

# Plavi FOKUS

Informativno Glasilo

Hrvatske Komore Medicinskih Sestara

*Naj* za 2018. godinu  
*sestra / tehničar*



**SLUŽBA ZA PRODUŽENO LIJEČENJE  
I PALIJATIVNU SKRIB NOVI MAROF**

# Plavi FOKUS

Informativno glasilo  
Hrvatske Komore Medicinskih Sestara

## IMPRESSUM

Nakladnik:  
Hrvatska komora  
medicinskih sestara

ISSN: 1845-8165

Glavna urednica:  
Dragica Šimunec

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

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](mailto: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
ISTRAŽIVANJE HKMS-a: „ZADOVOLJSTVO ČLANOVA KOMOROM“	5
SLUŽBA ZA PRODUŽENO LIJEČENJE I PALIJATIVNU SKRb NOVI MAROF 1926. – 2019.	6
NEŽELJENI DOGAĐAJI U ZDRAVSTVENOJ NJEZI – UPRAVLJANJE RIZICIMA	13
NAJSESTRA/TEHNIČAR PERICA VUCELIĆ ZA 2018. GODINU	19
„SESTRINSKA DOKUMENTACIJA - ALAT U RUKAMA SESTRINSKOG MENADŽMENTA“	21
PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA INTEROPERABILNOST PATRONAŽNE I OPĆE/OBITELJSKE DJELATNOSTI	26
PALIJATIVNA SKRb VIŠEDIMENZIONALNI ASPEKT BOLI	28
DENTALNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ORALNO ZDRAVLJE	29
UZ SVJETSKI DAN SLUHA 3. OŽUJKA	35
MEDICINSKA SESTRA U PRIVATNOM ZDRAVSTVENOM SUSTAVU	38
VOKALNA SKUPINA PODRUŽNICE HKMS MEĐIMURSKE ŽUPANIJE	40
STAVOVI MLADIH O DONIRANJU ORGANA U HRVATSKOJ	42
ENC NOVOSTI	46
IZ STRANE LITERATURE	54

# Riječ predsjednice



Poštovane kolegice i kolege,

protekla godina bila je obilježena brojnim sa-stancima, prijedlozima i dopisima upućenim iz sestrinske Komore prema državnoj administraciji. Za 2019. godinu očekivanja su bila vidjeti rezultate uložnog truda po pitanju

svega što smo predlagali vezano uz sestrinstvo u cjelokupnom sustavu zdravstva, kao i ostalim sustavima u kojima rade medicinske sestre. No, već prvi dani nove godine obilježeni su zbivanjima koja nismo željeli, o kojima nismo razgovarali i koji nisu na korist medicinskih sestara niti korisnika zdravstvene zaštite. I o tome u ovom Uvodniku želim progovoriti naglašavajući neke probleme.

Medicinskim sestrama je u interesu pružanje najbolje zdravstvene njege, što znači na siguran način za nju i za pacijenta. Preduvjet za to je dobra edukacija, usvajanje novih znanja, uz utvrđivanje postojećih znanja. U tom smislu cilj trajnog usavršavanja ne može biti sakupljanje bodova kako bi medicinska sestra mogla produžiti Odobrenje za samostalan rad, već razvijanje svijesti o potrebi kontinuiranog unapređenja znanja i poticanje želje za usvajanjem znanja. Znanje je svima neophodno radi stjecanja sigurnosti u donošenju odluka i provedbi postupaka, rada sukladno zahtjevima struke, argumentiranja učinjenog te sprečavanja drugih profesija na paušalno i nekompetentno ocjenjivanje rada medicinskih sestara. Rad medicinskih sestara mora biti vidljiv i prepoznat u sustavu vrednovanja. Nije moguće nagrađivati ako rad nije zabilježen u kvantitativnom i kvalitativnom smislu. Zbog toga Hrvatska komora medicinskih sestara kontinuirano upozorava i upućuje prijedloge državnoj administraciji, radi nužnosti priznavanja i novčanog vrednovanja visokog obrazovanja medicinskih sestara.

