatskoj je temeljno obrazovanje medicinskih sestara, kako sada piše u Aneksu Direktive 2005/36/EU, na dvije različite razine HKO-a. Porazna je činjenica da je na tematskoj sjednici Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora saborska zastupnica izjavila da se po tom pitanju ništa ne može učiniti jer je tako zaključila Europska komisija, što je u potpunosti netočno. Strašno je da saborska zastupnica to ne zna.

Nema zadovoljavajuće suradnje među dionicima obrazovanja medicinskih sestara, ali HKMS neće odustati od ukazivanja na problem, jer ako se problem ne riješi budućnost će biti vrlo burna.

S velikim zanimanjem očekujemo reformu obrazovnog sustava i očekujemo da će nepravda koja je učinjena medicinskim sestrama biti ispravljena.

Svi sa zanimanjem očekujemo Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Predložili smo izmjene i nadamo se uređenju sustava u dijelu koji se odnosi na sestrinstvo u skladu s Direktivom.

Izmjenom Kaznenog zakona u cilju zaštite zdravstvenih radnika, koji se dogodio na inicijativu i naše Komore, vidljivi su pozitivni rezultati dobre suradnje Ministarstva pravosuđa i Ministarstva zdravstva. Na zdravstvenim ustanovama je da odrade svoj dio posla i stvore sigurno radno okruženje, a strukovne komore potaknu i omoguće edukaciju koja bi medicinskim sestrama i drugim zdravstvenim radnicima omogućila usvajanje onih znanja koja su neophodna za prepoznavanje i prevenciju agresije kao neželjenog događaja kod svih dionika u sustavu zdravstva. Hrvatska komora medicinskih sestara na svojoj web stranici ima trajno otvorenu anketu koja se odnosi na nasilje te će pratiti daljnja zbivanja u tom smislu. Pozivam medicinske sestre i tehničare da prijavljuju svaki oblik nasilja kako bismo mogli analizirati problem i predlagati nove učinkovite mjere za rješavanje problema.

Predsjednica Hrvatske komore medicinskih sestara
Slava Šepić



HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA OTVORILA BESPLATAN STAMBENI PROSTOR ZA BOLESNE MEDICINSKE SESTRE



Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS) u Zagrebu je otvorila novouređeni stambeni prostor, namijenjen besplatnom smještaju medicinskih sestara i medicinskih tehničara koji dolaze u Zagreb na liječenje, odnosno dijagnostiku. Prostor je otvorio ministar zdravstva prof. dr. sc. Milan Kujundžić, istaknuvši: „Nerijetko pretrage traju dugo i čeka se na određene postupke, a da pacijent nije u bolnici. Stoga je ovim činom uistinu napravljeno nešto lijepo. Čestitam i zahvaljujem Komori medicinskih sestara za ovu plemenitu, etičnu i ljudsku gestu pomoći bolesnim sestrama diljem Hrvatske. Od sada mogu imati smještaj u Zagrebu, a da to ne moraju plaćati iz vlastitoga džepa.“

U svom Registru, HKMS ima upisano 39.000 medicinskih sestara i medicinskih tehničara koji tijekom 24 sata požrtvovno skrbe o pacijentima. Od tog velikog broja medicinskih sestara, nažalost, vrlo je velik broj o njih koje su i same oboljele i postale pacijenti. Stoga je Komora, vodeći računa o njima i njihovim potrebama, uredila ovaj stambeni prostor. Kapacitet stambenog prostora je devet ležajeva, a prostor se sastoji od dnevnog boravka, kuhinje, pet spavaćih soba te dvije kupaonice.

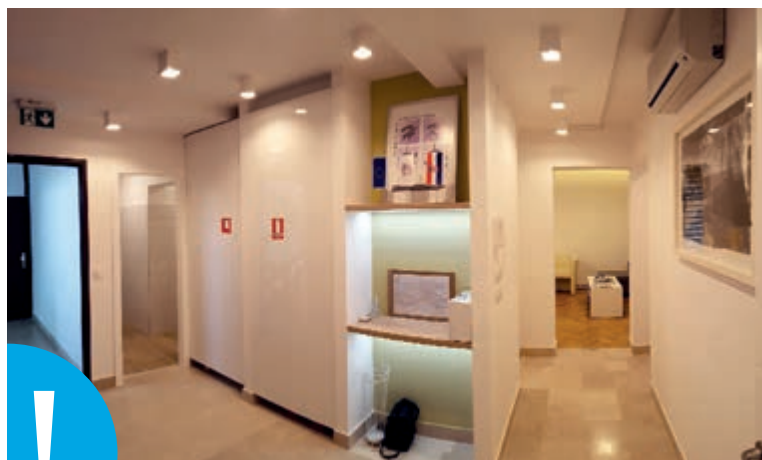
„Medicinska sestra koja iz bilo kojeg dijela Hrvatske dolazi na pretrage, terapije ili dijagnostiku u Zagreb, moći će spavati potpuno besplatno na teret Komore u ovim prostorima. Kada gledamo statističke podatke, godišnje je oko 1800 medicinskih sestara na bolovanju. Veliki postotak je na dugim bolovanjima zbog različitih teških bolesti. Zato me osobito veseli što smo za njih otvorili ovaj prostor.“, izjavila je predsjednica Komore Slava Šepec, diplomirana medicinska sestra.

Hrvatska komora medicinskih sestara regulacijsko je tijelo za profesiju sestrinstva u Republici Hrvatskoj i vodeći računa o visokoj profesionalnoj razini pružanja i provođenja zdravstvene njege, još je jednom pokazala da štiti interese medicinskih sestara i u situacijama kada su iste pacijenti.

Smještaj se odobrava za privremeno i povremeno korištenje podnošenjem zahtjeva koji se obrađuje i odobrava prema redoslijedu podnošenja.

Uz zahtjev (obrazac zahtjeva na www.hkms.hr) potrebno je dostaviti medicinsku dokumentaciju iz koje je vidljivo vremensko razdoblje za koje je potrebna usluga smještaja.

Po utvrđenoj osnovanosti zahtjeva sa korisnicom/korisnikom smještaja sklapa se Ugovor o besplatnom smještaju.



Zahtjev i potrebnu dokumentaciju moguće je dostaviti poštom na adresu HKMS, Maksimirska 111/2, Zagreb, osobno ili na e-mail adresu: smjestaj@hkms.hr

PRIPREMILA: doc.dr.sc. Sonja Kalauz

ŠTO BI TREBALI ZNATI O:

KOMUNIKACIJI NA RADNOM MJESTU/ POSLOVNA KOMUNIKACIJA

Poslovna komunikacija obuhvaća pravila ophođenja s korisnicima naših usluga, sa suradnicima na radnom mjestu i izvan njega i sa svim drugim osobama koji na bilo koji način imaju udjela u svakodnevnom poslovnim odnosima. Kada se govori o poslovnoj komunikaciji onda se ne misli samo na verbalni i neverbalni kontakt već i na pristup u komunikaciji, način govora, ton glasa, upotrebu riječi, poštovanje pravila uljuđenog govora u raznim poslovnim situacijama, govor tijela, poslovno odijevanje, poslovno dopisivanje, način korištenja tehničkih sredstava za komunikaciju kao i na sve druge načine ponašanja u različitim poslovnim situacijama. Komuniciranje je vještina po kojoj se vrlo brzo mogu prepoznati uspješni djelatnici od onih manje uspješnih. Najuspješniji djelatnici su svjesni da jedan dio svog uspjeha zahvaljuju upravo svojim dobrim komunikacijskim vještinama, te da prvi dojam bitno utječe na trenutnu, ali i kasniju trajniju sliku osobe/djelatnika ali i cijele radne organizacije. Danas, veliki broj ljudi nije svjestan ne/kvalitete svoje komunikacije, često su uvjereni da su ugodni sugovornici i suradnici, da oko sebe stvaraju pozitivnu atmosferu, da su vrlo susretljivi, kreativni... pa im nije jasno kako je moguće da ih suradnici izbjegavaju, da im ne povjeravaju neke bitne informacije, da ne žele dijeliti neka svoja iskustva... Stručnjaci kažu da bi bilo dobro da se svaki čovjek s vremena na vrijeme zapita – kako me vide i doživljavaju drugi ljudi, jesam li iskreno sklon otvorenom dijalogu, uvažavanju tuđih mišljenja, kritiziram li ponekad bez stvarnih i jasnih argumenata, jesam li uopće sklon konstruktivnim razgovorima, bojim li se posljedica razgovora „otvorenog i čistog srca“, koliko puta sam jedno mislio, a drugo govorio i kako sam se osjećao poslije toga, koliko sam puta htio reći „bobo bob“ i popu „pop“, ali se nisam usudio (a, znam da sam bio sto posto u pravu,...!!!) ... Koliko puta pomislimo: znam što bi i kako bi trebalo reći i postaviti se, sjećam se savjeta svojih roditelja, pa učitelja, čak i komunikologa koji su nas učili pravilima profesionalne komunikacije i ponašanja, ali... posljedice!!! Što ako dobijem otkaz?, Što ako me premjeste na drugi odjel?, Što ako me



počne pratiti glas „konfliktne“ osobe, Što ako>... (i stotinu sličnih pitanja!).

Na žalost, danas je gotovo u svim porama našeg društva prisutan moralni relativizam, pa smo svjedoci da se ljudi u koje smo vjerovali i za koje smo pretpostavljali da su moralno čvrstog karaktera (moralni uzori) odjedanput postali bahati, nepriстойni, vulgarni, da govore i izražavaju se jezikom ulice, da su zapravo licemjeri, da se poslušnički ulagaju nadređenima(daj čovjeku vlast, pa da vidiš kakav je!). Nedavno su se dvije politički visoko pozicionirane osobe prepirale u javnom prostoru tako da su jedna drugoj govorile: ona laže on laže ... notorna laž A mi, što smo mi obični ljudi nakon toga mogli zaključiti: vjerojatno oboje lažu, svi u ovoj državi lažuma tko nas to i kuda vodi.? Na djelu je izokrenuti sustav vrijednosti, tako da su moralnost, istinoljubivost, poštenje i iskrenost postale nepoželjne vrijednosti, dok su lažljivost, podmetanje, licemjerstvo, nesposobnost, lijenost, dobra „umreženost“, „zgrtački“ mentalitet i „alpinizam po vijugama debelog crijeva“ postale vrlo poželjne osobine jer upravo one osiguravaju društveni uspjeh, pa i onaj materijalni. Tako naša djeca uče da u ovoj „demokraciji“ nije pametno reći caru „Gle, ti si gol“ jer kad jednog dana narastu i uđu u svijet rada mogli bi takvim primjedbama dovesti u pitanje vlastitu zaradu, status, položaj, moć i ostale privilegije koje iz toga proizlaze. Onim drugima, koji baš i ne uspiju savladati pravila „razvoja uspješne karijere“ uvijek preostaje Irska! Uvijek ima onih koji ne mogu preko srca, preko razuma i preko vlastite savjesti! A zato je njihov cijeli svijet!

Većina mladih ljudi koji iseljavaju iz Hrvatske u druge zemlje navode, prema javno objavljenim anketama, da je glavni razlog njihovog odlaska loša politička i ekonomska situacija u zemlji, nepotizam i klijentelizam, a nikako visina osobnog dohotka. Sada se radi na razvoju politike kako mlade zadržati u domovini. Pa ne treba tu velike pameti, veliki i dugi projekti, pa simpoziji, pa savjetovanja pa televizijske emisije Još je davno veliki grčki

filozof Platon u svom djelu *Država* postavio temelje teorije o vladavini meritokracije, kao tipu vladavine koja je uvjetovana: dostupnim sustavom školovanja za sve, a ne samo bogatima, vladavinom sposobnih mladih ljudi, obvezatnim javnim natjecajima za javne službe, uspostavom formalnog i stvarnoga sustava upravljanja u kojem neće biti ometan dolazak najspособnijih ljudi na najodgovornija mjesta. Još davno!

Vjerojatno će se čitatelji zapitati – a kakve veze sada ima sve ovo gore navedeno s poslovnom komunikacijom. I te kako ima! Verbalnom ili neverbalnom komunikacijom, ponašanjem, stavom, dosljednošću – djela prate riječi, točnošću, marljivošću, ... stalno se odašilju poruke, pozitivne ili negativne, ugodne i neugodne, lijepe ili bolne a, veliki broj tih poruka utječe na naše odluke, naše stavove, na našu karijeru, pa čak i na naš život.

Postoje brojni oblici komuniciranja, no najčešće se spominju intrapersonalna i interpersonalna, opća i poslovna, verbalna i neverbalna, medijska te računalno posredovana komunikacija. Poslovna komunikacija je samostalna disciplina u poslovnom svijetu, značajno doprinosi uspješnom poslovanju radne organizacije pa se u nekima od njih jako puno napora ulaže u edukaciju djelatnika, čime se nastoji podignuti ukupna razina izvrsnosti. Nije dovoljno da djelatnici znaju pisati poslovna pisma, javljati se na telefon ili se ponašati u poslovnom okruženju, nego ih treba i motivirati, upoznati ih s osnovama učinkovite komunikacije, pomoći im da prošire vidike te da shvate procese i važnost komunikacije u poslovnom svijetu. Kultura poslovnog komuniciranja dio je odgoja i kulture svake osobe, a ujedno i odraz kulture radne organizacije

Susretljivost, točnost, dosljednost i urednost su kvalitete koje doprinose pozitivnom iskustvu. U radnim organizacijama postoje formalni i neformalni putevi komunikacije. Formalni putevi komunikacije imaju svoju formu, standarde, vrijeme i mjesto. Svake formalna organizacijska kultura propisana je i službeno utvrđena. Vrlo je djelotvorna i to zbog slijedećih čimbenika:

- ✓ postoji jasna podjela rada i hijerarhija autoriteta
- ✓ postoji uniformna politika i uniformna pravila
- ✓ radi se i komunicira prema standardiziranim procedurama
- ✓ određen je pravac karijere svakog zaposlenika i promaknuće na temelju zasluga
- ✓ odnosi su impersonalni

Neformalni putevi komunikacije nemaju formu, nemaju standarde i nemaju zadana mjesta ni vremenske okvire. Iako se neformalni putevi komunikacije na prvi pogled čine štetni (prenose se od čovjeka do čovjeka, mijenjajući često i sam sadržaj!), ipak se pomoću njih dolazi do određenog broja informacija kojima je u formalnom modelu komuniciranja prekinut put prema osobama kojima su one važne. Neformalna komunikacija se odvija među skupinom kolega ili prijatelja unutar organizacije, usko je povezana s neformalnom organizacijskom strukturom. Zaposlenici se sastaju izvan radnog vremena, najčešće na utakmicama, rođendanima i drugim prijateljskim i obiteljskim prigodama.

Mogu se razlikovati dvije skupine/modela neformalne komunikacije:

MODEL: REKLA-KAZALA

Tipovi modela Rekla-kazala su:

- **pravocrtna rekla-kazala** (jedna osoba prenosi poruku drugoj, koja istu poruku prosljeđuje trećoj, ova je prenosi četvrtoj itd.)
- **lanac trača** (pojedinaac poruku prenese svakome koga sretne, a svaka od tih osoba može, ali i ne treba poruku dalje prosljeđivati)
- **lanac odabranih** (osoba informaciju prenosi samo određenim osobama koje je sama izabrala)

U procesu planiranja poslovne komunikacije potrebno uključiti medij, vrijeme komuniciranja, mjesto komuniciranja i čimbenike komuniciranja koji mogu utjecati na uspješnost prijenosa i razumijevanja informacija (osigurati mogućnost prijenosa većeg broja informacija uz što manji broj korištenih resursa, neometanu interakciju, odnosno slobodni i dvosmjerni proces komuniciranja). Vrlo je važno da osoba koja prima poruku, nju percipira jednako kao i osoba koja je tu poruku poslala. Krivo izrečena riječ ili krivo napisana, loše organizirana forma rečenice, ispuštena riječ, korištenje fraza ili tuđica, upadanje u riječ, pa i



Upoznaj samoga sebe.

SOKRAT

ometajući faktori poput buke, hladnoće, vrućine i sl. mogu značajno utjecati na razumijevanje sadržaja poruke. Uzroci nesporazuma ili nerazumijevanja mogu biti neprimjerena upotreba jezika, neznanje, nemar, raspoloženje sudionika u komunikaciji, emocionalni naboj, razlike u kulturi itd. Neuspješna poslovna komunikacija osoba iz različitih kultura najčešće nastaju zbog nepoznavanja njihovih temeljnih društvenih vrijednosti i normi. Primjerice, u nekim kulturama za uspješnu poslovnu komunikaciju potrebno je uspostaviti što prisnije odnose, dok kod drugih se ona temelje na strogo profesionalnim odnosima. Upravo zbog toga, posebice kod zdravstvenih djelatnika, važno je znati vrijednosti, uvjerenja i norme pripadnika druge kulture kako bi se izbjegle moguće neugodne situacije pa i konflikti.

U radnim organizacijama sa lošom ili „užasnom“ organizacijskom kulturom, u kojima zaposlenici rade u uvjetima nepovjerenja, prijetnji i straha vrlo često dolazi do šumova u komunikacijskom kanalu. Dobra poslovna komunikacija i pozitivna organizacijska kultura sprječava pojavu nezadovoljstva, frustracije i sukoba na radnom mjestu što je usko povezano s uspjehom ili neuspjehom radne organizacije. Sukobi se javljaju kao rezultat različitih potreba, interesa i stavova te loše i neproduktivne komunikacije.

Obično nastaju kada osobe:

- ✓ imaju različita gledišta i uvjerenja - politička, religijska, etička, običajna
- ✓ posjeduju osobine koje nisu prihvaćene u društvu (egoizam, lukavost, lakomost, pakost, netočnost)
- ✓ nepravilno postupaju i komuniciraju (optužuju, kritiziraju, prijetnje, naredjuju, vrijeđaju.....)
- ✓ imaju različite oblike devijantnog i patološkog socijalnog ponašanja (ovisnosti, korupcija, krađe, sklonost zlostavljanju i nasilju)
- ✓ se služe neodgovarajućim metodama upravljanja (autokratski način upravljanja, zlorababa ovlasti, nepotizam, nepravedan odnos i dr).

Komunikacija je važan dio u procesu pružanja zdravstvene zaštite, pa smo i prošli put napomenuli da je u razvijenim zemljama stjecanje komunikacijskih i interpersonalnih vještina uključeno u obavezni dio programa obrazovanja zdravstvenih djelatnika. Medicinske su sestre svakodnevno u stalnoj komunikaciji s bolesnicima, članovima njihove obitelji, drugim medicinskim sestrama, pripadnicima drugih zdravstvenih i nezdravstvenih profesija, pa je iznimno važan način na koji one to rade. Istraživanja su pokazala da je zadovoljstvo bolesnika direktno povezano sa sposobnošću medicinske sestre da odražava i iskazuje toplinu, emocionalnu podršku, razumijevanje, brigu i dostupnost. Da bi uspješno komunicirale, medicinske sestre

trebaju imati postavljene (propisane!) standarde za komunikaciju kojih se trebaju pridržavati: **TREBAJU ZNATI KOMUNICIRATI SIGURNO I UČINKOVITO, TREBAJU ZNATI NA KOJI NAČIN USPOSTAVITI POVJERLJIV ODNOS S BOLESNICIMA, ČLANOVIMA NJIHOVE OBITELJI TE SURADNICIMA, KADA I KAKO PRIMJENJIVATI VERBALNU I NEVERBALNU KOMUNIKACIJU, KAKO KOMUNICIRATI PISMENIM PUTEM, KAKO KORISTITI TEHNOLOŠKE/ELEKTRONSKE OBLIKE KOMUNIKACIJE, KAKO ČUVATI I ŠTITITI ELEKTRONSKE ZAPISE TE POŠTOVATI I ŠTITITI OSOBNE PODATKE BOLESNIKA.**

Osim teorijskih i praktičnih znanja iz područja komunikacijskih vještina i zdravstvene njege bolesnika medicinska sestra, za dobru i učinkovitu komunikaciju, mora dobro poznavati samu sebe. I da, ponovo se vraćam velikim grčkim filozofima – Sokrat davno reče: *Upoznaj samoga sebe/ Nosce te ipsum*, što nije ništa drugo doli poziv na intelektualno poštenje i da bi nas podsjetio na naša intelektualna ograničenja. Saznanje o sebi svaki čovjek mora pronaći sam u sebi, jer ono mu ne može biti dato iz vanjskog svijeta. Znanje o kome Sokrat govori jeste znanje čiji je sadržaj raspoznavanja dobra i zla. Sokratovo shvaćanje znanja usmjereno je prema preispitivanju vlastite duše, a najvažniji od svih zadataka jeste upoznati svoju dušu i dosegnuti vrlinu koja se u njoj nalazi.. Poznavanje samog sebe odnosno slika o sebi samom važan je aspekt naše vlastite osobnosti: poštujemo li sebe i svoju profesiju, kako se odnosimo prema drugim ljudima, jesmo li zadovoljni ili nezadovoljni, što nas čini sretni/nesretnim, razumijemo li sami sebe i svoje postupke. Učenje i razmišljanje o samoj sebi pruža medicinskoj sestri mogućnost veće fleksibilnost, prikladnijeg odnosa s drugim ljudima, unutarnju spoznajnost svoje biti (introspekcija), pročišćenja i dijeljenja dobra od zla. Prvi je to i veliki korak prema uspješnoj i učinkovitoj komunikaciji.