Rad medicinskih sestara ne smije biti vrednovan kroz izvršenje rada drugih djelatnika, niti medicinske sestre smiju biti te koje će popunjavati izvršenje plana drugih djelatnika. Jasna podjela

rada zahtijeva značajne organizacijske promjene i jasnu odgovornost za učinjeno. U mnogim sredinama još uvijek postoje zablude kako je nositelj djelatnosti odgovoran za rad cijelog tima. Mnogi primjeri iz prakse demantiraju tu zabluđu. U timskom radu svaki član tima je odgovoran za svoj djelokrug rada, odgovoran je za ono što je učinio ili nije učinio. Nema kolektivne odgovornosti niti apsolutne odgovornosti prvog čovjeka u timu. Značajan problem u razvoju zdravstvenog sustava je i u tome što percepcija o sestrinstvu pojedinih ljudi u izvršnoj vlasti i iz rukovodećih struktura datira iz 18. stoljeća. Tako, sustavno nepriznavanje potrebe visokog obrazovanja medicinskih sestara, mišljenje da sve medicinske sestre mogu raditi sve poslove, kako netko drugi može organizirati zdravstvenu njegu, kako je medicinskim sestrama potreban samo bazični tečaj, jer za njihov rad ionako odgovara netko drugi, samo je dio problema zbog kojih se cjelokupno pitanje sustava zdravstva ne rješava na bolji način. Promjena zastarjelih i uvriježenih načina razmišljanja je proces. Na žalost, najbrže se mijenja trenutkom nastanka neželjenog događaja.

Nije tajna da su zdravstvene njege u kući u nezavidnoj situaciji i da im je u postojećim uvjetima poslovanja otežano pružanje usluga zdravstvene njege u kući pacijenata. Veliki trud je uloženo u prikaz stanja u sestrinstvu Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje, dokazujući kako zdravstvena njega u kući pacijenta predstavlja isplativiji, ali ne manje kvalitetan način skrbi za pacijente, s realnim očekivanjem da će se prestati s politikom urušavanja zdravstvenih njega u kući. Do kraja ožujka o.g. trebaju biti potpisani novi ugovori, a temeljna pitanja nisu riješena, primjerice nisu priznate (predviđene za plaćanje) prvostupnice sestrinstva, koje jedine mogu planirati racionalnu zdravstvenu njegu te nisu riješena druga otvorena pitanja (postupci i cijene, vremenski i kadrovski normativi, novčano vrednovanje zaposlenih u ovoj djelatnosti i sl.). Isto tako, dugo upozoravamo na probleme u provođenju zdravstvene njege u ustanovama socijalne skrbi koji su izazvani prevelikim brojem dobro educiranih medicinskih sestara i njihovim statusom, uključujući i plaće, u toj djelatnosti.



Početak ove godine kada je Ministarstvo rada i mirovinskog sustava odredilo kvote za uvoz medicinskih sestara izazvalo je niz pitanja, primjerice, što to znači za sestrinstvo Republike Hrvatske te što to znači za korisnike zdravstvene zaštite, zašto smanjujemo broj polaznika i upis u medicinske škole u RH, a istovremeno utvrđujemo uvozne kvote za medicinske sestre. Problemi u zdravstvenoj njezi u kući pacijenata, socijalnoj skrbi i ostalim djelatnostima suočenima s nedostatkom broja medicinskih sestara neće biti riješeni administrativnim određivanjem uvoznih kvota.

Naime, svima mora biti jasno da nitko ne može pružiti zdravstvenu njegu ukoliko nema Odobrenje za samostalan rad. Zdravstvenu njegu samostalno ne smiju organizirati niti provoditi osobe koje nemaju obrazovanje koje proizlazi iz nacionalnih propisa, a koji su usklađeni s europskim Direktivama i istima određenim minimalnim uvjetima za profesiju sestrinstva. Medicinske sestre koje najčešće dolaze na rad u Republiku Hrvatsku iz susjednih zemalja (BIH, Srbija, Makedonija i ostalih trećih zemalja), ne udovoljavaju minimalnim kriterijima za profesiju medicinske sestre u EU, a time i u RH. Program njihovog obrazovanja u zemljama iz kojih dolaze ne sadrži potrebnu satnicu, niti potrebnu stručnu praktičnu i teorijsku izobrazbu iz strukovnih predmeta koju imaju medicinske sestre RH i drugih članica EU. Dakle, bez postupka priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija i bez Odobrenja za samostalan rad koje izdaje HKMS, ti radnici ne smiju u RH samostalno obavljati djelatnost zdravstvene njege niti na jednoj razini gdje medicinske sestre pružaju usluge zdravstvene njege i skrbe o pacijentima, što znači – utječu na javno zdravlje. U HKMS smo zaprimili određeni broj zahtjeva za priznavanje srednjoškolskih inozemnih stručnih kvalifikacija radi čega je Ministarstvo znanosti i obrazovanja odredilo medicinske škole koje provode mjeru kompetentnosti za medicinske sestre iz trećih zemalja. U ovom trenutku jedan broj medicinskih sestara koje su podnijele zahtjeve završilo je dodatnu mjeru te im je Komora izdala Odobrenje za samostalan rad. To je ispravan put. Poštuju se zakonski propisi, a medicinske sestre usvajaju nedostatna znanja. Te medicinske sestre mogu nesmetano pristupiti tržištu rada, a poslodavac i korisnik skrbi je siguran da ima kompetentnu medicinsku sestru.