LITERATURA:

1. Boykins A. D. Core communication Competences in Patient-centered Care. The ABNF Journal. 2014; 25 (2): 40-5.
2. Bramhall, E. Effective Communication skills in nursing practice. Nursing Stand-ard. 2014; 29. (14):53-59.
3. Casey A, Wallis A. Effective communication: Principle of Nursing Practice E. Nursing Standard. 2011; 25 (32): 35-37.
4. Deane W. H, Fain J. A. Incorporating peplau's Theory of interpersonal Relations to promote Holistic Communication Between Older Adults and Nursing Stu-dents. JHJ Holist Nurs. 2016; 34 (1):35-41.
5. Finke E, Light J, Kitko L. A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. Journal of clinical nursing. 2008; 17 (16):2102-15
6. Lambrini K, Loanna V. P. Communication in Nursing Practice. Professional Paper. Mater Socio-med. 2014; 26(1): 65-67.
7. Starc J. Komunikacija kot sredstvo izražanja pacientovih potreb. U: Filej B, ur. Celostna obravnava pacienta – kako daleč smo še do cilja? Novo mesto: Zbornik prispevkov z recenzijo. 2012:269–276.

UPOZNAJEMO...

OSOBNJE PRIČE MEDICINSKIH SESTARA

RAZGOVARALA: Marija Kadović

INTERVJU: dr.sc. Snježana Čukljek, prof.

„HRVATSKE SESTRE DIO SU EUROPSKOG SESTRINSTVA“

U ljetnom broju Plavog Fokusa ugostili smo dr. sc. Snježanu Čukljek prof., prodekanicu za nastavu i studente na Zdravstvenom veleučilištu, a ujedno i glavnu urednicu časopisa Croatian Nursing Journal. Cijeli svoj radni vijek radi na promociji sestrinske profesije, a stjecanjem doktorata znanosti iz grane sestrinstva i dalje pokazuje ispravan profesionalni put hrvatskim sestrama budućnosti.

KAKVO ZNAČENJE IMA ZA VAS BITI DOKTORICA ZNANOSTI? KAKAV JE BIO OSJEĆAJ DOKTORIRATI NA MEDICINSKOM FAKULTETU U ZAGREBU?

Doktorski studij na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu za mene je bio vrlo lijepo iskustvo. U svim situacijama bila sam prihvaćena kao ravnopravni student te mogla prezentirati teme vezane uz sestrinstvo i zdravstvenu njegu. Disertaciju sam izradila na temu *Povezanost pret-hodne izobrazbe i stavova studenata studija sestrinstva o sestrinstvu kao profesiji* pod mentorstvom prof. dr. sc. Vesne Jureša, te ju obranila u prosincu 2016. Vrlo sam ponosna na stjecanje doktorata znanosti iz područja kliničkih medicinskih znanosti, grane sestrinstvo. Stjecanje doktorata rezultat je velikog truda i rada, pruža nove mogućnosti daljnjeg razvoja ali i osobno zadovoljstvo.

KOJE JE PODRUČJE VAŠEG ZNANSTVENOG RADA/ISTRAŽIVANJA I KAKAV UTJECAJ IMA NA SESTRINSTVO?

U doktoratu sam istraživala kako se pod utjecajem obrazovanja mijenjaju stavovi studenata sestrinstva prema sestrinstvu kao profesiji te koje su razlike između studenata redovnog i izvanrednog studija sestrinstva. Kako se bavim obrazovanjem medicinskih sestara moja područja interesa su stavovi studenata prema sestrinstvu kao profesiji, usvajanje kompetencija u kliničkom okruženju i pripremljenost studenata za sestrinsku praksu, mogućnosti poticanja profesionalnog razvoja u sestrinstvu, ali i radni status medicinskih sestara.

Teško je govoriti o utjecaju na sestrinstvo no cilj obrazovnog sustava je pripremiti studente za odgovorno i profesionalno obavljanje poslova medicinskih sestara, istraživanja nam mogu pokazati koliko smo uspješni u tome i što možemo i moramo mijenjati.

KAKO JE TEKAO VAŠ PROFESIONALNI ŽIVOT? KADA STE POSTALI MEDICINSKA SESTRA?

Završila sam Školu za medicinske sestre Vinogradska, te sam 1993. počela raditi kao medicinska sestra na Internoj klinici, odjelu za Hematologiju Kliničke bolnice Merkur. Tijekom studija na Višoj školi za medicinske sestre, nisam radila a 1996. ponovno se zapošljava u KB Merkur. Krajem 1997. zasnivam kumulativni radni odnos te dio radnog vremena radim na današnjem Zdravstvenom veleučilištu u početku kao asistent, a potom kao predavač. Radila sam na odjelu Hematologije i u Sterilnim jedinicama i obavljala poslove sobne medicinske sestre, a potom i glavne sestre Sterilnih jedinica. Edukacijsko rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu upisala sam 2000., a diplomiranjem 2005. stekla sam naziv profesor rehabilitator. Od 2002. godine radim na Zdravstvenom veleučilištu kao predavač za kolegije Osnove zdravstvene njege, Proces zdravstvene njege, Zdravstvena njega onkoloških bolesnika a posljednjih nekoliko godina i Profesionalni razvoj u sestrinstvu. Uz nastavnu djelatnost obnašala sam funkcije koordinatorice studija Sestrinstva, voditeljice studija Sestrinstva, te prodekanice za nastavu.



GDJE TRENUTAČNO RADITE I KAKVO VAM JE PROFESIONALNO OKRUŽENJE?

Radim na Zdravstvenom veleučilištu, kao nastavnik kolegija vezanih uz sestrinstvo, izabrana sam u zvanje profesora visoke škole, te sam prodekanica za nastavu i studente.

NEDOSTAJE LI VAM RAD S PACIJENTIMA U BOLNIČKOM OKRUŽENJU?

Rad na Zdravstvenom veleučilištu razlikuje se od rada u bolnici. Puno vremena je prošlo od rada u bolnici no još uvijek se sjećam pojedinih pacijenata, pojedinih događaja, noćnih smjena. Povremeno mi nedostaje rad s pacijentima.

KAKO HRABRITE STUDENTE SESTRINSTVA DA POSTANU PROFESIONALCI?

Pred nastavnicima je velika odgovornost i veliki izazov, posebno pred nastavnicima koji obrazuju buduće medicinske sestre. Kod studenata nastojim razvijati osjećaj za pacijenta, empatiju, naglašavam važnost posjedovanja znanja, vještina ali i suosjećanja s pacijentima posebno danas kada zdravstveni sustav obilježava tehnologija, internet. Studentima ukazujem na važnost timskog rada, poštovanje i uvažavanje svih članova tima, kako kolegica medicinskih sestara tako i svih drugih članova tima. Potičem ih da cijene sebe, svoje kolegice svoju profesiju, jer da bi sestrinstvo bilo cijenjeno prvenstveno ga moraju cijeniti medicinske sestre. Posao medicinskih sestara je izuzetno težak i odgovoran, zahtjeva veliku hrabrost jer nikad ne znate što Vas čeka u idućoj smjeni zato je nužno posjedovati znanja i vještine, poznavati svoje mogućnosti i znanja, biti odgovoran i predan poslu.

“ Moramo rješavati goruća pitanja u sestrinstvu poput radnog statusa, priznavanja razina obrazovanja, nedostatka medicinskih sestara na radnim mjestima kako bi hrvatske sestre ostajale u Hrvatskoj i ovdje gradile svoju budućnost kao dio Europske unije. ”

JESTE LI IKAD HTJELI ODUSTATI OD SVOJEG PROFESIONALNOG POZIVA?

Ne, nikada. Niti tijekom rada s pacijentima niti tijekom rada sa studentima.

KAKVA SU VAŠA RAZMIŠLJANJA O SESTRINSTVU DANAS? JESU LI HRVATSKE SESTRE SPREMNE ZA BUDUĆNOST U EUROPSKOJ UNIJI?

Hrvatske sestre dio su europskog sestrinstva, mislim da po znanju, vještinama ne zaostaju za sestrama u Europskoj uniji. Znamo da su vrlo cijenjeni radnici i da ih europski poslodavci rado zapošljavaju. Rad hrvatskih sestrinskih stručnih društva je međunarodno priznat i sestrinska postignuća u struci mogu se uspoređivati sa sestrinskom strukom izvan Hrvatske. No, kao profesija ipak još moramo raditi na unaprjeđivanju i razvoju sestrinskog obrazovanja kako formalnog tako i cjeloživotnog, razvoju sestrinskih istraživanja... Moramo rješavati goruća pitanja u sestrinstvu poput radnog statusa, priznavanja razina obrazovanja, nedostatka medicinskih sestara na radnim mjestima kako bi hrvatske sestre ostajale u Hrvatskoj i ovdje gradile svoju budućnost kao dio Europske unije.

KAKO IMATI SNAGE BITI DOKTORICOM ZNANOSTI U OKRUŽENJU ZDRAVSTVENOGA SUSTAVA KOJI NE PRIZNAJE KOEFICIJENT VISOKOOBRAZOVANIM MEDICINSKIM SESTRAMA?

Sestrinstvo u Republici Hrvatskoj se vrlo brzo razvija, prije 5-6 godina bez završetka drugog fakulteta uopće nije postojala mogućnost upisa na doktorski studij. Kolegice (i ja) završavale su druge studije kako bi kasnije mogle upisati i doktorski studij. Danas je situacija potpuno drugačija, postoji mogućnost nastavka obrazovanja na doktorskom studiju nakon završetka diplomskog studija iz područja sestrinstva. Sustav zdravstva vrlo sporo prati promjene koje se događaju u sestrinstvu, a koje su prvenstveno vezane uz stjecanje viših obrazovnih razina, no one će se dogoditi. Svako ulaganje u sebe, stjecanje novih znanja i vještina se isplati. Sestrama bih poručila da ne odustaju kako od ulaganja u sebe tako i od borbe za svoja prava.

KOJA JE VAŽNOST DOKTORATA ZNANOSTI MEDICINSKIM SESTRAMA U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU, NPR. U BOLNIČKIM USTANOVAMA?

Doktorski studiji usmjeravaju polaznike studija na stvaranje novih i relevantnih znanja i znanstvenih

spoznaja, odnosno stjecanje znanja o istraživačkom radu: kako provesti istraživanja, interpretirati i implementirati dobivene rezultate, prosuditi rezultate drugih istraživanja. Stalno se govori da su istraživanja nužna za razvoj sestrinske profesije, te se može steći dojam da ćemo samo istraživati sebe i svoj posao kako bi razvijali sestrinstvo. No većina sestrinskih istraživanja je usmjerena na provedbu zdravstvene njege kod pacijenata i istraživanje najboljih i najučinkovitijih načina pružanja sestrinske skrbi te je pacijent u središtu zbivanja. Istraživanja i provedba istraživanja u bolničkom sustavu mogu unaprijediti sestrinsku skrb, povećati kvalitetu pruženih intervencija, smanjiti troškove zdravstvene zaštite. Medicinske sestre s doktoratima znanosti mogu facilitirati

primjenu zdravstvene njege zasnovane na dokazima u bolničkom sustavu te time unaprijediti zdravstvenu skrb koja se pruža pacijentima.

JESTE LI ISPUNJENI U SVOM POSLU?

KAKVI VAS PROJEKTI ČINE SRETNOM?

Moj posao je vrlo dinamičan, svakodnevno se susrećem s novim izazovima kako u dijelu nastave, tako i u organizaciji nastave odnosno poslovima prodekanice. Okružena sam dobrim suradnicima koji prihvaćaju izazove i s kojima zajednički radim na realiziranju niza projekata – bilo to novopokrenuti časopis Croatian Nursing Journal, novi obrazovni program cjeloživotnog učenja, projekt vezan uz organizaciju nastave ili nešto drugo. Zadovoljna sam i sretna na svom poslu.

PRIPREMILA: RUŽA EVAČIĆ, magistra sestrinstva

OPĆA BOLNICA "DR.TOMISLAV BARDEK" KOPRIVNICA



Opća bolnica „Dr.T.Bardek“ u Koprivnici je županijska bolnica Koprivničko–križevačke županije koja pruža zdravstvenu skrb stanovništvu županije, ali i stanovništvu rubnih područja okolnih županija s kojima graniči. Ustrojstvene jedinice bolnice pružaju stacionarnu, polikliničko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističko- dijagnostičke usluge uz vlastite administrativne i tehničke djelatnosti kao i usluge prehrane. Bolnica raspolaže sa 308 stacionarnih kreveta te 116 postelja/stolica za potrebe dnevne bolnice. Od 838 ukupno zaposlenih, 627 je zdravstvenih djelatnika.

Bolnicom rukovodi dr. Mato Devčić, specijalist anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja.

POVIJEST BOLNICE

U povelji kralja Ludovika I. kojom je proglasio Koprivnicu slobodnim i kraljevskim gradom 1356., ima i poglavlje u kojem se govori o odnosima liječnika i građana, a u popisu župa zagrebačke biskupije iz 1501. spominje se "rector hospitalis Nicolaus". I poslije se (1556., 1742. i 1746.) spominje među ostalim i postojanje hospotala u Koprivnici, ali se nigdje ne navodi gdje je bila njegova lokacija. Tek 1765. godine spominje se da je hospital bio premješten u vojno skladište, tzv. Domus annonarius pokraj župne crkve Sv. Nikole. Od tada možemo pratiti rad i život koprivničke bolnice

Hospital u bivšem vojnom skladištu (sagrađenom još 1657.) bio je mješavina hotela, ubožnice, nadojista i bolnice, a od 1821., kad je upraviteljem tog hospotala bio ljekarnik Ljudevit Schiketanz, i prvo koprivničko kazalište. Slijedi vrlo važan događaj: gradnja željezničke pruge Zagreb - Budimpešta 1868. te pojava epidemije dizenterije među radnicima pruge zahtijevao je smještaj u koprivnički hospital. Upravo je taj događaj ponukao tadašnje Gradsko



vijeće da zatraži od Kraljevskog namjesničkog vijeća da dotadašnji hospital proglasi javnom i općom bolnicom, što je 26. veljače 1869. i odobreno. Od tog dana zapravo u Koprivnici postoji javna zdravstvena bolnička ustanova.

Na proglašenju utemeljenja Opće bolnice Gradsko se vijeće obvezalo sagraditi novu zgradu za potrebe bolnice, jer je stanje u dotadašnjoj bolnici bilo vrlo loše, o čemu postoje izvještaji i dokumenti. Nakon priprema, prikupljanja sredstava, formiranja nekoliko odbora, odabira najprikladnijeg mjesta za "novu" bolnicu (napušteno groblje Sv. Lucije), poduzetnik Antun Cibulic preuzeo je posao gradnje i u veljači 1874. počeli su radovi, da bi zgrada bila gotova 1875. godine.

Stanje se u Novoj bolnici, nije znatnije promijenilo. Sve mane iz stare prenesene su u novu bolnicu, i takvo je stanje potrajalo sve do dolaska u Koprivnicu, dr. Nike Selaka, koji je 1888. preuzeo ravnateljstvo bolnicom. Uspijeva tu malu, provincijsku bolnicu, koju su brojne inspekcije osudile i na zatvaranje, pretvoriti u uzoran zavod, jednu od najboljih bolnica Hrvatske i Slavonije. Već otprije poznati medicinski publicist, nastavlja tu aktivnost i u Koprivnici, a za nas najvažnije djelo "Izvešće o javnoj općoj bolnici grada Koprivnice u kojem obrađuje povijest koprivničkog zdravstva, iznosi brojne statističke podatke, razrađuje morbiditet i mortalitet, te nam na najbolji mogući način pruža punu sliku o zdravstvenom stanju građana tadašnje Koprivnice.. Redoviti je suradnik Liječničkog vjesnika, te njegov rad u Koprivnici postaje poznat širom Hrvatske i Slavonije. Umro je od trbušnog tifusa 1891. godine u Zagrebu. Nakon dr. N. Selaka, zasigurno jedne od najvažnijih ličnosti u razvoju koprivničke bolnice, smjenjuju se ravnatelji: dr. Franjo Labaš, dr. Ivan Torizer, dr. Janko Jambrišak.

Na čelo bolnice 1899. dolazi dr. Mirko Kasumović, koji je tu dužnost obnašao punih 40 godina:

Uvodi nove metode dijagnostike i terapije i gradi nove paviljone i bolnica je počela dobivati konture suvremene, moderne bolnice onoga vremena. Spomenimo još i podatak da je u bolnici kad ju je preuzeo dr. Kasumović bilo ukupno 107 kreveta, a 1940. taj je broj narastao na 240.

Umirovljen je 1940., a umro je u Zagrebu 1948. godine.

Nakon odlaska dr. Kasumovica u mirovinu, godine 1940. za šefa Kirurškog odjela i ravnatelja bolnice dolazi prim. dr. Ladislav Juričić, prvi školovani kirurg. Njegovim dolaskom u Koprivnici počelo je ponovno vrlo važno razdoblje u razvoju koprivničke bolnice. Upravo zaslugom dr. Jurice u Koprivnicu dolazi i prvi internist, dr. Nikola Ivanović, koji uz svesrdnu pomoć dr. Juričića uspijeva 1940. u još ne posve dovršenoj zgradi osnovati Internistički odjel. Treba spomenuti i dolazak prvog pedijatra dr. Fede Fischer-Sartorius, čime se Koprivnica

svrstala u rijetke provincijske gradove koji su prije II. svj. rata imali pedijatra. Uspješan početak rada dr. Juričića i ostalih specijalista bio je, međutim, uskoro prekinut.

Slijedio je početak II. svjetskog rata kada brojni koprivnički liječnici odlaze u partizane, a bolnica postaje zapravo mala, napuštena, izrazito vojna bolnica.

Nakon II. svjetskog rata, bolnicom već tijekom 1945. vraćaju se prim. dr. Ladislav Juricic za ravnatelja i dr. Nikola Ivanović za šefa Internog odjela, nastavljajući tamo gdje su 1941. stali. Slijedi niz zahvata na modernizaciji bolnice (preuređenje kuhinje, operacijskoga trakta, sterilizacije, formiranje prvog laboratorija u sklopu Internog odjela Antituberkulozni dispanzer itd.. Dolazi do integraciju Doma narodnog zdravlja i Opće javne bolnice u novu ustanovu, što je konačno realizirano 1. siječnja 1958. godine kad je formiran Zdravstveni centar Koprivnica (koji je poslije preimenovan u Medicinski centar "Dr. Tomislav Bardek". Ravnatelj novoformirane ustanove postao je dr. Stanko Vovk, dotadašnji ravnatelj prim. dr. Juricic i dalje rukovodi Kirurškim odjelom, a dotadašnji ravnatelj Doma zdravlja dr. A. Heinrich, nakon što je završio specijalizaciju iz epidemiologije, kao prvi u našem kraju, preuzima rukovođenje Higijensko-epidemiološkom službom. Osnivanjem centra, kao nove integrirane medicinske djelatnosti, završeno je vrlo važno razdoblje koprivničkog zdravstva.

Sve brži razvoj medicine želja da se bolesnicima pruži najbolja razina zdravstvene zaštite uvjetuje i potrebu za izgradnju nove zgrade bolnice. Gradsko vijeće 1977. godine donosi odluku o gradnji, a dijelom su financijska sredstva osigurana kroz samodoprinos građana. Zgrada je građena po blok sistemu od šest katova i površine od 36 000 kvadratnih metara po visokom evropskom standardu. Izgradnja je završena 1980. godine te je iste godine počelo i useljenje. Izgrađena je i nova praonica rublja, centralna plinska ložionica kao i podzemni hodnici koji su povezali sve ostale zgrade sa centralnom zgradom (zgrada interne, zgrada neurologije i psihijatrije...)

U listopadu 1993. uz suglasnost Županijskog poglavarstva Koprivničko – križevačke županije Upravno vijeće Medicinskog centra usvaja Statut kojim je predviđeno da se umjesto Medicinskog centra ustroje Dom zdravlja i Bolnica. Sukladno važećim zakonskim propisima 1994. godine formira se Opća bolnica kao samostalna ustanova. Sada županijska bolnica započinje velikim ulaganjem u opremu i uz potporu Ministarstva zdravstva i vlastitim sredstvima. Od opreme je nabavljen novi mobilni rendgen aparat, CT aparat, oprema za dijalizu, monitoring i respiratori za intenzivnu njegu, Koronarnu jedinicu, oprema za praćenje trudnoće, obnovljeno je 450 metara kvadratnih u operacijskim dvoranama, zanočljena je i ostala

oprema kao i obnovljeni bolnički odjeli. Koprivnička bolnica bila je prva u Hrvatskoj koja je radiologiju povezala sa neurokirurgijom u Zagrebu kao i telemedicinsku dijagnostiku u kardiologiji.

Posebno 2000. godina je u povijesti Bolnice značajna jer je izabrana u sklopu reforme zdravstva za Pilot projekt koji je predstavila tadašnja ministrica zdravstva Ana Stavljenić-Rukavina objašnjavajući kako je Koprivnica tipično područje na kojemu se može testirati model. Smatralo se da ako je model ostvariv na tom lokalitetu bit će dobar primjer za druge bolnice u Hrvatskoj. Koprivnička bolnica bila je izabrana jer je predstavljala stabilan sustav i uzor drugima po kvaliteti što su pokazali mnogi indikatori. U tom projektu dograđeno je i izgrađeno 8060 kvadratnih metara funkcionalnog i pomoćnog prostora. Uz medicinsku nabavljena je i informatička oprema te je provedena edukacija medicinskog osoblja. Odlukom Vlade Republike Hrvatske i sporazuma ministarstva zdravstva i socijalne skrbi kao I Koprivničko-križevačke županije nastavlja se s izgradnjom zgrade od 10 600 metara kvadratnih za potrebe Interne medicine. Završetkom izgradnje (2004.) bolnica gubi izgled bolnice paviljonskog tipa i postaje velika, moderna, ogleđna županijska bolnica.

Na mjesto ravnatelja 2016. godine dolazi dr. Mato Devčić, specijalist anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja i njegovim zalaganjem Bolnica u veljači 2017. godine prijavljuje projektni prijedlog „Izgradnja, rekonstrukcija i opremanje dnevnih bolnica u Općoj bolnici „Dr.T. Bardek“, a na poziv projektnih prijedloga Ministarstva regionalnog razvoja i Europskih fondova, u okviru Operativnog programa „Konkurentnost i Kohezija 2014.-2020.“Svrha projekta je „Izgradnja, rekonstrukcija i opremanje dnevnih bolnica“ je povećanja



Pogled na novu zgradu interne

učinkovitosti, pristupa i održivosti dnevnih bolnica. Projekt je prihvaćen i odobren, a kroz projekt osim novih prostora nabavit će se adekvatna oprema, osigurat će se institucijska i financijska održivost bolnice u dugom roku. Razdoblje provedbe projekta

je 28 mjeseci odnosno od 01.02.2017.godine do 01.06.2019.godine. U provedbi su i tri projekta energetske učinkovitosti koji obuhvaćaju centralnu zgradu, zgradu neurologije i psihijatrije te prostor praone rublja. Kao i svi prethodni projekti tako će i navedeni sigurno utjecati na kvalitetu pružanja zdravstvenih usluga za žitelje županije kao i na poboljšanje radnog okoliša za zaposlenike.

SESTRINSTVO BOLNICE

Do dolaska dr. Nike Selaka na dužnost ravnatelja nigdje se ne spominje njegovateljski kadar. Na inicijativu dr. Selaka u koprivničku bolnicu dolaze prve tri časne sestre milosrdnice reda Sv. Vinka Paulskog iz Zagreba. Uz nadstojnicu Dezideriju Brus počele su raditi u bolnici 1.sječnja 1888. god. a već ih je sljedeće godine bilo pet. UZ njegu bolesnika preuzele su brigu i vodile rad u kuhinji, ljekarni i praonici rublja te čišćenje bolnice. Za ravnatelja bolnice 1899. godine dolazi dr. Mirko Kasumović koji preuzima bolnicu sa 107 kreveta dok je taj broj za „ere dr.Kasumovića“ (nadograđivanje, proširenje bolnice) narastao na 240 što je naravno zahtjevalo i povećanje njegovateljskog kadra tako da je i broj časnih sestara porastao na petnaest. Za vrijeme dr. Ladislava Juričića časne su i dalje radile u bolnici, no nakon 1953. god Lokalne vlasti zatražile su da na radnim mjestima trebaju raditi u bolničkoj odjeći dok redvničku odoru mogu nositi izvan radnog vremena izvan bolnice. Manji broj je pristao na te uvjete dok su ostale otišle u samostan ili mirovinu.

Nakon gotovo pedeset godina rada isključivo časnih sestara 1928. god. zabilježene su i prve školovane medicinske sestre koje su radile u novootvorenom Školskom dispanzeru pod vodstvom dr. Vlade Halavanje. To su bile Zlata Baldić, Štefanija Holjevac, Marija Pavlović, i Sofija Pavleковиć. Marija Smerdu (kasnije udana Brozović) dolazi u Koprivnicu 1937. god. raditi nu Školsku polikliniku, već 1939. organizira mnoge higijensko- domaćinske tečajeve te tečaj prve pomoći po selima i u samom gradu. Sestra Brozović 1945. Prelazi u novootvorenu Zdravstvenu stanicu, a potom u Dom narodnog zdravlja gdje radi u Antituberkuloznom dispanzeru i nastavlja zdravstveno prosvječivanje pučanstva. Uoči drugog svjetskog rata u bolnicu dolazi raditi Magdalena Kopričanec kao primalja školovana u Primaljskoj školi u Zagrebu. Oko 1950. god. u bolnicu dolaze školovane medicinske sestre a prve su bile Ljubica Flegar- Kovačić, Štefica Salaj i Barica Jakupić. Dom narodnog zdravlja i bolnica fuzioniraju se 1958. god. u novu zdravstvenu ustanovu Zdravstveni (odnosno vrlo brzo u Medicinski) centar „dr. Tomislav Bardek „Uspostavlja se nova funkcija Glavna sestra ustanove koja je ujedno i član uprave. Prve godine postojanja centra glavne sestre bile

su Marija Balir, Blanka Trnski, a već krajem 1958. god. tu dužnost preuzima Marija Brozović. Sestra Brozović zbog nedostatka njegovateljskog kadra inicira osnivanje Bolničarske škole gdje postaje i prva ravnateljica, sama kreira nastavni program, vodi brigu o praktičnoj nastavi, predaje u školi, odabire nastavnike. Od 1961. God. u ustanovu dolaze i prve medicinske sestre s višom školom Zdenka Kovačić, Marijana Stanišić, Krunoslava Ivančić koje su postale i prve glavne odjelne sestre te prva medicinska sestra stomatološkog smjera Darinka Samuilović. Prva školovana sestra dijetetičar Željka Žardin postaje rukovodilac djelatnosti prehrane radi na unapređenju bolničke prehrane te uvodi dijetetsku prehranu. Idućih godina višu školu uz rad završava trideset medicinskih sestara koje postaju voditeljice odjela koje su zadužene i za praktičnu nastavu kao i stručna predavanja iz njege bolesnika prema specifičnostima iste. Glavna sestra Medicinskog centra Marija Brozović na vlastiti zahtjev zbog zdravstvenih problema razriješena je dužnosti 1962. god. i raspoređena na radno mjesto medicinske sestre u Antituberkulozni dispanzer. (dokumentacija Marije Broz). Na mjesto glavne sestre Medicinskog centra postavljena je Terezija Kelbl a potom Ivanka Ljubić.

Škola za medicinske sestre Varaždin otvara mogućnost za doškolovanje bolničara pa se omogućava svim zainteresiranim da uz rad steknu srednju stručnu spremu. Na inicijativu sestre Ljubić u Centru za umjereno obrazovanje u Koprivnici otvara se medicinsko usmjerenje školske god. 1977/1978. Predavači su bili zaposlenici bolnice, a popunjavanjem potreba škola je prekinuta 1980. godine.

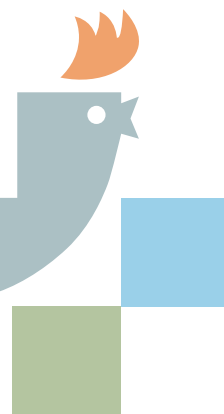
Velikom iskoraku u razvoju sestrinstva doprinjelo je preseljenje u novu bolnicu 1980.god.pod vodstvom više medicinske sestre Žarke Zalar kao glavne sestre bolnice. Dolazi do otvaranja novih odjela, uvodi se sve više novih medicinsko-tehničkih i dijagnostičkih metoda, teži se standardizaciji provođenja sestrinskih postupaka, prati se kvaliteta provođenja što naravno zahtijeva kontinuiranu edukaciju i zahtijeva povećanje zaposlenika pa tako 1980. Godine u bolnici je zaposleno 222 sestre srednje stručne sprede, 9 bolničara i 27 medicinskih sestara više stručne sprede, 4 babice i 56 fizioterapeuta, medicinsko laboratorijskih i rtg tehničara što je 50% više samo u odnosu natrag četiri godine. Kako bi se poboljšali higijenski standardi 1982. godine formirana je i komisija za hospitalne infekcije čiji je član bila i Žarka Zalar, kasnije tu dužnost na puno radno vrijeme preuzima viša medicinska sestra Snježana Vuljak.U tom razdoblju otvoren je i Odjel centralne sterilizacije gdje je uveden tzv. Set –sistem rada, centralizacija instrumenata i rublja pod vodstvom više medicinske sestre Đurđe Lazar tada glavne

sestre operacije. Pod vodstvom više medicinske sestre Zdenke Vorkapić 1982. otvara se restoran za prehranu osoblja. Po odlasku sestre Vorkapić u mirovinu sestra Marija Gašparić uvodi nove normative u dijetetskoj prehrani nakon završene edukacije u bolnici „Vuk Vrhovec“ u Zagrebu. Za rad u novim prostorima JIS edukaciju iz monitoringa u Bolnici sestara milosrdnica obavili su Vera Krnjak, Neda Pavlović i tehničar Ivan Hruško. U djelatnosti interne 1983. god. osnovan je Odjel kardiologije sa koronarnom jedinicom, gdje se za voditeljicu imenuje Ruža Evačić tada viša medicinska sestra koja je također prošla edukaciju u Bolnici sestara milosrdnica za rad i opremanje takvog prostora. Tromjesečnu edukaciju iz dijalize obavile su tri medicinske sestre na KBC Rebru 1985. God kada se Centar za dijalizu i otvara.Prvi voditelj centa bio je viši medicinski tehničar Vladimir Čevis, poslije njega tu funkciju preuzima viši medicinski tehničar Dražen Buhanec.

Prvi poslijediplomski tečaj iz Procesa zdravstvene njege na Višoj školi za medicinske sestre u Zagrebu 1989. godine završila je Ruža Evačić. Edukacija i prenošenje znanja na ostale medicinske sestre rezultiralo je uvođenjem prve sestrinske dokumentacije, najprije na internom, a kasnije i na svim odjelima bolnice.

Ministarstvo zdravstva 3. Svibnja 1991. zbog teške situacije u Republici Hrvatskoj naređuje ravnateljima zdravstvenih ustanova najviši stupanj pripravnosti. Formiraju se mobilne kirurške grupe, pojačavaju se mjere sigurnosti, educira se stanovništvo iz prve pomoći. Radilo se sa smanjenim brojem osoblja, zbrinjavali ranjenici, (1.konvoj s ranjenicima iz Vukovara 28.rujna 1991.godine).

Odmah po završetku rata sestre nastavljaju sa svojim aktivnostima. Na inicijativu i zahtjev bolnice ponovo se 1993. otvara medicinsko usmjerenje u Srednjoj školi Koprivnica, predavači su bili medicinske sestre i liječnici zaposlenici bolnice. Škola do danas upisuje svake godine novu generaciju učenika što je od velike važnosti za zdravstvo Koprivničko –križevačke županije. Pilot projekt reforme zdravstva u Republici Hrvatskoj za koji je bila izabrana koprivnička bolnica zahtijevao je i reorganizaciju zdravstvene skrbi što je rezultiralo otvaranjem Hitnog bolničkog odjela, (u skpolu tog projekta grupa medicinskih sestara obavila je edukaciju u Australiji) otvara se prvo radno mjesto medicinske sestre za planirani otpust u Hrvatskoj koje preuzima Vesna Sertić. Od 2004.god. u Hrvatskoj počinje školovanje po bolonjskoj deklaraciji pa je 12 medicinskih sestara završilo Stručni studij sestrinstva i steklo naziv bacc.med. tech. prvostupnik. U Visokoj zdravstvenoj školi u Zagrebu počine specijalistički diplomski studij u koji su završile Vesna Sertić. Marina Fričić i Gordana Šantek-Zlatar. po Na poziv HKMS 2006.god. medicinska



Sestrinski kolegij



S kongresa

sestra Ruža Evačić postaje članom radne grupe za izradu Sestrinske liste i kategorizacije bolesnika. Otvara se Sveučilišni diplomski studij sestrinstva 2012. god. na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu koji upisuje, te uspješno završava Ruža Evačić i stiče naziv magistra sestrinstva.

Danas je u bolnici zaposlenih 627 zdravstvenih djelatnika od kojih je 374 medicinskih sestara (4 magistre, 7 diplomiranih ms. 91 prvostupnica i 278 medicinskih sestara sss. Bolnica je i nastavna baza praktične nastave za Srednje škole kao i studente sestrinstva koja se uz mentorstvo naših medicinskih sestara/tehničara provodi kontinuirano za

Visoka učilišta i iz drugih županija. Trenutno uz rad studira 20 medicinskih sestara dok je jedna magistra na doktorskom studiju. Medicinske sestre su članovi HKMS, HUMS te brojnih drugih Udruga i Društava s obzirom na specifičnosti rada. Uz planiranu obavezu edukaciju u ustanovi velikom podrškom ravnatelja dr. Mate Devčića medicinske sestre sudionici su i aktivni polaznici kongresa, simpozija, radionica i izvan ustanove.

Želja da se svim medicinskim sestrama, a i suradnicima u zdravstvu omogući sudjelovanje na kongresu i simpoziju rezultirala je 2017. godine organiziranjem *Prvog kongresa sestrinstva Koprivničko – križevačke*

županije na vrlo izazovnu temu „Komplementarnost komunikacije“ gdje se prijavilo 52 izlagača, a već na jesen održan je i simpozij na temu „Etika skrbi“ u prostorima Edukacijskog centra bolnice.

Također je u ožujku 2018. godine u prostorima Edukacijskog centra održan 2. simpozij hitne medicine na nacionalnoj razini „Odjel hitne medicine – pogled u budućnost“ povodom obilježavanja 15. godišnjice rada Odjela. Drugi kongres sestrinstva „Kompetencije kao smjernice prema konceptu moderne prakse“, smatra se već tradicijom gdje se uz vodeće stručnjake sestrinske profesije prezentiralo o kompetencijama medicinskih sestara od medicinske sestre dispečera u prijavnoj dojavnoj jedinici do koordinatora za transplantaciju srca. Na temu okruglog stola „Cjeloživotno učenje i kompetencije“ sa sudionicima i iz drugih profesija vidljiva je podrška za vrednovanje obrazovanja i dignitet struke. U okviru kongresa otvorena je i povijesna izložba u prostoru bolnice „Povijest sestrinstva – put u budućnost“, koju su priredili učenici Medicinske škole pod vodstvom svojih mentora. Izložba se procjenjuje kao jedna od najcjelovitijih izložbi na temu sestrinstva na nacionalnoj razini.

Sve opisano utjecalo je i utječe na razvoj sestrinske profesije kao i svih drugih profesija u bolnici.

I na kraju želim naglasiti nije važno tko je u nečemu bio prvi (to povijest piše) već je važno svoja iskustva podijeliti s drugima, kao i učiti od drugih.

PRIPREMILE: Danijela-Lana Domitrović, mag.med.techn., Katija Čulav, dr. med. spec. anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja, Marija Šibalić, bacc.med.techn., Dom zdravlja Zagreb-Zapad

PALIJATIVNA SKRB NA RAZINI PZZ

UVOD

Jedan od prioriteta Republike Hrvatske (RH) i sastavni dio Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012-2020. je provedba uspostave sustava palijativne skrbi koja se nadovezuje na Strateški plan razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2014-2016.. Usvojena je od Vlade Republike Hrvatske s ciljem poboljšanja kvalitete života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima uslijed neizlječive, uznapredovale bolesti. Razvoj sustava palijativne skrbi sukladan je naporima Bijele knjige o standardima i normativima za palijativnu skrb u Europi.

U Hrvatskoj zdravstvena zaštita dijeli se na primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu, a primarna zdravstvena zaštita (PZZ) provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa(1). Sveobuhvatnost uključuje cijelo stanovništvo. Kontinuiranost postizemo ukupnom organizacijom zdravstvene djelatnosti koja mora biti međusobno funkcionalna, povezana i usklađena. Dostupnost omogućava podjednake uvijete zdravstvene zaštite na cijelom teritoriju RH. Cjelovitost omogućuje objedinjenje za unaprjeđenje zdravlja, prevencijom bolesti te liječenjem i rehabilitacijom.

Palijativna skrb je nova grana medicine te medicinu sada dijelimo na preventivnu medicinu, kurativnu medicinu i palijativnu medicinu. U palijativnoj skrbi isprepliću se sve tri grane te je multidisciplinarni pristup i holizam u potpunosti izražen i primjenjiv.

DEFINICIJA PALIJATIVNE SKRBI

Postoji nekoliko definicija palijativne skrbi koje nam i opisuju potrebu za povezanošću svih grana medicine, svih zdravstvenih struka, ali nezdravstvenih profesionalaca i volontera. Palijativna skrb trebala bi se provoditi na svim razinama zdravstvene zaštite.

Prema definiciji Europskog društva za palijativnu skrb (engl. European Association for Palliative Care EAPC)

“*Ljudska patnja pobuđuje sažaljenje, također nadahnjuje poštovanje, i, na svoj način, zastrašuje. U njoj je stvarno sadržana veličina jednog posebnog misterija.*”

*Ivan Pavao II.
Apostolsko pismo Spasonosno trpljenje*

Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb o bolesniku čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli, ili drugih simptoma te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu te svojim djelokrugom obuhvaća bolesnika, obitelj i zajednicu. U nekom smislu, palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite - zbrinjavanje bolesnikovih potreba gdje god da se o njemu skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti (Radbruch & Payne 2009) (2).