Svaki pacijent ima pravo znati koje kompetencije ima medicinska sestra koja skrbi o njemu i ima pravo tražiti dokaz o tome. Dokaz nije svjedodžba neke obrazovne ustanove. Dokaz je Odobrenje za samostalan rad izdan od regulatornog tijela države. Pacijenti imaju pravo znati tko i s kakvim znanjima skrbi o njima i što mogu očekivati od pojedinih radnika u zdravstvenom sustavu.

HKMS ukazuje na probleme. Predlažemo moguća rješenja. HKMS nije zgrada u Maksimirskoj 111, niti činovnici koji rade u prostorima HKMS-a. HKMS su sve medicinske sestre RH i prijedlozi koje šaljemo nadležnim institucijama po pojedinim područjima rezultat su djelovanja tih medicinskih sestara. Zadržavanje prijedloga mjesecima u nečijim ladicama, bez odgovora, ne ulijeva povjerenje u prepoznavanje sestrinske profesije kao značajnog čimbenika u sustavu zdravstva s utjecajem na javno zdravlje i postavlja se pitanje dolaze li ti prijedlozi uopće do čelnih osoba u zdravstvenom sustavu?

Srdačan pozdrav,  
PREDSJEDNICA HKMS-a  
Slava Šepec, diplomirana medicinska sestra

## ISTRAŽIVANJE HKMS-A:

# „ZADOVOLJSTVO ČLANOVA KOMOROM“

### 40% ČLANICA SE REDOVITO OBRAČA KOMORI S PITANJEM ILI PROBLEMOM

Čak 40 posto anketiranih medicinskih sestara se redovito ili povremeno obraća Komori s nekim pitanjem ili problemom. Dvije trećine onih koji se obraćaju Komori čine to e-mailom ili telefonom (66%), a upiti se obično odnose na licence, novčanu pomoć, usavršavanje, radna prava i nasilje.

Rezultati su to istraživanja „Zadovoljstvo članova Hrvatskom komorom medicinskih sestara“ koje je Komora provela u listopadu ove godine, a u kojem su sudjelovale 1.672 članice Komore. Prošle su dvije godine od kad je sadašnje vodstvo preuzelo odgovornost za vođenje HKMS-a, stoga je istraživanje obuhvatilo pitanja o različitim područjima rada i aktivnostima Komore.

„Hrvatska komora medicinskih sestara je organizacija koja snažno zastupa interese medicinskih sestara i skrbi o svojim članicama. Izuzetno su nam važna mišljenja i stavovi sestara o Komori, stoga smo kroz ovo istraživanje dobili odgovore i sugestije članica. Mišljenja smo da mjesta za promjene i napredak uvijek ima, zato ćemo zasigurno iskoristiti dobivene rezultate istraživanja kako bi zajedno učinili Komoru još jačom članstvu dostupnijom i stabilnijom.“, ističe predsjednica Komore Slava Šepec, diplomirana medicinska sestra.

### OCJENA DOBAR ZA KOMUNIKACIJU S DJELATNICIMA KOMORE

43 posto članica ocijenilo je komunikaciju s djelatnicima Komore odličnom ili vrlo dobrom ocjenom, pri čemu je 23 posto anketiranih dalo ocjenu odličan. Prosječna ocjena komunikacije djelatnika Komore je dobar.

Medicinske sestre koje su se obratile Komori s upitom, lošije su ocijenile ažurnost i učinkovitost Komore u izvršavanju javnih ovlasti. U tom segmentu, HKMS je ocijenjen prosječnom ocjenom 3. Istraživanje je pokazalo da sestre očekuju od Komore transparentniji način rada, brže djelovanje, modernizaciju i još jače zastupanje interesa sestrištva kod Ministarstva zdravstva.