DEFINICIJA SVJETSKJE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE (SZO)

Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenta i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, kroz prevenciju i olakšanje patnje putem ranog prepoznavanja, te bespriekorne procjene i suzbijanja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih (2).

Definicija SZO nakon svoje izmjene 2002. u kojoj je se uključuje osim pacijenta i obitelj malo je drugačija od definicije EAPC ali u osnovi cilj svih je pomoći pacijentu oboljelom od teške i potencijalno neizlječive bolesti i njihovim obiteljima u podizanju



i očuvanju kvalitete života u zdravstvenom, psihološkom, socijalnom i duhovnom smislu.

Samo ovom definicijom vidljivo je kako palijativna skrb pruža najosnovniji koncept primarne zdravstvene zaštite koji uključuje medicinsku (kurativnu i preventivnu), psihološku, socijalnu i duhovnu skrb pacijenta i obitelji u užem smislu ali i cjelokupne zajednice što uključuje civilno društvo odnosno volontere u udrugama, politiku unutar lokalne zajednice, te vjerske institucije. Zdravstvene, socijalne i obrazovne institucije su te koje moraju poštivati palijativni pristup te educirati i promovirati palijativu u zajednici. Iz tih institucija stvara se masa koja djeluje unutar zajednice u kojoj živi i koja će u obitelji, društvu, školi, udrugama ili na bilo koji način promovirati palijativni pristup, stvarati sinergiju i empatiju društva vezano uz umiranje, umiruće i njihove obitelji.

Realno je i potpuno prirodno da većina osoba, ako je moguće, svoje posljednje dane provode uz svoje najbliže, u svom domu, u svom krevetu kao što je realno zahtijevati od političkih struktura da omoguće obitelji da na najkvalitetniji način brine o svom članu.

RAZINE PALIJATIVNE SKRBI

Palijativna skrb pruža se na više razina, najčešće je djelimo na tri osnovne razine:

PALIJATIVNI PRISTUP

Podrazumijeva integraciju palijativnih metoda i postupaka u okruženjima koja nisu specijalizirana za palijativnu skrb. Sa palijativni pristupom trebali bi biti upoznati svi zdravstveni i ne zdravstveni profesionalci u zdravstvenim ustanovama na svim razinama kao i u socijalnim ustanovama i šire. Vijeće Europe preporučuje kako bi svi zdravstveni djelatnici kao i zaposlenici u zdravstvu trebali imati znanja iz osnovnih principa palijativne skrbi koje će znati prepoznati i u okviru svojih kompetencija primijeniti.

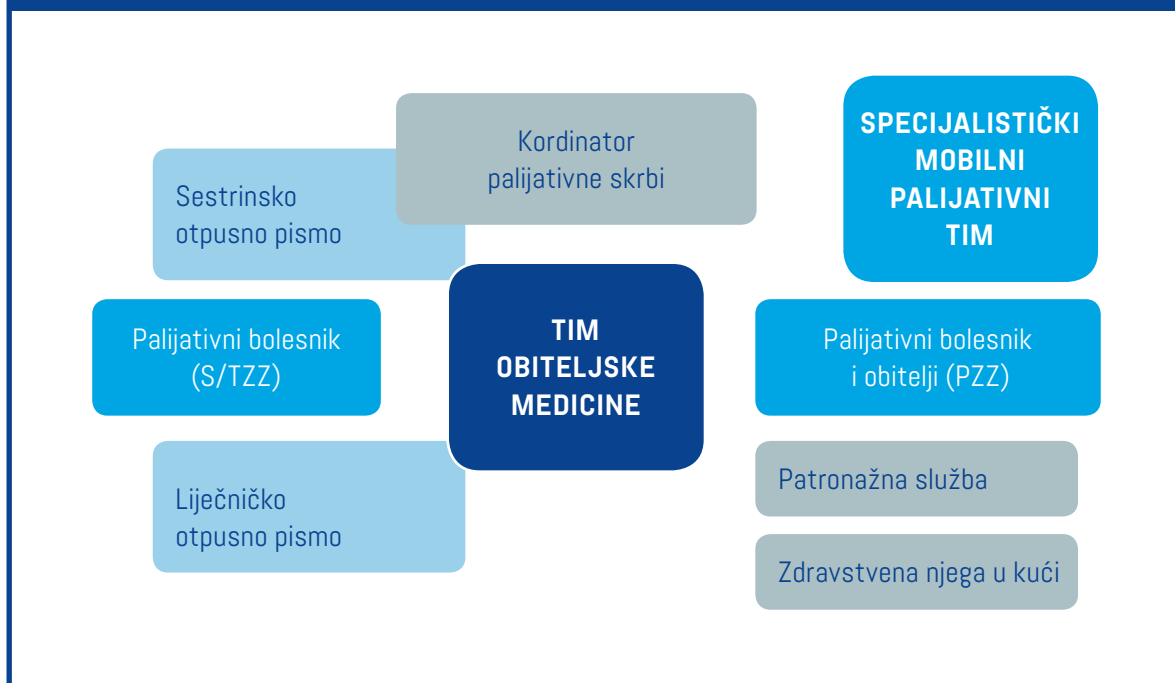
OPĆA PALIJATIVNA SKRB

– uključuje zdravstvene i ne zdravstveni profesionalci i volonteri koji nisu isključivo uključeni u primjenu palijativne skrbi, ali u svom radu češće sudjeluju u palijativnoj skrbi to su kao što su primjerice liječnici, medicinske sestre, fizioterapeuti, ljekarnici, psiholozi, socijalni radnici, duhovnici ili volonteri kojima palijativna skrb nije primarni posao ali u svom radu se redovito susreću sa palijativnim bolesnikom ili njihovom obitelji.

SPECIJALISTIČKA PALIJATIVNA SKRB

– zdravstveni i ne zdravstveni profesionalci i volonteri čija je edukacija i aktivnosti isključivo vezana za palijativnu skrb. Specijalističku palijativnu

SKRB O PALIJATIVNOM BOLESNIKU UNUTAR PZZ



skrb pružaju specijalizirane službe koje rješavaju specifične probleme i kompleksne situacije vezane uz pacijenta i obitelj a nije ih moguće adekvatno pokriti drugim načinima tretmana. Ovakva služba zahtjeva multidisciplinarni tim i interdisciplinarni pristup visokoobrazovanih i adekvatno educiranih profesionalaca čije je težište rada palijativna skrb. Palijativna skrb trebala bi biti organizirana već puno ranije nego što je pacijentu potrebna i specijalistička palijativna skrb iz tog razloga potrebno je upoznati i educirati sve zdravstvene profesionalce o osnovnim principima palijativne skrbi kako bi ih mogli primjereno i na vrijeme primjenjivati u praksi.

PALIJATIVNA SKRB NA RAZINI PZZ

Na području Republike Hrvatske opća razina palijativne skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite provodi se kroz djelatnost opće/obiteljske medicine, patronažnu službu i zdravstvenu njegu u kući, a specijalistička palijativna skrb provodi se od strane palijativne službe koja se sastoji od koordinatora za palijativnu skrb i mobilnog palijativnog tima.

Prvi profesionalci koji uočavaju potrebu za bilo kojim oblikom palijativne skrbi jesu Timovi obiteljske medicine, patronažne medicinske sestre i medicinske sestre koje pružaju zdravstvenu njegu u kući oboljelog oni su ti koji moraju prepoznati kada je potrebno uključiti pacijenta u palijativnu skrb i

kada počinje potreba za specijalističkom palijativnom skrbi. Također je potrebna uspostava dobre komunikacije između bolničke palijativne skrbi i palijativne skrbi na razini primarne zdravstvene zaštite kako bi već pri otpustu pacijenta iz bolnice mogli svi pravovremeno reagirati. Komunikaciju i koordinaciju unutar bolničke palijativne skrbi vrši palijativni tim unutar bolnice ili u slučaju da još uvijek ne postoji takva služba najčešće u tome sudjeluje sestra za planirani otpust, nadležni liječnik i socijalni radnik koji kontaktira koordinatora na razini PZZ i/ili tim obiteljske medicine i patronažnu sestru u slučaju da ne postoji organizirana palijativna služba unutar PZZ.

PALIJATIVNA SLUŽBA PZZ

Palijativna služba na razini primarne zdravstvene zaštite sastoji se od mobilnog palijativnog tima i koordinatora koji moraju biti usko povezani uz svakodnevnu komunikaciju sa svim pravilima timskog rada jednog multiprofesionalnog tima.

MOBILNI PALIJATIVNI TIM (MPT)

Mobilni palijativni tim – tim za kućnu palijativnu skrb pruža specijaliziranu palijativnu skrb pacijentima u njihovom domu i podršku obitelji. Njegova uloga je pomoć pri ublažavanju medicinskih simptoma poput boli, mučnine, povraćanja, gubitka apetita, kašlja, otežanog disanja, dehidracije, ali i

rješavanje psihosocijalnih, ekonomskih ili duhovnih potreba. Mobilni palijativni tim ne zamjenjuje poslove tima obiteljske medicine, zdravstvene njege u kući ili patronažne sestre već usko surađuje sa njima ima savjetodavnu i mentorsku ulogu te uočava potrebe za ostalim dionicima poput socijalne službe, duhovnika, psihologa, psihoterapeuta ili volontera. Također pomaže u transferu između bolnice i kuće u potrebitim situacijama u suradnji sa timom obiteljske medicine i pomoć koordinatora.

Mobilni palijativni tim sastoji se od najmanje 1. liječnika specijaliste i 1. prvostupnice sestrinstva uz dodatnu naobrazbu iz specijalističke skrbi.

Unutar tima dodatno se mogu zaposliti, a sve je vidljiva i potreba za socijalnim radnikom psihologom- psihoterapeutom, fizioterapeutom.

Važna je i stalna uključenost ljekarnika, nutricioniste i specijalista poput kirurga, doktora dentalne medicine, fizijataru i drugih specijalističkih službi koje bi olakšale boravak pacijenta u domu, smanjile potrebu za korištenjem bolničkih resursa i HMP, a time smanjili trošak unutar zdravstva.

KOORDINATOR ZA PALIJATIVNU SKRB

Koordinator za palijativnu skrb na razini PZZ povezuje sve dionike u sustavu važne za razvoj i pružanje palijativne skrbi, sudjeluje u promociji, osnaživanju i unapređenju palijativne skrbi. Planira, organizira i provodi edukaciji zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika, surađuje u istraživačkom i znanstvenom radu u suradnji ostalim članovima palijativne službe

Također važna funkcija koordinatora je povezivanje sa ostalim zdravstvenim i nezdravstvenim profesionalcima i lokalnom zajednicom kao i volonterima unutar zajednice na kojoj djeluje.



Organizira i vodi posudionicu pomagala, pomaže obiteljima pri nabavi pomagala, kontaktira ostale institucije i udruge koje sudjeluju u palijativnoj skrbi.

Komunicira i surađuje sa volonterskim udrugama prema potrebama i mogućnostima organizira volonterski centar, sudjeluj njihovoj edukaciji kao i u edukaciji neposrednih njegovatelja i ostalih zainteresiranih.

Koordinator za palijativnu skrb jest diplomirana medicinska sestra/magistra sestrinstva, a u slučaju nedostatka navedenog kadra dok se ne steknu uvjeti, najmanje prvostupnica sestrinstva s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi koja se prema mreži javne zdravstvene službe ugovara sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (4).

VOLONTERI

Volontiranje je dobrovoljno ulaganje osobnog vremena, truda, znanja i vještina kojima se obavljaju usluge ili aktivnosti za dobrobit druge osobe ili za opću dobrobit, bez postojanja uvjeta isplate novčane nagrade ili potraživanja druge imovinske koristi.

Volonteri u palijativnoj skrbi u zajednici imaju veliku važnost u pružanju palijativne skrbi pružajući socijalnu, emocionalnu i tehničku podršku palijativnom pacijentu i njegovoj obitelji, ali i svim zdravstvenim djelatnicima koji su uključeni u palijativnu skrb. Svojim radom volonteri promoviraju i osnažuju palijativnu skrb u zajednici.

NAČELA PALIJATIVNE SKRBI

- Autonomija
- Dostojanstvo
- Terapeutski odnos između bolesnika i obitelji
- Kvaliteta života i smrti
- Komunikacija
- Podizanje svijesti građana
- Multidisciplinarni i interdisciplinarni pristup
- Tuga i žalovanje

Volonteri koje rade kao partneri u mreži palijativne skrbi moraju pokazati jasnu motivaciju, emocionalnu i psihičku zrelost, samopouzdanje, empatiju, integritet i samostalnost, otvorenost i timski rad i želju za učenjem.

Prije aktiviranja volontera potrebno je obaviti skrining-intervju i završiti odgovarajuću edukaciju o palijativnoj skrbi (2).

Problemi na koje još uvijek nailazimo

Ministarstvo zdravstva pokrenulo je inicijativu za izradu stručnih smjernica za sve djelatnosti koje sudjeluju u pružanju palijativne skrbi te uputilo poziv stručnim društvima i komorama da dostave svoje prijedloge te su neke stručne smjernice i izrađene ujedno je započeo razvoj edukacija na nekoliko razina. Na razini fakulteta postoji edukacija o palijativnoj skrbi u obliku obaveznog ili izbornog predmeta i to na studiju medicine, sestrinstva, socijalnog rada i dr. Neki fakulteti kao npr. Medicinski fakultet u Zagrebu (putem Centra za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine - CEPAMET-a), Splitu i Osijeku te Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci i Hrvatsko katoličko sveučilište u Zagrebu imaju dodatne predmete o palijativnoj skrbi ili tečajeve trajnog usavršavanja za sve profesionalce i volontere koji sudjeluju u palijativnoj skrbi.

Bez obzira na edukacije i djelomično izrađene hrvatske stručne smjernice još uvijek potreba za daljnjom edukacijom zdravstvenih djelatnika unutar PZZ iz razloga što:

U potpunosti nisu zadovoljena osnovna načela zdravstvene zaštite prema palijativnim pacijentima i njihovim obiteljima. Te svi građani RH na razini PZZ ne dobivaju sveobuhvatnu, kontinuiranu, cjelovitu i dostupnu zdravstvenu skrb na nivou palijativne medicine.

1. Nedostatak znanja i informacija zdravstvenih djelatnika i suradnika na razini PZZ i zajednice vezano uz palijativnu skrb kako bi istu mogli provoditi što kvalitetnije, također svim zdravstvenim radnicima nije jednako dostupna (geografski i ekonomski) osnovna edukacija iz palijativne skrbi što je i preporuka Vijeća Europe (National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 2004.).
2. Izrada županijskih strategija i provođenje razvoja palijativne skrbi, sukladno utvrđenim potrebama za palijativnom skrbi i utvrđenim resursima i specifičnostima mora biti izrađena do kraja 2018. godine.
3. Neusklađenost u pružanju kontinuirane, funkcionalne i povezane palijativne skrbi u svakoj zajednici, na svakom području u svakoj županiji.

ZAKLJUČAK

Strateški plan razvoja palijativne skrbi veliki dio palijativne skrbi usmjeruje na razinu primarne zdravstvene zaštite kako bi se pružila cjelovita, kontinuirana, sveobuhvatna i dostupna palijativna skrb. Primarna zdravstvena zaštita mora a i jedino je ispravno biti baza palijativne skrbi jer se odvija u domu pacijenta, unutar obitelji i zajednice. Osnivanjem mobilnih palijativnih timova te koordinatora palijativne skrbi, prema trenutno raspoloživim podacima, povećava se kvaliteta skrbi za palijativnog pacijenta, smanjuju se troškovi bolničkog liječenja te se doprinosi racionalizaciji resursa akutne medicine.

Izrada županijskih strategija i provođenje razvoja palijativne skrbi, sukladno utvrđenim potrebama za palijativnom skrbi i utvrđenim resursima i specifičnostima mora biti izrađena do kraja 2018. godine. Nadamo se kako će do tada svaka županija imati izrađenu strategiju, a na temelju toga svaki dom zdravlja imati organiziranu palijativnu službu. Uz prilagođene pravilnike HZZO kako bi pacijentima kojima je dodijeljena dijagnoza skrbi Z51.5 mogli pružiti u najkraćem mogućem roku ono što im je nužno u poboljšanju kvalitete života. (članak 11. Zakon o zdravstvenoj zaštiti).

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti dostupno na; pristupljeno 6.6.2018.
2. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi; EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE, 2009; 16(6) 279
3. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.- 2020., Ministarstvo zdravstva 2017.
4. Mardetko R. Dumbović N., „Centar za koordinaciju palijativne skrbi/koordinator palijativne skrbi Vodič za koordinatore“ Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske; Zagreb; 2018.
5. Brkljačić M. Šamija M. Belev B. Strnad M. Čengić T. Palijativna medicina



**IZLIJEČITI, POVREMENO
UBLAŽITI, ČESTO
UTJEŠITI, UVIJEK**
Hipokrat

PRIPREMILE: dr.sc. Biljana Kurtović, mag.med.techn., Cecilija Rotim, mag. med. techn.

HKMS SUDJELOVALA NA DANIMA OTVORENIH VRATA U UREDU PREDsjedNICE RH na temu "Zdravlje za sve"

Hrvatska komora medicinskih sestra sudjelovala je 7. travnja na Danima otvorenih vrata u Uredu Predsjednice Republike Hrvatske na temu „*Zdravlje za sve*“, a povodom obilježavanja Svjetskog dana zdravlja. Okupljeni građani su na platou ispred zgrade Ureda mogli obići štandove obrazovnih ustanova, organizacija, komora i udruga.

Tijekom cijele manifestacije predstavnici HKMS su posjetiteljima Ureda Predsjednice mjerili razinu šećera u krvi, krvni tlak i tjelesnu težinu, a također su ih educirali o tehnikama oživljavanja i informirali o važnosti tjelesne aktivnosti, zdrave prehrane, redovitim sistematskim pregledima i načinima zdravog življenja.

Predsjednica gđa. Kolinda Grabar-Kitarović poručila je kako je zdravlje mladih jedan od prioriteta kojim se zdravstvo mora sustavno baviti zbog problema kao što su pretilost, manjak tjelesne aktivnosti i razne ovisnosti kod mladih.

“Broj pretilih djece u stalnom je porastu kao posljedica nezdrave prehrane i nedovoljne fizičke aktivnosti, konzumacija alkohola i cigareta u adolescenata raste, a time i broj budućih sve mlađih pacijenata. To moramo spriječiti. Mlade je također važno educirati o spolnom zdravlju”, izjavila je Predsjednica.

Predsjednica je rekla kako hrvatski zdravstveni sustav spada u socijalno orijentirane i visoko senzibilizirane zdravstvene sustave te mu je cilj i svrha omogućiti odgovarajuću zdravstvenu skrb za svakoga. Naglasila je da u budućnosti zdravstveni djelatnici imaju važan zadatak pridonijeti ostvarivanju koncepta društva jednakih mogućnosti na način da svakom pojedincu omogući ostvarivanje prava na adekvatnu i pravodobnu zdravstvenu zaštitu.

“Težnja modernog čovjeka nije samo živjeti dulje, već prvenstveno živjeti kvalitetnije. Osigurati visoku razinu kvalitete života u svakoj životnoj dobi i na taj način utjecati na opće gospodarsko, demografsko i društveno stanje, temeljni je zadatak medicine i državne zdravstvene politike danas i sutra”, kazala je Predsjednica.



PRIPREMILI: Adriano Friganović, dipl.med. techn.,
dr.sc. Biljana Kurtović, mag. med. techn.,
Cecilija Rotim, mag. med. techn.,
Damir Važanić, mag.med. techn.,
Sandro Vidmanić, mag. med.techn.

OBILJEŽAVANJE TJEDNA SESTRINSTVA



MEĐUNARODNI TJEDAN SESTRINSTVA

07. - 12. svibnja
2018. godine

U Firenci (Italija), 12. svibnja 1820. godine, rodila se žena koja će svojim radom promijeniti odnos sestrinstva u bolnicama i pomoći mnogim potrebitima da prežive u novoj borbi - u borbi za život. Bila je to glasovita Florence Nightingale, utemeljiteljica jednog od najhumanijih poziva, sestrinstva. Njezin rođendan 12. svibnja danas se obilježava i kao Međunarodni dan sestrinstva. To je jedinstveni dan u godini kada se skreće pozornost na rad medicinskih sestara i njihovu ulogu u njezi bolesnih i zaštiti zdravih ljudi. Međunarodno vijeće medicinskih sestara (*The International Council of Nurses - ICN*) 1965. godine definiralo je sestrinstvo rečenicom: *"pomoć ljudima je osnovni zadatak medicinskih sestara i smisao njihovog posla, te je taj zadatak trostruk: održavati život, olakšavati patnje i pospješiti ozdravljenje"*.

"Zdravlje je stanje potpunog tjelesnog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti." Cilj je promicanja zdravlja omogućiti pojedincima i zajednicama povećanu kontrolu nad čimbenicima koji uvjetuju zdravlje (determinanta zdravlja). Prihvaćanjem Univerzalne deklaracije o ljudskim pravima od strane Ujedinjenih naroda 1948. godine postavljen je zajednički standard za sve ljude i sve nacije. Osnovno obilježje ljudskih prava je da su ona prava pojedinca koja ga sljeđuju već samom činjenicom da je ljudsko biće, da su jednako primjenjiva na sve ljude gdje god se nalazili i da predstavljaju temelj reguliranja odnosa pojedinca i države; ona određuju što nam

Vlade smiju činiti, što nam ne smiju činiti i što bi trebale činiti za nas. Povelja o unapređenju zdravlja iz Ottawe, 1986. godine "definira" unapređenje zdravlja kao proces koji omogućuje ljudima veću kontrolu nad svojim zdravljem te poboljšanje svoga zdravlja. Da bi dosegli stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, pojedinac ili grupa moraju biti u mogućnosti prepoznati i uvidjeti svoje težnje, zadovoljiti potrebe, te mijenjati ili se nositi s okolinom. Zdravlje je stoga snaga u svakodnevnom životu, a ne svrha života.

Uvjeti u kojima je pojedinac rođen, odrasta, živi i radi imaju prevladavajući učinak na razvoj bolesti i prijevremenu smrt. Medicinske sestre imaju vrlo važnu ulogu u ostvarivanju prava na zdravlje jer njihova usmjerenost na holistički pristup i pacijentu orijentiranu skrb ne svodi liječenje usredotočeno samo na patološku komponentu stanja čovjeka s posljedičnom štetom na njegovu dobrobit u smislu šireg utjecaja na područja njegova osobnog, društvenog, političkog i ekonomskog života, nego sagledavaju pacijenta kao cjelinu tijela, uma i duha. Vođeni ovom misliju, lako je za zaključiti da je sestrinstvo profesija koja najviše prati potrebe ljudi u njihovim najranjivijim periodima. Medicinska sestra sagledava čovjeka u cjelini, jer ljudski organizam nije mehanizam složen od dijelova koji djeluju zasebno, već cjelina koja funkcionira po principu uvjetovanosti uzajamnog i skladnog suživota. Temelj sestrinske prakse je briga za zdravlje i dobrobit pojedinca i zajednice, osiguravanjem pristupa



SESTRINSTVO - GLAS KOJI VODI!
Zdravlje je temeljno ljudsko pravo.



zdravstvenoj skrbi, osvještavanjem i identificiranjem nezadovoljenih po-

treba pacijenta, upoznavanjem s različitim potrebama, provođenjem sigurne i kvalitetne skrbi, pravovremenim pristupom i, onim najvažnijim, a to je pacijentu orijetirana skrb i jednakopravan pristup zdravstvenom sustavu. S aspekta ljudskih prava, pravo na zdravlje podrazumijeva da svaki pojedinac, bez obzira gdje živi ima pravo na zdravstvenu skrb sukladno svojim zdravstvenim potrebama.

Zdravlje pojedinca, zdravlje zajednice u cjelini ima golemi utjecaj na općenito funkcioniranje društva kao cjeline. Loše zdravlje narušava produktivnost, sprječava izgled za posao i nepovoljno utječe na ljudski razvoj. Ulaganje u zdravlje te osiguravanje jednako dostupne zdravstvene zaštite spašava živote i prevenira bolesti, smanjuje trajne nejednakosti u pristupu i poboljšava gospodarsku učinkovitost, jer kao što znamo, ako nema zdravlja, nema rada, nema prihoda, nema puta prema napretku i razvoju društva.

Medicinske sestre provode najviše vremena s pacijentima i njihovim obiteljima te imaju saznanja iz prve ruke koja mogu imati utjecaj na zdravlje i dobrobit pacijenta. Sestrinstvo ima korijene u potrebama čovječanstva u liječenju i ozdravljenju bolesnih, pružanju zaštite i njege te pomaganju svima potrebitima. Cilj je sestrinstva spriječiti bolest i očuvati zdravlje. *“Svaka priča ima potencijal poboljšati zdravstveni sustav i omogućiti pojedincu i zajednici postići najviši dostupni standard zdravstvene zaštite i skrbi.”* Medicinske sestre su neophodne u transformaciji zdravstvene skrbi i zdravstvenog sustava, tako da nitko ne bude isključen. Medicinske sestre mogu i moraju

biti glas koji vodi, poboljšavanjem pristupa skrbi, omogućavanjem holističkog, čovjeku usmjerenog pristupa zdravlju i osiguravanjem da se čuju njihovi glasovi u utjecaju na zdravstvenu politiku, planiranje i pružanje usluga.

Hrvatski nacionalni savez sestrinstva, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatski strukovni sindikat medicinskih sestara - medicinskih tehničara, Zdravstveno veleučilište Zagreb, Nastavni zavod za javno zdravstvo “dr. Andrija Štampar” Zagreb, Hrvatska udruga medicinskih sestara, Hrvatsko društvo medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije, Hrvatska udruga kardioloških medicinskih sestara, Hrvatsko društvo operacijskih sestara, Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine, Udruga medicinskih sestara i tehničara neurokirurgije Hrvatske, Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući, Udruga oboljelih od raka pluća “Jedra”, Društvo medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije, Hrvatsko udruženje za ekstrakorporalnu cirkulaciju, Hrvatsko društvo patronažnih sestara, Udruga medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za dermatovenerologiju, Hrvatsko društvo medicinskih sestara i tehničara vaskularne kirurgije, Hrvatska kuća srca, Hrvatsko katoličko društvo medicinskih sestara i tehničara, Udruga medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za neurologiju i Udruga dispečera hitne medicine organizirali su “Međunarodni tjedan sestrinstva” od 07. do 12. svibnja 2018. godine povodom obilježavanja Međunarodnog dana sestrinstva. Ovogodišnji slogan obilježavanja “Međunarodnog tjedna sestrinstva” glasio je “SESTRINSTVO - GLAS KOJI VODI! Zdravlje je temeljno ljudsko pravo” preuzet od Međunarodnog vijeća medicinskih sestara (The International Council of Nurses - ICN).

U sklopu Međunarodnog tjedna sestrinstva održane su brojne javnozdravstvene akcije i edukacije



građana diljem Republike Hrvatske s ciljem promicanja zdravlja, prevencije bolesti i promocije sestrinske profesije općenito. Predavanja o povijesnom razvoju sestrinstva održane su u školama za medicinske sestre Mlinarska, Vrapče i Vinogradska. Učenici škola u Puli, Slavanskom Brodu i Novoj Gradišci te polaznici Centra za odgoj i obrazovanje Velika Gorica također su educirani kroz akciju "6 pitanja koja život znače" od članova Udruge dispečera hitne medicine. U Hrvatskom zavodu za transfuzijsku medicinu održana je već tradicionalna akcija dobrovoljnog darivanja krvi. Članovi Udruge medicinskih sestara i tehničara neurokirurgije Hrvatske u Kliničkom bolničkom centru Sestre milosrdnice održali su javnozdravstvenu akciju "Križobolja - prevencijom do zdravlja" gdje su građane educirali o važnosti zdravlja kralježnice te raznim vježbama koje mogu pridonijeti njihovom zdravlju. Članovi Hrvatskog sestrinskog društva hitne medicine učenicima osnovnih škola održali su radionice pružanja prve pomoći. Na Trgu bana Josipa Jelačića članovi Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezijske, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije građane su kroz javnozdravstvenu akciju "Pričamo o sepsi" upoznali sa simptomima sepse, kako ju spriječiti te kako reagirati kada se posumnja na sepsu. U Kliničkoj bolnici Dubrava članovi Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije održali su javnozdravstvenu akciju "Prevencija karcinoma debelog crijeva - znamo li kako?" gdje su građane upoznali s načinima prepoznavanja te simptomima karcinoma debelog crijeva. U sklopu Međunarodnog tjedna sestrinstva u Kliničkom bolničkom centru Sestre milosrdnice održana je kampanja "Stop the pain campaign" u organizaciji Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezijske, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije gdje su građani mogli saznati sve o nastajanju, vrstama te metodama

liječenja boli. Koliko su medicinske sestre i tehničari važan dio zdravstvenog sustava pokazuje

i svečano središnje obilježavanje Međunarodnog dana sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu te svečani prijem kod gradonačelnika Grada Zagreba. Svečana proslava Međunarodnog dana sestrinstva održana je u Zagrebačkom gradskom kazalištu "Komedija" gdje su brojni umjetnici svojim nastupom uljepšali proslavu dana sestrinstva. Ovogodišnji ambasadori Međunarodnog dana sestrinstva su bili prvakinja Opere HNK Split, Cynthia Hansell-Bakić te naš poznati pjevač Miroslav Škoro. Hrvatski strukovni sindikat medicinskih sestara - medicinskih tehničara održao je povodom obilježavanja Međunarodnog dana sestrinstva i 27. obljetnice osnutka mirni prosvjed za bolje uvjete rada, vrednovanje obrazovanja, pravednu i bolju plaću, poboljšanje općih uvjeta rada i života te dignitet profesije. Završna akcija u Međunarodnom tjednu sestrinstva održana je 12. svibnja na Cvjetnom trgu gdje su članovi svih udruga prezentirali svoje aktivnosti građanima u kojima su oni također mogli sudjelovati.

Međunarodni tjedan sestrinstva 2018. godine pokazao je da mi jedinstveni možemo sve. Nastavimo u ovom tonu jedinstva i sloge kroz cijelu godinu jer mi, medicinske sestre i tehničari smo heroji, heroji u očima onih za koje se brinemo. Budimo proaktivni, razvijajmo se još više i snažno te odlučno hodajmo prema naprijed jer, možda će zaboraviti vaše ime, ali nikada način na koji ste im pomogli. Dakle, budimo taj glas koji vodi i zagovarajmo pravo na zdravlje svakog pojedinca. Vodimo se izrekom: *"Kada spasiš jedan život, onda si heroj, kada spasiš stotine života, onda si medicinska sestra".*

PRIPREMILE: Josipa Bišćan, mag. med. techn, Slađana Režić, mag. med. techn., Ivanka Benčić, bacc. med. techn., ET

5. SIMPOZIJ DRUŠTVA ZA KVALITETU SV. MARTIN NA MURI, 17.-19.05.2018. u suorganizaciji ŽB ČAKOVEC

Simpozij je pozdravnim riječima otvorila Predsjednica Društva za kvalitetu Josipa Bišćan, magistra sestrinstva te je pozvala suorganizatora i uzvanike da se obrate nazočnima.

U ime suorganizatora sudionike su pozdravili:

- predsjednica Podružnice HUMS-a ŽB Čakovec, Božena Kapitarić, dipl. med. techn.
- pomoćnik ravnatelja za sestrinstvo, glavni tehničar Nenad Škvorc, mag. med. techn.,
- ravnatelj ŽB Čakovec, dr. sc. Robert, dr med.;
- Nakon njihovih pozdravnih riječi uslijedili su i pozdravi uzvanika i želje za uspješnim radom:
- tajnica HUMS-a, Danijela Miše, mag. med. techn, ispred HUMS-a
- predsjednica Podružnice HKMS Međimurske županije Marija Prekupec, dipl. med. techn., ispred HKMS-a
- pročelnica Upravnog odjela za zdravstvo i socijalnu skrb Međimurske županije, dr. sc. Sonja Tošić Grlač
- pomoćnica ravnatelja Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi prof. dr. sc. Jasna Mesarić.

Na kraju je sve sudionike u ime predsjednika Hrvatskog sabora i svoje ime pozdravila zastupnica Hrvatskog sabora, članica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku, Ljubica Lukačić, dipl. iur. koja je naglasila važnost medicinskih sestara u sustavu zdravstvene zaštite i osvrnula se na tematsku sjednicu Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku s temom „Položaj medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj“. Istaknula je kako su upoznati s tekućom problematikom i da se na toj sjednici između ostaloga raspravljalo i o tome kako je potrebno naći rješenja o: nepriznavanju stručnih kvalifikacija, nedostatnom praćenju ljudskih resursa u sustavu zdravstva, unapređenju uvjeta rada, potrebi kategorizacije rada medicinskih sestara, problemu zabrane zapošljavanja te neusklađenosti sistematizacije radnih mjesta u zdravstvenim ustanovama. Pozvane su sve relevantne institucije da zajednički s Ministarstvom zdravstva pokušaju iznaći rješenja i najkasnije u roku godine dana izvijeste do kuda se došlo u tom rješavanju. I na kraju je svima je zaželjela uspješan rad, zatražila slanje zaključaka i otvorila radni dio simpozija. Nakon uvodnih govora Josipa Bišćan je zahvalila

svim uzvanicima na željama za uspješnim skupom te je simpozij započeo prema programu.

Plenarnim izlaganjem, pod nazivom „Kako upravljati kvalitetom u svrhu poboljšanja hrvatskog zdravstva“, sudionike je upoznala, prof. dr. sc. Jadranka Mustajbegović. Naglasila je kako je nemoguće očekivati kvalitetu u bilo kojem segmentu zdravstvenog sektora, ukoliko ulaganja u tehnologiju usporedo ne slijede u istoj mjeri i ulaganja u edukaciju svih profila zdravstvenih profesija.

Ravnatelj ŽB Čakovec dr. sc. Robert Grudić, dr. med. govorio je o hodogramu aktivnosti koje provode u Ustanovi u cilju sprječavanja i smanjivanja broja neželjenih događaja. Naglašava potrebu za većim angažmanom i reagiranjem na potencijalne neželjene događaje (near miss).

Prof. dr. sc. Jasna Mesarić, dr. med. predstavila je sustav izvještavanja o neželjenim događajima ispred Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi. U izlaganju je prikazano petogodišnje iskustvo u sustavu izvješćivanja o neočekivanim neželjenim događajima (NND). Istoimena izvješća su zakonska obveza te ih Jedinice za kvalitetu periodično dostavljaju Agenciji. U zaključku je rečeno da je sustav izvješćivanja i nadalje potrebno kontinuirano poboljšavati na svim razinama, a sukladno EU i preporukama međunarodnih institucija. Kontinuirano praćenje i izvješćivanje razvija kulturu diskusije o pogreškama u sustavu te pridonosi transparentnosti kvalitete pruženih usluga u zdravstvenom sustavu.

U popodnevnom dijelu simpoziju se pridružuje predsjednica Hrvatske komore medicinskih sestara Slava Šepec te joj predsjednica Društva za kvalitetu upućuje riječi dobrodošlice.

Nakon svake sesije predavanja prvoga te drugoga dana simpozija moderatori su vodili raspravu te su postavljeni upiti predavačima na aktualnu izloženu tematiku. Rasprave su bile vrlo konstruktivne i u njih su se uključili i ostali sudionici.

OKRUGLI STOL NA TEMU MIGRACIJE U SESTRINSTVU

Na temu Migracije u sestrinstvu pozvani predavač Brankica Rimać, KBC Zagreb održala je predavanje na temu „Sestrinstvo u pokretu“ kao uvodničar

i na nju se nadovezala Irena Kužet Mioković, Thalassotherapie Opatija, s predavanjem "Utjecaj globalizacije i migracija na sestrinsku profesiju".

Uvodnu riječ na Okruglom stolu daje predsjednica Društva za kvalitetu kao moderator osvrnuvši se na izložena predavanja. Sudionici okruglog stola bili su: Slava Šepec, predsjednica Hrvatske komore medicinskih sestara, Branka Rimac, magistra sestrinstva, Irena Kužet Mioković, magistra sestrinstva. Velik broj pitanja postavljen je predsjednici HKMS kao ključnoj osobi u definiranju mnogih rješenja na aktualnu problematiku u sestrinstvu. Moderatorica Bišćan iznosi mišljenje kako je problema u sestrinstvu vrlo mnogo te izražava žaljenje što nam se nije mogla pridružiti i Anica Prašnjak, predsjednica HSSMS/MT te je pročitala opaske koje je Prašnjak poslala na navedenu temu. Bišćan također navodi mišljenje da se sestrinstvo raspršilo u pokušajima rješavanja različitih problema te da postoji potreba za fokusiranjem na nekoliko ključnih stavaka i postavljanje prioriteta kako bi se osnažili u njihovu rješavanju. Razgovaralo se o točnom broju medicinskih sestra koje su napustile Hrvatsku zbog rada u drugoj zemlji te Šepec iznosi broj od 1892 medicinske sestre koje su otišle izvan RH, od čega je 926 onih koje su postavile zahtjev za mirovanjem statusa od 01.07.2013. godine. Također navodi da oko 700 medicinskih sestra godišnje odlazi u mirovinu o čemu isto treba voditi računa u planiranju sestrinskog kadra u budućnosti, zatim o potrebi točnoga definiranja, analize stvarnih potreba za obrazovnom razinom medicinske sestre tj. planiranje i usuglašavanje tržišta rada sa obrazovnim ustanovama. Bilo je riječi i o tome tko treba dati podatak koja obrazovna razina medicinske sestre treba biti na kojem radnom mjestu. Razgovaralo se i o potrebi uspostavljanja Službe za upravljanje ljudskim resursima kao i potrebi prepoznavanje kvalitete i izvrsnosti rada zaposlenih medicinskih sestara kako bi se njima dalje upravljalo i omogućio im razvoj karijere što bi ih potaklo na ostanak. Bilo je riječi i o utjecaju pomoćnika za sestrinstvo na potrebe planiranja kadra pojedinog radilišta i suradljivosti ravnatelja i ostalih članova Uprave u razumijevanju i rješavanju takvih problema koje će sigurno pridonijeti ostanku medicinskih sestara, ali ne i spriječiti ih jer postoji otvorenost tržišta. Naglašena je i potreba u fleksibilnosti i brzom odgovoru obrazovnog sustava na iskazane potrebe u zdravstvenom sustavu kao i na izobrazbi specijaliziranoga kadra u sestrinstvu koji može po uzoru na razvijene zemlje kvalitetno odgovoriti na potrebe zdravlja opće populacije. Govorilo se i o sigurnosti bolesnika i povećanom radnim opterećenjem medicinske sestre u uvjetima kada ih sve više nedostaje u radnom okruženju, a broj bolesnika je isti ili veći što predstavlja rizik i tko za njega odgovara. Rečeno je da je od iznimne



važnosti bilježiti svaku provedenu aktivnost medicinske sestre kako bi se otklonila mogućnost osobnog profesionalnog propusta, što može utjecati i na veću izloženosti neželjenim događajima. Istaknuta je potreba pisanja otpusnog pisma za pacijente koji zahtijevaju nastavak zdravstvene njege te predsjednica HKMS Šepec navodi kako su upućene opomene prema ustanovama koje to ne čine, jer liječnik u primarnoj ne određuje stupanj zdravstvene njege već je to kompetencija medicinske sestre. Postavilo se i pitanje kako bi željeli znati tko je odgovoran, koja institucija, za prosljeđivanje statističkih podataka za medicinske sestre u EU i iz kojih izvora.

Predsjednica DZK je istaknula da Jedinice za kvalitetu trebaju imati ključnu ulogu jačanja kvalitete zdravstvene usluge na svim razinama i predstavljati snagu Ustanove što će ujedno pridonijeti i prevenciji neželjenih događaja. Poziva medicinske sestre bez obzira u kojem se užem području struke nalaze da se pridruže djelovanju koje rezultira povećanjem kvalitete u njihovom segmentu rada jer upravo Društvo za kvalitetu objedinjava rad svakog profila medicinske sestre kojoj je cilj kvalitetna i sigurna zdravstvena skrb za pacijenta, no i sigurnost za medicinsku sestru kao pružatelju usluge u sustavu.

ZAKLJUČCI SIMPOZIJA

1. raditi na autonomiji sestrinstva kao profesije, uspostavljati standarde u području zdravstvene skrbi za bolesnike u skladu sa zakonom reguliranim kompetencijama;
2. ujediniti sestrinska društva u aktivnostima kako bi ojačali sestrinsku profesiju u lobiranju nam zajedničkih interesa i ciljeva struke i profesije (raslojavanje po raznim stručnim društvima nas slabi)

3. redefinirati vremensko kadrovske normative te ih koristiti pri planiranju potrebnih kadrova;
4. raditi na kontinuiranim analizama i uvažiti potrebe za zdravstvenom njegom u svakom segmentu zdravstvenog sustava od strane medicinskih sestara kao autonomne profesije;
5. standardizirati postupke i uskladiti ih sa EU normativima u broju i obrazovnoj strukturi medicinskih sestara;
6. revidirati obrazovne strukture medicinske sestre te prilagoditi ih modelima u zemljama EU;
7. aktivirati medicinske sestre da se uključe u moguće kreiranje zdravstvene politike Republike Hrvatske, a putem E-savjetovanja koje je dostupno svim zainteresiranim;
8. zatražiti informaciju tko je odgovoran, koja institucija, za prosljeđivanje statističkih podataka u EU (Eurostat) vezano uz medicinske sestre i iz kojih izvora
9. redefinirati Uredbu o radnim mjestima i koeficijentima (HKMS je uputila nacrt prijedloga o radnim mjestima i koeficijentima prema Ministarstvu zdravstva)

10. redefinirati putem hrvatskog kvalifikacijskog okvira obrazovnu strukturu medicinske sestre u RH
11. uspostaviti Službu za ljudske resurse u zdravstvenim ustanovama i omogućiti profesionalni razvoj na osnovu kriterija izvrsnosti i potreba zdravstvene ustanove
12. uključiti medicinske sestre DZK pri izradi standarda kvalitete zdravstvene zaštite
13. uputiti medicinske sestre na obvezu pisanja otpusnog pisma zdravstvene njege pogotovo za bolesnika koji zahtijevaju nastavak zdravstvene njege te palijativne bolesnike
14. uspostaviti suradnju sa svim relevantnim institucijama u rješavanju problematike u sestrinstvu i izvijestiti Odbor za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog Sabora o rezultatima.

Pozdravnim riječima uz zahvalu na aktivnom sudjelovanju svim sudionicima simpozija predsjednica Društva za kvalitetu Josipa Bišćan zatvorila je 5. simpozij DZK HUMS-a te najavila tradicionalno obilježavanje Međunarodnog dana prevencije dekubitusa u studenom 2018. godine u organizaciji Društva za kvalitetu HUMS-a i u suradnji sa OB Karlovac.

PRIPREMILA: Cecilija Rotim, mag. med. techn.

Izveštaj s ICN ICM WHO Triad meeting, Global Forum for Government Chief Nursing and Midwifery Officers

ICN ICM WHO Triad meeting, Global Forum for Government Chief Nursing and Midwifery Officers održan je u Genevi, Švicarska od 16. do 19. svibnja 2018. godine. Na navedenom sastanku kao predstavnica hrvatskog sestrinstva iz Ministarstva zdravstva, sudjelovala je Cecilija Rotim, mag. med. techn., Croatian Chief Nursing Officer. ICN ICM WHO Triad meeting se održao u prostorijama Centre International de Conférences (CICG). Tijekom sastanka predstavljena je nova predstavnica sestrinstva unutar Svjetske zdravstvene organizacije, raspravljalo se o smjernicama razvoja sestrinstva i primaljstva na svim razinama svjetske zdravstvene zaštite, zakonima i načinima rješavanja problematike u profesiji sestrinstva i primaljstva, izvješća svake države o napretku SDNM 2016-2020 (*Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and*

Midwifery 2016 – 2020.) te o angažmanu medicinskih sestara svih država u razvoju i postizanju ciljeva globalne strategije razvoja sestrinstva i primaljstva do 01. siječnja 2020. godine.



Ad. 1. Information and networking session with the WHO Chief Nursing Officer

Pozdravni govor tijekom prve točke dnevnog reda sastanka održali su: Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus (*WHO Director-General*), Annette Kennedy (*ICN President*), Sally Pairman (*ICM Chief Executive Officer*) i Princeza Muna Al Hussein Jordanskog Kraljevstva.

Na samom početku predstavljena je nova predstavnik medicinskih sestara i primalja u Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, gospođa Elizabeth Iro (Novi Zeland).

Elizabeth Iro je kratko predstavila svoj profesionalni razvoj te je tijekom cijelog dana aktivno sudjelovala s komentarima i prijedlozima s ciljem poboljšanja kako sestrinske tako i primaljske profesije u području djelovanja Svjetske zdravstvene organizacije (SZO).

Ad. 2. Nursing and midwifery in WHO's global health governance and policies

Elizabeth Iro podnijela je izvještaj sa 71. Skupštine Svjetske zdravstvene organizacije, naglasivši pri tome važnost zajedničke suradnje Međunarodnog vijeća medicinskih sestara (*International Council of Nurses*), Međunarodne konfederacije primalja (*International Confederation of Midwives*) i Sigma Theta Tau organizacije na svim razinama globalne zdravstvene zaštite.

U raspravi tijekom ove točke dnevnog reda sastanka naglašeno je da se programi *Leadershipa* u sestrinstvu i primaljstvu moraju osmisliti u svim zemljama svijeta. Sestrinstvo i primaljstvo moraju se razvijati na svim razinama zdravstvene zaštite, a za poboljšanje položaja obiju profesija potrebno je uspostaviti i/ili poboljšati kontakte s vladama i ministarstvima.

Nakon održanog uvodnog predavanja sudionici su ispunjavali *on-line* anketu u kojoj su svi navodili prijedloge usmjerene



poboljšanju sestrinske i primaljske profesije u njihovim zemljama. Za Republiku Hrvatsku je pri tome navedeno moguće poboljšanje edukacije medicinskih sestara i primalja, osmišljavanje programa *Leadershipa*, provođenje strategije prema "*Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016–2020*."

Ad. 3. Policy and advocacy skills building session

Održana je radionica kojoj je glavni cilj bio međusobno upoznavanje i razmjena iskustava iz različitih područja sestrinstva i primaljstva. Radionice su organizirane u malim grupama s različitim temama. Nakon predstavljanja, svatko ponaosob prikazao je jedan problem iz svoje države i zajedničkim nastojanjima bilo je potrebno pronaći idealno rješenje. U grupi u kojoj je sudjelovala predstavnik Republike Hrvatske iznešen je značajan problem iz Švedske u kojoj medicinske sestre i tehničari propisuju terapiju.

Ad. 4. Country updates and SDNM 2016–2020 progress review

Dr Onyema Ajuebor predstavio je trenutne rezultate provođenja "*Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016 – 2020*." Rezultati su dobiveni analizom podataka dostavljene ankete tijekom tjedna koji je prethodio održanom sastanku.

Republika Hrvatska trenutno se nalazi u proceduri realizacije Strategije, zajedno s Belgijom, Švicarskom, Finskom, Češkom, Izraelom, Norveškom, Ukrajinom, Wellesom i Škotskom.

Nakon predloženih rezultata sudionici su podijeljeni u grupe gdje je održana radionica na temu "*Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016 – 2020*." Svi sudionici radionica međusobno su se predstavili i dogovorili oko iznošenja problema.

Ad. 5. GCNMO roles and engagement for the State of the World's Nursing 2020 & The State of the World's Midwifery 2020.

Prilikom završetka sastanka Elizabeth Iro, predstavnik medicinskih sestara i primalja u Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, napomenula je da je rok za predaju rezultata provedbe Strategije 1. siječnja 2020. godine.

Trenutni problemi najizraženiji su u smislu edukacije, vodstva, kompetencija i uloge medicinske sestre u zdravstvenom sustavu.

Među sudionicima je provedena *on line* anketa u kojoj su svi sudionici naveli potencijalne teme za sljedeći sastanak.

U zaključku je Elizabeth Iro istaknula da je promocija i međusobna suradnja u transformaciji sestrinstva i primaljstva od velike važnosti te da treba intenzivirati značaj sestrinstva utemeljenog na dokazima koje će u skorijoj budućnosti početi utjecati na ekonomiju zdravstvenog sustava.

Naglasila je kako je potrebno uspostavljati komunikaciju s vladom i ministarstvima o trenutnim stanjima u sestrinstvu i primaljstvu.



PRIPREMILE:
Biljana Kurtović i Cecilija Rotim

ENC NOVOSTI

CIJEPLJENJE: EUROPSKA KOMISIJA POZIVA NA JAČU SURADNJU UNUTAR EUROPSKE UNIJE PROTIV ZARAZNIH BOLESTI

Europska Komisija izdaje skup preporuka usmjerenih jačanju suradnje unutar Europske unije u borbi protiv bolesti koje se mogu spriječiti cjepivima. Predsjednik Junckera, pozvao je u svom govoru na sjednici sindikata 2017. godine na poduzimanje mjera za povećanje pokrivenosti cijepljenjem i osiguranje pristupa cjepivima svima u Europskoj uniji. Povjerenik za zdravstvo i sigurnost hrane, Vytenis Andriukaitis, izjavio je da je cijepljenje jedna od najmoćnijih i najisplativijih mjera javnog zdravstva. Zarazne bolesti nisu ograničene unutar nacionalnih granica. Slabost imunizacije jedne države članice stavlja na rizik zdravlje i sigurnost građana diljem Europske unije. Suradnja na ovom području mora biti od visokog interesa svim državama članicama ali i državama koje nisu članice Europske unije.

Cijepljenje svake godine spašava između 1 i 3 milijuna života širom svijeta. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji cjepiva će u narednom desetljeću spasiti više od 25 milijuna života. Ipak, prema Europskom centru za prevenciju i kontrolu bolesti (*European Centre for Disease Prevention and Control*), nekoliko zemalja Europske unije

suočeno je s neočekivanim epidemijama ospica i ponovnom pojavom drugih bolesti koje se mogu spriječiti cjepivom. Zbog nedovoljne pokrivenosti cijepljenjem djeca i odrasli u Europskoj uniji trenutno umiru od tih bolesti. Prijedlog Komisije usmjeren je na tri glavna cilja: rješavanje pitanja neodlučnosti o cijepljenju i poboljšanje pokrivenosti cijepljenjem; politika održivog cijepljenja u Europskoj uniji; i koordinacija i doprinos Europske Unije globalnom zdravlju.

Prijedlog zahtjeva 20 konkretnih aktivnosti Komisije i država članica, uključuje:

- razvijanje i provedbu nacionalnih i/ili regionalnih planova cijepljenja do 2020. godine, uključujući cilj da se ostvari najmanje 95% pokrivenosti cjepivima za ospice;
- uvođenje rutinske provjere procijepljenosti i redovne mogućnosti cijepljenja u različitim fazama života, primjerice u školama i na radnim mjestima;
- predstavljanje opcija za cjepiva koja se mogu dijeliti preko granica;
- uspostava europskog informativnog portala za cijepljenje do 2019. godine kako bi se



osigurati online ciljevi te transparentni i ažurirani dokazi o prednostima i sigurnosti cjepljiva;

- smanjenje rizika nestašice cjepljiva razvojem virtualnog spremišta podataka s informacijama o zalihama cjepljiva u Europskoj uniji i olakšavanje dobrovoljne razmjene informacija o raspoloživim zalihama i nestašicama bitnih cjepljiva;
- osigurati svim zdravstvenim radnicima potrebnu edukaciju kako bi sigurno isporučili cjepljiva i kako bi svojim znanjima utjecali na neodlučnost pojedinaca u vezi postupka cijepljenja;
- sazivanje Koalicije za cijepljenje s ciljem okupljanja europskih udruga zdravstvenih radnika, kao i relevantnih udruga studenata na terenu, te obvezu pružanja točnih informacija javnosti, borbu protiv mitova i razmjenu najboljih praksi;
- uspostava europskog sustava razmjene informacija za prikupljanje znanja i razvijanje smjernica za osnovni kalendar cijepljenja u Europskoj uniji do 2020. godine s dozama i životnim dobima koja bi bila zajednička u svim državama članicama Europske unije
- jačanje partnerstva i suradnja na cijepljenju kao procesu s međunarodnim partnerima.

KLJUČNI NEDOSTACI U EUROPSKOJ UNIJI

Prema najnovijim podacima koje je prikupio Europski centar za prevenciju i kontrolu bolesti (ECDC), slučajevi ospica i dalje se povećavaju u nekim zemljama EU i EEA (European Economic Area). U razdoblju od 12 mjeseci između 1. ožujka 2017. i 28. veljače 2018. godine kroz europski nadzorni sustav prijavljeno je 14.813 slučajeva ospica. Od tih slučajeva, gdje je poznato stanje cijepljenja, 86% oboljelih bilo je necijepljeno. Nadalje, ECDC procjenjuje kako najmanje 40.000 ljudi godišnje



„U Uniji jednakih, ne može postojati građanstvo drugog reda. Neprihvatljivo je da će u 21. stoljeću još uvijek djeca umirati od bolesti koje su u Europi već davno trebale biti iskorijenjene. (...) Takve smrti se ne smiju pojavljivati u Europi“.

umire od gripe, dijelom zbog niske pokrivenosti cijepljenjem.

SLJEDEĆI KORACI

Vijeće Europske unije će raspravljati o prijedlogu Komisije, s ciljem da ga usvoji do kraja 2018. godine, s trenutnim stupanjem na snagu. Nakon toga, Komisija će svake tri godine izvještavati o postignutom napretku u provedbi prijedloga. Osim toga, Komisija će izraditi izvješće o „Stanju povjerenja u cjepljiva u Europskoj uniji“, kako bi pratila stavove prema cijepljenju u državama članicama Europske unije.

U svom govoru, predsjednik Juncker je 2017. godine, rekao: „U Uniji jednakih, ne može postojati građanstvo drugog reda.

Neprihvatljivo je da će u 21. stoljeću još uvijek djeca umirati od bolesti koje su u Europi već davno trebale biti iskorijenjene. (...) Takve smrti se ne smiju pojavljivati u Europi“.

Preporuke Komisije za bolesti koje se mogu spriječiti cjepljivima temelje se na nizu postojećih zakona i projekata Europske unije u području cijepljenja. To uključuje i Preporuku Vijeća iz 2009. godine o sezonskom cjepivu protiv gripe, koje se temelji Zajedničkim ugovorom o nabavi, kao i uspostavljenom Odlukom o prekograničnoj zdravstvenoj tematici (1082/2013 / EU), te Zajedničkom akcijom za cijepljenje koje financira Program zdravstva 2014-2020.

PODACI U EUROPSKOJ UNIJI: KOMISIJA DJELUJE NA POVEĆANJU DOSTUPNOSTI I RAZMJENI PODATAKA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Vrijednost europske ekonomije podataka 2016. godine je iznosila 300 milijardi eura. Ako se donesu odgovarajuće zakonodavne mjere, ta bi vrijednost mogla porasti sve do 739 milijardi eura do 2020. godine, što je 4% BDP-a Europske unije.

U Europskoj uniji je ponovno korištenje podataka generiranih od tijela javnog sektora (npr. pravni, prometni, meteorološki, financijski itd.) u komercijalne i nekomercijalne svrhe uređeno Direktivom 2003/98 / EZ o ponovnoj uporabi informacija o javnom sektoru. U 2012. godini Komisija je usvojila paket zakona koji sadrži niz mjera usmjerenih poboljšanju pristupa znanstvenim informacijama u EU, uključujući Preporuke o pristupu i očuvanju znanstvenih informacija koje su rezultat javnog financiranja. Na digitalnoj preobrazbi zdravstvene zaštite, javna rasprava koja je završila u listopadu 2017., istražila je potrebu za mjerama politike koja promiče digitalne inovacije za bolju zdravstvenu zaštitu u EU.

Današnje inicijative nadopunjuju okvir slobodnog protoka ne-osobnih podataka unutar Europske unije koje je Komisija predstavila u rujnu 2017., a oko kojih se još uvijek trebaju dogovoriti Europski parlament i države članice.

Europska komisija predlaže niz mjera za povećanje dostupnosti podataka unutar Europske unije, oslanjajući se na prethodne inicijative za povećanje slobodnog protoka neosobnih podataka na jedinstvenom digitalnom tržištu.

Inovacija utemeljena na podacima ključni je čimbenik za rast tržišta, otvaranje novih radnih mjesta, posebno za mala i srednja poduzeća i pokretanje te razvoj novih tehnologija.

Omogućava građanima lakši pristup i sigurno upravljanje njihovim zdravstvenim podacima te omogućuje javnim tijelima bolje korištenje podataka u reformama istraživanja i prevencije unutar zdravstvenog sustava a poštujući pri tome sigurnost i zaštitu osobnih podataka.

Potpredsjednica Komisije za jedinstveno digitalno tržište Andrus Ansip izjavila je da se jedinstveno digitalno tržište ubrzano razvija, no da bez podataka nećemo moći iskoristiti umjetnu inteligenciju, računalne performanse i druge tehnološke napore. Povjerenica za digitalnu ekonomiju i društvo Marija Gabriel dodala je da temeljem toga slijedi i ambiciozan plan, odnosno Strategija digitalnog tržišta kao jedinstvenog tržišta, kako bismo bili sigurni da smo u najboljem mogućem položaju za

provedbu vrhunskih istraživanja ali i zaštitu građana Europske unije. Građani i tvrtke bi pri tome imali pristup boljim proizvodima i uslugama, budući da bi više podataka bilo na raspolaganju s ciljem razvoja inovacija utemeljenih na podacima istih tih proizvoda i usluga. Povjerenik za zdravstvo i sigurnost hrane Vytenis Andriukaitis izjavio je kako njihovi prijedlozi koriste puni potencijal digitalnih tehnologija usmjerenih poboljšanju sveukupnog zdravstvenog i medicinskog istraživanja. To će svakako dovesti do lakšeg pristupa zdravstvenim podacima, boljem sprečavanju bolesti i kvalitetnoj skrbi za pacijent, te brzim odgovorima na pandemijske prijetnje. Današnji prijedlozi temelje se na Uredbi o općoj zaštiti podataka (GDPR) koja je stupila na snagu 25. svibnja 2018. godine. Oni će osigurati bolji pristup i ponovnu iskoristivost podataka javnog sektora: Revidirani Zakon o informacijama o državnom sektoru obuhvaća podatke koje posjeduju javne institucije. Naposljetku, nova pravila zahtijevaju - gdje je to primjenjivo - tehnička rješenja poput aplikacijskih programskih sučelja (API-ja) za pružanje realnog pristupa podacima. Što se tiče korištenja znanstvenih podataka, u 2018. godini predlaže se novi skup preporuka koji se odnosi na političke i tehnološke promjene od posljednjeg prijedloga Komisije o pristupu i očuvanju znanstvenih informacija. One nude smjernice za provedbu zakona otvorenog pristupa istraživačkim podacima i upravljanjem podacima stvaranjem europskog *Open Science Clouda*. Također ističu važnost poticaja, nagrada, vještina i mjera prikladnih za novo razdoblje umreženog istraživanja. Dijeljenje podataka privatnog sektora u kontekstu poslovnog poduzetništva i poslovanja s vladama u okvirima je novog



izviješća pod nazivom „Prema zajedničkom europskom podatkovnom prostoru“ koje daje smjernice za tvrtke koje u Europskoj uniji posluju unutar privatnog sektora. Komisija također postavlja plan djelovanja koji prvi put stavlja građanima na raspolaganje podatke o njihovom zdravlju: osiguranjem pristupa građana

njihovim zdravstvenim podacima i uvođenjem mogućnosti dijeljenja njihovih podataka preko granica, pomoću većih skupova podataka kako bi se omogućile personalizirane dijagnoze i liječenje, te bolje predviđanje epidemija, i promicanjem odgovarajućih digitalnih alata, omogućujući javnim tijelima da bolje koriste zdravstvene

podatke za istraživanja i reforme zdravstvenog sustava a sve unutar GDPR Uredbe. Navedeni prijedlozi također uključuju i interoperabilnost elektroničkih zdravstvenih evidencija, kao i mehanizam dobrovoljne koordinacije u razmjeni podataka - uključujući genomske podatke - za prevenciju i istraživanje bolesti.

UTJECAJ NAZIVLJA SESTRINSTVA NA BROJ MUŠKARACA U PROFESIJI

Sestrinstvo kao profesija bi trebala razmotriti uporabu „ženskih“ nazivlja, kao što je medicinska sestra ili glavna sestra, kako bi se u profesiju privuklo više muškaraca.

Janet Davies, Dekanica Kraljevskog fakulteta medicinskih sestara u Engleskoj (*Royal College of Nursing*), izjavila je kako stereotipi o sestrinstvu odbijaju muškarce od odabira takve karijere od samoga ranog životnog doba. Gotovo svi delegati godišnje konferencije sindikata u Belfastu složili su se kako su muškarci „neiskorišteni resursi“ u vrijeme kada NHS-u (engleski zdravstveni sustav) nedostaje 43.000 medicinskih sestara. U Engleskoj se npr predlaže da primarno obrazovanje u sestrinstvu treba imati i mušku i žensku radnu odjeću, kako bi se u skrb privuklo više muškaraca.

Janet Davies je izjavila kako postoji nasušna potreba za smanjenje stereotipa medicinske sestre kao „ženskog posla“, a koji „ide ruku pod ruku sa širim pojmom o stereotipima spolova u određenim profesijama“. Upravo tome pridonosi jezična sintagma „sestrinstvo“ s kojom se susrećemo i u Republici Hrvatskoj.

Osim problematike naziva profesije: sestrinstvo, postoji problem i s nazivljem koji se koristi u svakodnevnoj praksi u sestrinstvu. Naime, nazivlja određenih opisa

poslova, također su spolno određena u nazivu. U Republici Hrvatskoj se susrećemo s nazivima poput: glavna sestra klinike, glavna sestra odjela, dežurna medicinska sestra, medicinska sestra u ambulantu, što uvelike određuje problematiku spolne determinante nazivlja u sestrinstvu. U široj javnosti se također svakodnevno susrećemo s percepcijom sestrinstva kao ženske profesije, što uvelike proizlazi iz samog naziva profesije koje u korijenu sadrži riječ „sestra“. Iz navedenog se postavlja pitanje – je li vrijeme za promjenu nazivlja u sestrinstvu u spolno neodređene kategorije?

Na konferenciji održanoj u Belfastu sudjelovao je i Stephen McKenna, medicinski tehničar koji je predstavljao radnu skupinu koja je izradila prijedloge za ciljano zapošljavanje muškaraca u sestrinstvu. Opisao je kako je održao predavanje petogodišnjoj djeci u kojem je govorio o svojim iskustvima i karijeri u sestrinstvu s aspekta medicinskog tehničara. Pri tome je naglasio kako je većinu vremena svog predavanja proveo odgovarajući na pitanja zašto nije liječnik i zašto nije odjeven kao medicinska sestra iz popularnog dječjeg crtića Peppa Pig. Zaključno tome, sudionicima je postavio pitanje: „Ako mali dječaci u dobi

od pet godina imaju takav dojam, koliko je vjerojatno da će se ikada ikada vidjeti u profesiji sestrinstva u budućnosti?“ U konferenciji je također utvrđeno kako bi se kampanje za obrazovanje i zapošljavanje u sestrinstvu trebale usmjeriti na široko rasprostranjena pitanja raznolikosti i nesrazmjera zastupljenosti muškaraca na visokim pozicijama u profesiji sestrinstva. Davies je pri tome također izjavila kako je važno ciljati na djecu osnovnoškolske dobi, prije nego što se rodni stereotipi oko poslova medicinske sestre imaju priliku i pojaviti i usaditi u razmišljanje o profesiji kao takvoj. Također je naglasila kako je i ogroman utjecaj medija na poimanje javnosti o sestrinstvu kao isključivo ženskoj profesiji.

Informiranje o razvoju modernog sestrinstva koje uključuje i jednakomjeran prikaz muškog i ženskog spola u profesiji trebalo bi poboljšati sliku stereotipa sestrinstva kao isključivo ženske profesije u javnosti.



U tekstu se spominje samo par primjera problematike stereotipa o sestrinstvu kao ženskoj profesiji, no navedena jezična sintagma je zapravo globalni problem s kojim se susrećemo. Muškaraca je danas sve više u sestrinstvu i njihov broj će zasigurno u godinama koje slijede rasti, prije svega zbog mogućnosti i izazova koje ono pruža.

REZULTATI STUDIJE PROVEDENE U ROYAL COLLEGE OF NURSING OTKRIVAJU ZABRINUTOST JAVNOSTI OKO BROJA ZAPOSLENIH MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA

Tri od četiri osobe u Velikoj Britaniji misle da nema dovoljno medicinskih sestara koje bi se sigurno brinule za pacijente u NHS-u (engleski zdravstveni sustav). Ispitanici su izjavili da se boje kako neće moći dobiti visoko kvalitetnu zdravstvenu skrb koju oni ili njihovi članovi obitelji budu trebali, a zbog nedostatka medicinskih sestara i tehničara. Slijedom toga, ispitanici provedene studije misle da zapošljavanje većeg broja medicinskih sestara i tehničara treba biti Vladin prioritet. Gotovo jedna od tri osobe je izjavila da zapošljavanje većeg broja medicinskih sestara treba biti najvažnije područje ulaganja u zdravstveni sustav, s popisa sedam mogućih prioriteta ulaganja.

Studija koju je proveo Kraljevski fakultet medicinskih sestara u Velikoj Britaniji dodatno osvjetljava koliko loše nestašica osoblja u sustavu zdravstva utječe na percepciju bolesnika o sigurnosti pružene zdravstvene skrbi.

Analizom tisuća komentara utvrđeno je šest ponavljajućih problema koji proizlaze iz nedovoljnog broja medicinskih sestara i tehničara u sustavu zdravstva:

1. zdravstvena njega koja nije temeljito provedena uslijed nedostatka vremena
2. nedostatak vremena za pružanje podrške bolesnicima i njihovim obiteljima
3. previše vremena provedenog u obavljanju poslova koje nisu u opisu posla medicinske sestre
4. zabrinutost o razini znanja i vještina medicinskih sestara kojima se upotpunjuju prazna radna mjesta i nedostatak kvalitetnog zdravstvenog osoblja
5. zabrinutost za mentalno i fizičko zdravlje medicinskih sestara i tehničara
6. nedostatak jasno određenih zadataka po hijerarhijskoj razini unutar zdravstvenih institucija



Rezultati studije potakli su mnogobrojne komentare, od kojih su samo neki da je nedostatak medicinskih sestara posljedica smanjenja troškova u sustavu zdravstva koji se odrazio i na ljudske resurse, poglavito u smislu broja medicinskih sestara i tehničara. Isto tako, rezultat današnjeg nedostatka medicinskih sestara i tehničara jest neučinkovito planiranje radne snage temeljene na stvarnim potrebama populacije. Iz svega navedenog, zaključno je utvrđeno da vrijednost sestrinske profesije nije dovoljno prepoznata od strane onih koji kreiraju politiku sustava zdravstva te da sigurnost bolesnika pri tome nije smatrana prioritetom.



**Royal College
of Nursing**



ODRŽAN SASTANAK U EUROPSKOJ KOMISIJI – PRIJEDLOG EUROPSKOG ZAKONA O SESTRINSTVU

U Europskoj komisiji, Glavnoj upravi za unutarnje tržište, industriju, poduzetništvo te male i srednje poduzetnike (DG Growth), koja je nadležna i za regulaciju samostalnih profesija, 15. svibnja 2018. održan je sastanak s predstavnicima Europskog vijeća regulacijskih tijela u sestrinstvu (ENC).

Glavna tema sastanka bila je usvajanje prijedloga europskog Zakona o sestrinstvu na skupštini ENC-a u ožujku 2018., o čemu su predstavnici ENC-a izvijestili predstavnike Europske komisije, gospođu Weisswange i gospodina Zaglmayera. Nakon što su predali prijedlog, zajedno s dopisom predsjednika ENC-a, gospodina

kod svih pitanja povezanih sa sestrinskom profesijom. Izrazili su svoju spremnost za sudjelovanje na sljedećem sastanku Izvršnog odbora ENC-a koji će se održati u studenom ove godine u Zagrebu.

Na sastanku se pružila prilika doznati novosti o razvoju događaja vezano uz prijedlog Direktive o proporcionalnosti.

Predstavnici Europske komisije potvrdili su da nije bilo većine u Odboru za unutarnje tržište Europskog parlamenta koja bi predložila izuzeće profesija u zdravstvu iz opsega Direktive.

Odbor je, međutim, uvrstio „odstupanje“ kad je riječ o reguliranim profesijama u zdravstvu.



**Europska
komisija**

U Royal College of Nursing smatraju kako trenutni manjak medicinskih sestara nije samo opasan za sustav zdravstva i sigurnost bolesnika, već da je i začarani krug. Manjak broja medicinskih sestara i tehničara te loša kvaliteta provedene zdravstvene njege su razlozi zbog kojih radno sposobne i kvalitetne medicinske sestre napuštaju zemlju, jer kvalitetne medicinske sestre ne žele činiti loš posao.

Tekst preuzet s:

<https://www.rcn.org.uk/news-and-events/newsnot-enough-nurses-to-provide-safe-care>

Mircea Timoftea, objasnili su metodologiju koju je ENC slijedio tijekom izrade prijedloga i njegovog usvajanja. Također su objasnili ciljeve dokumenta i njegovu temeljnu važnost u isticanju znanstvene prirode sestrinske profesije te mogućnosti koje pruža u okviru autonomnog djelovanja, kao i interdisciplinarnu suradnju. Predstavnici Europske komisije čestitali su ENC-u na ovoj inicijativi i rekli su kako će prijedlog europskog Zakona o sestrinstvu prosljediti svojim nadređenima u Glavnoj upravi i uzeti ga u obzir

Konačni tekst koji je usuglašen u Europskom parlamentu i Vijeću potvrđuje granicu diskrecije koju države članice imaju u odlučivanju o propisima na području zdravstva i njihovo pravo da uzmu u obzir pitanja vezana uz javno zdravlje kad raspravljaju o takvim propisima. Konačni tekst bit će usvojen na plenarnoj sjednici Europskog parlamenta kad završi provjera i ispravak teksta na svim jezicima država članica, a najvjerojatnije prije ljetnih praznika.



PRIPREMILA:
Ljiljana Pomper

IZ STRANE LITERATURE



UČINCI PRODULJENOG INTERVALA PROPIRANJA KOD POTPUNO IMPLATABILNIH VENSKIH KATETERA (TIVADs)

Laura Rasero, Lisa Golin, Serena Ditta, Dino Stefano Di Massimo, Alberto Dal Molin and Guya Piemonte
British Journal of Nursing, 2018 (IV Therapy Supplement) 27 (8):4-10

SAŽETAK

Začepljenje lumena potpuno implantabilnih venskih katetera (TIVAD, hrv. port kateter) je dugotrajna komplikacija centralnih venskih katetera, povezana s rizikom za infekcije i prekid terapije, a može utjecati i na troškove liječenja. Uloga **propiranja i zaključavanja** u održavanju prohodnosti TIVAD-a je najvažnija. Dok se većina protokola propiranja temelji na preporukama proizvođača, koje ukazuju da su 4 tjedna najsigurniji interval između dva uzastopna postupka propiranja tijekom razdoblja kada TIVAD nije u uporabi, rezultati nekoliko studija upućuju na to da produženi interval propiranja ne povećava stopu opstruktivnih ili infektivnih komplikacija. Istraživanje je imalo za cilj opisati učinke produljenih intervala propiranja u skupini od 317 pacijenata s tumorima, a rezultati koji nisu pronašli značajne razlike u odnosu na probleme TIVAD-a između skupina s dugim (> 45 dana) i kratkim (≤45 dana) intervalima propiranja, dovode u pitanje trenutnu praksu.

Potpuno implantabilni venski kateter (TIVAD) je središnji venski kateter koji se sastoji od rezervoara i linije katetera s jednim ili dvostrukim lumenom. TIVAD-ovi se široko koriste u onkološkim djelatnostima kao središnji venski pristup (CVA), a osobito su pogodni za ambulantne pacijente koji zahtijevaju liječenje s prekidima (Gallieni et al, 2008). Dodatna prednost TIVAD-ova u odnosu na ostale neimplantirajuće venske katetere jest da dopuštaju pacijentima sudjelovanje u društvenim i

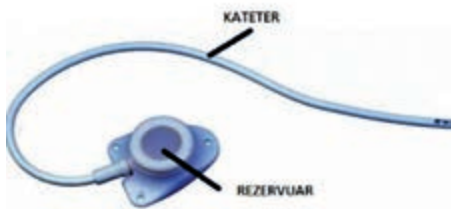
slobodnim aktivnostima i imaju manje utjecaja na percepciju slike tijela (O'Grady et al, 2002). Nadalje, TIVAD-ovi su povezani s nižim rizikom infekcije od vanjskih venskih katetera (Maki et al, 2006).

Međutim, uglavnom zbog neadekvatnog umetanja i održavanja (Arch, 2007.), mogu se pojaviti i rane i kasne komplikacije TIVAD-ova. Opstrukcija katetera je dugotrajna komplikacija povezana s TIVAD-om koja često zahtijeva dodatne postupke, ili uklanjanje,

odnosno zamjenu katetera. Ona može uzrokovati prekinde ili kašnjenja u liječenju i dijagnostici, a povezana je i s povećanim troškovima zdravstvene zaštite (Mitchell et al, 2007).

Propiranje i zaključavanje port katetera prepoznati su kao prikladne intervencije za održavanje prohodnosti

katetera, ali još uvijek ne postoje jaki dokazi o najprikladnijoj otopini za zaključavanje (Pittiruti i sur., 2016), najdjelotvornijoj tehnici (Ferroni et al, 2014), vrsti otopine (López Briz i sur, 2014, Dal Molin i sur., 2014, 2015), volumenu otopine i učestalosti postupka (Goossens, 2015). Iako velika većina proizvođača preporučuje interval od 4 tjedna između uzastopnih postupaka propiranja (Vescia et al., 2008), neke studije sugerirale su da i dugotrajnija razdoblja između ispiranja TIVAD-ova koji se ne upotrebljavaju mogu biti učinkovita i sigurna (Kuo et al., 2005; Kefeli et al., 2009; Ignatov i sur, 2010; Dal Molin et al., 2011; Palese et al., 2014; Solinas i sur., 2017).



Cilj ove retrospektivne studije bio je analizirati učinke produljenih intervala između dva propiranja TIVAD-ova u skupini pacijenata s tumorima koji su primali terapiju u izvanbolničkom okruženju.

ISPITANICI I METODE

Od svibnja 2015. do ožujka 2016. godine, u ambulanti onkološke klinike Careggi Hospital u Firenci, Italija, provedena je retrospektivna kohortna studija opažanja, a uključeni su svi pacijenti koji su posjećivali kliniku tijekom čitavog razdoblja studije. Glavni kriteriji za uključivanje bili su: odrasli s tumorom (starost 18 godina) i s TIVAD-om koji nije bio u upotrebi, kod kojih je propiranje radi održavanja bilo ispušteno, a kojima je kateter propiran dva puta tijekom ispitivanja. Isključeni su pacijenti s prethodnim ranim i kasnim komplikacijama TIVAD-ova.

Razmatrane su dvije situacije:

- Začepljenje pri aspiraciji: kada se je ispiranje i infuzija lijekova ili tekućina obavilo lako, ali se krv nije mogla povući (Registered Nurses Association of Ontario, 2004)
- Potpuna okluzija: kada i ispiranje i povlačenje krvi nisu bili mogući (Registered Nurses Association of Ontario, 2004)

Svim pacijentima implantirani su venozni portovi s jednom komorom napravljenom od titana, koji su prethodno spojeni na silikonske katetere otvorenih krajeva (4,5, 5 i 6,5 Fr). Protokol za propiranje uređaja bio je isti kod svih pacijenata. Ručno ubrizgavanje od 20 ml normalne fiziološke otopine provedeno je primjenom tehnike "push-pause". Iгла je uklonjena tijekom postupka ispiranja. Da bi se zaključao kateter i izbjeglo protjecanje krvi u liniju katetera i rezervoar, prije nego što je štrcaljka odvojena, korištena je tehnika pozitivnog pritiska. Sve stezaljke su bile zatvorene prije nego što je štrcaljka uklonjena. Svi su postupci provedeni primjenom standardnih aseptičkih mjera opreza uz pravilnu brigu o izlaznom mjestu kako bi se spriječila kolonizacija katetera putem patogena i infekcije krvotoka povezane s kateterom (CRBSI). Prikupljeni su i evidentirani podaci o dobi; spolu; vrsti tumora; vremenu od umetanja TIVAD-a, datumima propiranja TIVAD-a; i pojavi okluzije prilikom aspiriranja ili potpune okluzije. Pacijenti su podijeljeni u **dvije skupine prema danima između intervala propiranja** - dugog intervala (LI) i kratkog intervala (SI) - temeljenog na srednjoj frekvenciji pristupa za propiranje TIVAD-a; granica ('cut-off') je postavljena na 45 dana (raspon od 28 – 153 dana, medijan 41.12 dana).

REZULTATI

Analizirani su podaci o 364 pacijenta; isključeno je 47 pacijenata (8 ih je provelo samo jedan postupak propiranja i 39 zbog nedostatka podataka), što je rezultiralo s 317 pacijenata koji ispunjavaju kriterije za uključivanje u analizu. 267 pacijenata uključeno je u SI skupinu i 50 u LI skupinu. 7 pacijenata u SI skupini imalo je komplikacije, uključujući ukupnu okluziju u 2 pacijenta i okluziju prilikom aspiracije u 5 pacijenata, u usporedbi s nulom u LI skupini. Analizirano je ukupno 1538 postupaka propiranja, srednji broj postupaka po pacijentu iznosio je 5,8 (raspon 2-11). Unutar ≤45 dana izvršena su 1302 postupka propiranja, 6 postupaka (0,5%) imalo je komplikacije, dok se je u preostalih 236 postupaka propiranja u intervalima od > 45 dana dogodila jedna komplikacija (0,4%). Razlika nije bila statistički značajna.

RASPRAVA

Propiranje i zaključavanje smatraju se najvažnijim postupcima za održavanje prohodnosti i sprečavanje okluzije TIVAD-a, te smanjenja rizika od infekcija (Goossens et al, 2015). Iako proizvođači preporučuju ispiranje TIVAD-ova u intervalima od 4 tjedna (O'Grady et al, 2002, Vescia et al, 2008), nema dostupnih dokaza za određivanje optimalne frekvencije kada se TIVAD-ovi ne koriste (Gorski et al, 2016). Rezultati ove analize, koji su uključivali značajan broj pacijenata i postupaka, ukazali su na činjenicu da intervali propiranja koji traju dulje od 45 dana nisu rezultirali većom količinom nepovoljnih događaja povezanih s kateterom u odnosu na kraće intervale između propiranja (<45 dana). Populacija studije bila je sastavljena od onkoloških pacijenata: najčešći su bili abdominalni tumori, zatim tumori dojke i ginekološki tumori.

Postupak propiranja izvodio se je prema protokolu bolnice koristeći **samo 0,9% -tnu otopinu natrijevog klorida**. Prema sadašnjoj literaturi, postupci koji se koriste u propiranju TIVAD-ova variraju između studija. U većini slučajeva upotrebljava se **heparin**, s količinama koje variraju od 150 UI / 3 ml (Palese i sur, 2014), 500 UI / 5 ml (Kuo i sur, 2005, Kefeli et al, 2009) do 1000 UI / 3 ml (Kefeli et al, 2009); Sama fiziološka otopina korištena je samo u jednoj studiji (Solinas et al, 2017).

Sve su se studije složile da bi **produljenje intervala** između propiranja TIVAD-ova moglo biti sigurno (Kuo et al., 2005; Kefeli i sur., 2009; Palese i sur., 2014; Solinas i sur., 2017), dok 2 neinferiorna ispitivanja (Goossens et al, 2013; Dal Molin et al, 2015) i 2 nedavna sustavna pregleda (Dal Molin et al., 2014; López-Briz i sur., 2014) sugeriraju da je **uporaba heparina kontroverzna**.

Prema nedavnim smjernicama, nema dovoljno dokaza koji bi preporučili jednu otopinu za zaključavanje nad drugom (Gorski i sur., 2016).

Rezultati su pokazali da nema razlike u komplikacijama između skupine dugih i kratkih intervala propiranja. U istraživačkoj studiji kasnih komplikacija TIVAD-a u jednom talijanskom onkološkom centru zabilježen je interval propiranja između 30 i 81 dan, a prema stopi komplikacija, autori su zaključili da su dugi intervali između propiranja sigurni i pouzdani (Dal Molin i sur., 2011.). Zapravo, smanjenje broja pristupa može dovesti do smanjenja komplikacija u praksi, kao što je smanjenje infekcija (Palese et al, 2014).

Kao što je naznačeno u Kefeli et al (2009), jedna od najvažnijih mjera za održavanje sigurnosti pacijenata je povećati dobru praksu kroz nastavak obuke sestara, jer je neiskustvo najveći uzrok komplikacija povezanih s kateterom (Kefeli et al, 2009).

Prema autorima, ove zaključke trebalo bi potvrditi u velikoj, randomiziranoj kontroliranoj studiji, koja bi trebala uključivati i mjerenje utjecaja postupaka na kvalitetu života pacijenata. Ostali aspekti koji se trebaju istražiti na kontrolirani način uključuju volumen otopine, vrstu otopine za zaključavanje katetera (heparin vs fiziološka otopina), te upotrebu antimikrobnog i antiseptičkog

zaključavanja kako bi se spriječile infekcije krvotoka povezane s kateterom (CRBSI) u osjetljivih pacijenata (Goossens et al, 2015).

KLJUČNE TOČKE

- Dobra sestrinska praksa može pomoći u održavanju funkcije TIVAD-ova
- Dulje (> 45 dana) u odnosu na kraće razdoblje između propiranja sigurno je i učinkovito u održavanju funkcije TIVAD-ova
- Potrebno je provesti randomizirano kontrolirano ispitivanje kako bi se potvrdili rezultati ove studije CPD

ZAKLJUČAK

Održavanje prohodnosti IVAD-ova neophodno je ispravno funkcioniranje katetera i sigurnost pacijenata, ali interval između propiranja preporučen od strane proizvođača može biti neprikladan i skup (i za pacijenta i za zdravstveni sustav). Rezultati ove studije podupiru prethodna saznanja iz literature i sugeriraju da dugotrajniji intervali između propiranja mogu biti sigurni i učinkoviti, a prihvatljiviji su za pacijente od kraćih intervala.

UPRAVLJANJE TEŽINOM PERCEPCIJA TEŽINE, INTERESI I PREFERENCIJE KOD ODRASLIH PREŽIVJELIH OD RAKA

Fang Fang Zhang, MD, PhD, Susan Meagher, PhD, Susan Koch-Weser, PhD, ScD, Mary Beth Singer, MS, ANP-BC, AOCN®, ACHPN, Geetika Dhaundiyal, MS, John Erban, MD, and Edward Saltzman, MD
Clinical Journal of Nursing 21 (1): 65-71

Pretilost kod preživjelih od raka sve je veći problem u liječenju raka, ali preživjeli od raka možda ne smatraju da je težina važna i ne moraju biti motivirani za regulaciju težine. Ovaj članak prikazuje rezultate studije provedene u Tufts Medical Centeru u Bostonu, Massachusetts 2012. godine, koja je ispitala stavove preživjelih od raka koji su pohađali ambulate na onkologiji o upravljanju težinom. Od 209 ispitanika koji su odgovorili na anketu, 35% su imali prekomjernu tjelesnu težinu i 27% je bilo pretilo. Većina sudionika je naznačila da žele smršaviti ili su zainteresirani, odnosno jako zainteresirani za sudjelovanje u programima za upravljanje težinom. Rezultati ukazuju na potrebu za onkološkim timom za pružanje podrške s ciljem upravljanja težinom kod preživjelih od raka.

Napredovanjem u dijagnostici i liječenju raka, u Sjedinjenim Američkim državama stopa smrtnosti za većinu glavnih vrsta raka pada (Lerro, Stein, Smith i Virgo, 2014), ali preživjeli od raka imaju povećanu učestalost komorbiditeta, poput dijabetesa, kongestivnog zatajenja srca i cerebrovaskularnih bolesti, što utječe na smrtnost, odnosno ukupno preživljavanje oboljelih od raka (Edwards i sur., 2013).

Pretilost je poznati čimbenik rizika za mnoga kronična zdravstvena stanja i priznat faktor rizika za nekoliko vrsta raka. Veliki postotak pacijenata s rakom ima prekomjernu tjelesnu težinu ili je pretilo u dijagnozi, a mnogi imaju prekomjernu težinu i nakon dijagnoze (Vance, Mourtzakakis, McCargar i Hanning, 2011). Pretilost pri dijagnozi i neželjeno

dobivanje na težini nakon dijagnoze, doprinose povećanom riziku od kroničnih zdravstvenih stanja kod preživjelih od raka (Demark-Wahnefried i sur., 2012; Nichols i sur., 2009) i negativno utječu na preživljenje kod više vrsta raka (Kroenke, Chen, Rosner, & Holmes, 2005; Protani, Coory & Martin, 2010). Osim toga, pretilost može ometati učinkovitost liječenja i doprinijeti neuspjehu liječenja (Rock & Demark-Wahnefried, 2002). Iako je Američko društvo za rak 2012. godine objavilo prve smjernice o prehrani i tjelesnoj aktivnosti za preživjele od raka, s preporukom da preživjeli od raka postignu i zadrže zdravu težinu (Rock et al., 2012), razina interesa za programe upravljanja težinom i percepcija o važnosti upravljanja težinom za preživjele od raka ostala je nejasna.

Provedeno istraživanje koje je opisano u ovom članku imalo je za cilj: (a) procijeniti percepciju, interese i preferencije preživjelih od raka za upravljanje težinom i (b) utvrditi osobine pacijenata i liječenja koje mogu utjecati na njihove stavove prema upravljanju težinom.

Istraživanje je provedeno od kolovoza do listopada 2012, a obuhvatilo je pacijente u dobi od 18 godina ili starije koji su pohađali onkološke ambulante u Tufts Medical Center u Bostonu, Massachusettsu (u prva dva mjeseca u klinici za zdravlje dojke i na hematološkoj / onkološkoj klinici, a u posljednjem mjesecu na svim klinikama onkologije). Sudionici su ispunjavali anonimnu anketu koja je obuhvaćala 32 stavke o pacijentima i karakteristikama liječenja, te stavove o stanju tjelesne težine, te interesu i preferenciji za upravljanje težinom. Sudionici su upitani o njihovoj dobi, spolu, trenutnoj težini i visini, vrsti raka, dobi pri dijagnozi i fazi liječenja, a kod onih koji su završili liječenje, kada je bio posljednji tretman. Nadalje, sudionici su zamoljeni da procijene svoj interes za sudjelovanje u programima za upravljanje tjelesnom težinom. Sudionici koji su naznačili bilo koju razinu interesa zatraženi su da navedu optimalno vrijeme za sudjelovanje u programima za upravljanje tjelesnim težinom, te željene vrste aktivnosti za upravljanje tjelesnom težinom (savjetovanje o prehrani, prikazi načina kuhanja, rasprava o težini i raku, aerobna tjelovježba ili trening snage), zatim mjesto održavanja aktivnosti (onkološka klinika, javne zgrade, stambeni prostori), učestalost aktivnosti (npr. nekoliko puta tjedno, jednom tjedno ili manje od jednom tjedno) te s kime žele sudjelovati (npr. ostali preživjeli od raka, članovi obitelji, prijatelji, ili samostalno). Da bi se osigurala puna vjerodostojnost, zatraženo je mišljenje od onkologa, onkoloških medicinskih sestara i stručnjaka za ispitivanje relevantnosti pitanja, a nakon povratnih informacija napravljene su korekcije.



REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Na anketu su odgovorila 222 pacijenta; 8 osoba nije prijavilo dijagnozu raka, a 5 nije odgovorilo na 80% ili više pitanja ankete i bilo je isključeno iz analiza. U preostalih 209 anketa, srednja dob ispitanika bila je 58,3 godine (SD = 11,3, raspon = 28-89), većinom žena (n = 178). Prosječni indeks tjelesne mase (BMI) iznosio je 27,9 kg / m² (SD = 6,2). Nije bilo onih s BMI manjim od 18,5 kg / m², 35% (n = 69) ispitanika imalo je prekomjernu težinu (BMI = 25-29,9 kg / m²), a 27% (n = 54) bili su pretili (BMI od 30 kg / m² ili više).

Najčešća dijagnoza primarnog raka bila je rak dojke (n = 148), zatim hematološki tumori (n = 32) i druge vrste raka (n = 29). Srednje vrijeme od dijagnoze bilo je 7,3 godina (SD = 7,2). 85 ispitanika još je uvijek bilo podvrgnuto liječenju u vrijeme završetka istraživanja. Od 117 ispitanika koji su završili liječenje, 63 je završilo liječenje prije 5 godina, a 54 nakon više od pet.

Više od polovice ispitanika navelo je da žele smršaviti. U usporedbi s onima koji bi željeli dobiti na težini ili održavati težinu (n = 72), ispitanici koji su htjeli izgubiti težinu bili su mlađi (56,2 godine u odnosu na 61,1 godine, p = 0,003), težili su više

(BMI od 30,2 kg / m² u odnosu na 24,2 kg / m², $p < 0,0001$) i imali su veću vjerojatnost da imaju prekomjernu tjelesnu težinu ili budu pretili (78% u odnosu na 36%, $p < 0,0001$), a završili su liječenje prije 5 godina (31% u odnosu na 19%, $p = 0,04$). Interes preživjelih za sudjelovanje u upravljanju težinom nije bio povezan sa statusom liječenja, spolom, intervalom od dijagnoze ili vrstom raka.

Među 109 ispitanika koji su bili zainteresirani za upravljanje težinom na bilo kojoj razini, na dodatna pitanja odgovorilo je 98 % ispitanika ($n=98$), a oko pola njih ($n = 48$) pokazalo je da bi se u bilo kojem trenutku željelo pridružiti programu za upravljanje tjelesnom težinom. 18 ispitanika pridružilo bi se programu odmah nakon liječenja, 16 najmanje godinu dana nakon završetka liječenja, 10 nakon dijagnoze i tijekom liječenja i 6 ispitanika najmanje pet godina nakon liječenja.

Oko pola ($n = 48$) ispitanika navelo je da žele sudjelovati u programu nekoliko puta tjedno, njih 39 jednom tjedno, a 14 ispitanika manje od jednom tjedno. Za vježbanje snage bilo je zainteresirano 83 % ispitanika, o prehrani 83, 8%, za aerobnu tjelovježbu 69, 7%, za raspravljajne o težini i raku 62,2%, te za demonstracije kuhanja 54, 6% ispitanika. Najveći interes ispitanici su pokazali za programe u kući (68%) ili u zajednici (62%), a tek 40% ispitanika kao mjesto programa je odabralo kliniku u kojoj se liječe ili kontroliraju. U upravljanju težinom 59,6% ispitanika sudjelovalo bi s ostalim preživjelim, od raka, 46,5% s članovima obitelji, 43,5 % sami, a 39,5% njih s prijateljima.

RASPRAVA

Pretlost preživjelih od raka prepoznata je kao rastući problem u liječenju raka (Ligibel et al., 2014), ali stavovi preživjelih od raka prema upravljanju težinom nisu formalno procijenjeni. Sve je više literature o problemima povezanim s tjelesnom težinom oboljelih od raka i sve je veći broj dokaza koji ukazuju na to da je pretlost kod ili nakon dijagnoze raka povezana s povećanim rizikom za ponovnu pojavu raka i smrtnost, osobito kod žena s dijagnozom raka dojke (Demark-Wahnefried i sur., 2015, World Cancer Research Fund International, 2014). Meta-analiza koja je analizirala status težine i preživljenje u 213.075 preživjelih od raka dojke kroz 82 studije, pokazala je povećan rizik od mortaliteta specifičnih za rak i povećan rizik od svih uzroka mortaliteta od 8% do 17% povezan sa svakim 5 kg / m² u BMI (Chan et al., 2014). Slična povezanost je zabilježena i za druge glavne vrste raka, kao što su rak debelog crijeva i prostate (Cao & Ma, 2011; Wu et al., 2014). Iako preživjeli koji su pothranjeni također imaju slabe rezultate preživljavanja (Demark-Wahnefried i sur., 2015),

veliki dio preživjelih od raka ima prekomjernu tjelesnu težinu ili je pretilo u vrijeme dijagnoze, a mnogi imaju neželjenu težinu nakon dijagnoze i liječenja. Na primjer, neželjeno povećanje tjelesne težine zabilježeno je kod žena koje su preživjele rak dojke a primale su adjuvantnu kemoterapiju (Demark-Wahnefried i sur., 2001) i preživjelih od raka prostate koji su liječeni deprivacijom androgena (Haseen, Murray, Cardwell, O'Sullivan i Cantwell, 2010). Tijekom liječenja se udeblja čak 50%-96% preživjelih od raka dojke, u rasponu od 2,5-6,2 kg (Vance i sur., 2011), a u mnogih pacijentica, uključujući i one čija je težina ostala stabilna tijekom liječenja, dolazi do povećanja tjelesne težine mjesecima i godinama nakon tretmana (Vance i sur., 2011).

U ovom istraživanju, više od polovice odraslih preživjelih od raka pokazalo je da želi izgubiti težinu, a oko trećina je zainteresirana ili vrlo zainteresirana za sudjelovanje u upravljanju težinom nakon dijagnoze i liječenja raka. 76% preživjelih smatra da prekomjerna tjelesna težina ili pretlost utječu na njihovo cjelokupno zdravlje, a 36% smatra da prekomjerna tjelesna težina ili pretlost mogu vratiti rak. Kod 25% preživjelih s prekomjernom tjelesnom težinom ili pretilih, težina nije bila prioritet, a veću vjerojatnost da se pridruže programima za upravljanje težinom pokazali su mlađi pacijenti. Nije bilo razlike u stavovima o težini između muškaraca i žena, niti među vrstama raka. Iako su preživjeli koji su završili liječenje prije pet godina češće razmišljali o gubitku težine od preživjelih koji su još bili podvrgnuti liječenju, svi ispitanici su pokazali slične razine interesa za sudjelovanje u programima za upravljanje tjelesnim težinom.

Kao što se i očekivalo, mnoge preživjele zanimalo je savjetovanje o prehrani. Ova studija ukazala je na to da se preživjeli od raka izrazito slabo pridržavaju preporuka o prehrani u brojnim područjima, kao što su velika potrošnja praznih kalorija (kalorija iz dodanih šećera i čvrste masti) i soli, te niska potrošnja dijetalnih vlakana (Zhang, Liu, John, Must, & Demark-Wahnefried, 2015). Mnogi od postojećih programa za upravljanje težinom za preživjele od raka usredotočeni su isključivo na vježbu, s tek nekoliko ciljanih dijetnih modifikacija, bilo same dijetne ili dijetne u kombinaciji s komponentom tjelesne aktivnosti (Demark-Wahnefried i sur., 2015; Playdon et al., 2013.). Za prevenciju pretlosti, korekcija prehrane koja svakodnevno smanjuje kalorijski unos bitna je za postizanje ravnoteže energije, a ista količina smanjenja kalorija može se lakše postići rezanjem jednog zašećerenog pića (npr. 150 kalorija) nego dodavanjem žustrog hodanja 30 minuta dnevno. Međutim, preživjeli od raka mogu doživjeti mršavost kao rezultat liječenja raka (Demark-Wahnefried i sur., 2001; Sheean,

Hoskins i Stolley, 2012), a programi za upravljanje tjelesnom težinom usredotočeni samo na ishranu mogu dovesti do sarkopenične pretilosti. U ovoj studiji, najveći dio preživjelih bio je zainteresiran za trening snage, zatim za savjetovanje o dijeti i aerobne vježbe, a mnogi od njih i za rasparave o težini i raku. Prema rezultatima ove studije, buduće intervencije mogu uključiti savjetovanje o prehrani i vježbanje (osobito trening snage), kod kuće ili u okruženju zajednice, najviše s drugim preživjelim.

PREDNOSTI I OGRANIČENJA

Ova studija predstavlja jedan od prvih napora za procjenu stavova prema upravljanju težinom kod preživjelih od raka, ali postoje ograničenja:

- 1) većina preživjelih od raka koji su završili istraživanje bile su žene s dijagnosticiranim raka dojke, što ograničava vrijednost procjene,
- 2) preživjeli od raka koji su podložni prekomjernoj težini mogu imati različite stavove prema upravljanju težinom u usporedbi s onima koji imaju normalnu težinu, ili prekomjernu tjelesnu težinu ili su pretili,
- 3) nijedan od preživjelih uključenih u ovu studiju nije imao BMI manji od 18,5 kg / m², te se nalazi ne mogu primijeniti na preživjele koji su pothranjeni,
- 4) težina statusa preživjelih bila je bazirana na izvještaju o samome sebi, što može rezultirati pogrešnom klasifikacijom,
- 5) nisu prikupljeni podaci o preživjelim koji su odlučili ne dovršiti anketu,
- 6) istraživanje provedeno u jednoj instituciji može ugroziti opću generalizaciju nalaza ostalim preživjelim od raka,
- 7) anketa nije tražila rasno ili etničko porijeklo preživjelih, obrazovanje i dohodak,
- 8) zbog heterogenosti u liječenju raka i obilježjima raka, nisu prikupljeni podaci o vrsti liječenja raka i tumorskom stadiju, niti stavovi prema upravljanju težinom ovisno o liječenju i karakteristikama raka.



ZAKLJUČAK

Iz ovog istraživanja proizlaze važni dokazi o stavovima u odraslih preživjelih od raka prema upravljanju tjelesnom težinom. Veliki broj odraslih preživjelih od raka želi izgubiti težinu, a mnogi ispitanici, pogotovo mlađi i oni s prekomjernom tjelesnom težinom ili pretili, pokazuju interes za pridruživanje programima za upravljanje tjelesnom težinom. Ovi rezultati pojačavaju potrebu za onkološkim timom koji će pružati podršku preživjelim od raka u upravljanju težinom, s naglaskom na trening snage i savjetovanje o prehrani, po mogućnosti kod kuće ili u centrima zajednice ubrzo nakon završetka liječenja raka.