### MEDICINSKE SESTRE: ŽELIMO VEĆI BROJ MODULA E-UČENJA

Od različitih oblika trajnog usavršavanja, članice su najzadovoljnije e-učenjem i žele da Komora poveća broj takvih tečajeva. Njih 48 posto ocijenilo je e-učenje odličnom ili vrlo dobrom ocjenom, pri čemu je 32 posto anketiranih dalo ocjenu odličan. Stručni skupovi, tečajevi u organizaciji zdravstvenih ustanova, kao i predavanja koja se održavaju u zdravstvenim ustanovama, ocijenjeni su prosječnom ocjenom 3.

### WEB I PLAVI FOKUS

Da web stranica HKMS-a ima prostora za daljnji razvoj, potvrđuju rezultati istraživanja koji pokazuju da pola članica jednom ili više puta mjesečno posjećuje komorski web, dok 47 posto posjeti web nekoliko puta godišnje ili ga uopće ne posjećuje. 40 posto članica smatra da je web stranica Komore aktualna, dok pola medicinskih sestara koje posjećuju komorski web smatra da je opseg informacija na webu odličan ili vrlo dobar. Sadržaj informativnog glasila HKMS-a, Plavog fokusa, ocijenjen je prosječnom ocjenom 3,3, a vizualni koncept glasila sa 3,4.

### PODACI O ISTRAŽIVANJU

HKMS je anketu o zadovoljstvu članica u listopadu 2018. poslala mailom na 12.658 članica i članova koji su tada imali evidentiranu svoju e-mail adresu u Registru HKMS.

Na anketu su odgovorile 1.672 medicinske sestre. U uzorku je najviše prvostupnika/ca sestrištva (38%), zatim 35 posto sestara/tehničara općeg smjera, 11 posto sestara/tehničara opće njege, 11 posto magistri sestrištva, 4 posto diplomiranih medicinskih sestara/tehničara i 1 posto ostalih medicinskih sestara/tehničara. Najviše anketiranih zaposleno je u javnom bolničkom sustavu (50%), zatim u domovima zdravlja (14%), u privatnim zdravstvenim ustanovama (11%), u zavodima za hitnu medicinu (7%), u zdravstvenoj njezi u kući (4%), u ustanovama koje su u sustavu socijalne skrbi (4%) te u drugim zdravstvenim ustanovama (10%).

# SLUŽBA ZA PRODUŽENO LIJEČENJE I PALIJATIVNU SKRB NOVI MAROF 1926. – 2019.



Nastanak i razvoj grada Novog Marofa, a i same bolničke djelatnosti usko je vezan uz vlastelinsku obitelj Erdody koji su početkom 18. stoljeća bili zadnji vlasnici utvrde Greben na ogranku Ivanščice. Kada je nakon potresa 1710. godine u požaru izgorjelo krovništvo utvrde, vlasnici su u dolini rijeke Bednje izgradili novi majur - marof. Kao graditelj dvorca i osnivač Novog Marofa spominje se grof Ljudevit Erdödy. Od 1776. do 1923. godine dvorac je bio u vlasništvu obitelji Erdödy. Gradnjom škola i crkava, potomci grofova iz ove obitelji pomagali su u širenju kulture i prosvjete. Počeci bolničke ali i palijativne skrbi na prostorima varaždinske županije mogu se povezati sa humanitarnim radom grofice Luise Erdody koja je 1890. godine osnovala prvu privatnu bolnicu na imanju u Moždencu kraj Novog Marofa za besplatno liječenje siromašnih i teško bolesnih. Imala je sve uvjete da djeluje kao prava suvremena bolnica i raspolagala je sa dvadesetak kreveta od čega je pet bilo namijenjeno djeci. U bolnici je ordinirao vlastelinski liječnik uz pomoć časnih sestara iz Zagreba, a kasnije sestara milosrdnica Sv. Križa iz Đakova te same grofice. Bolesnicima koji se nisu

mogli liječiti u bolnici zbog pomanjkanja mjesta, grofica Luisa Erdody je besplatno slala lijekove kući. Za sva ta dobročinstva odlikovao ju je 1902. godine car Franjo Josip I, Jelisavinim redom I. stupnja. Bolnica je postojala sve do 1923. godine kada su grofovi napustili Novi Marof.

Na zidu bolnice stajala je mramorna ploča koja danas stoji na ulazu u atrij dvorca, a na njoj piše **“EX COGNITIONE SALUS MDCCCLXXXX“- u saznanju spas 1890.**

1925. godine otvoreno je na lokaciji dvorca u Novom Marofu “Zemaljsko lječilište za slabunjavu djecu” koje je djelovalo samo nekoliko mjeseci.

10.12.1926. godine odlukom tadašnjeg načelnika kabineta Ministarstva zdravlja dr. Andrije Štampara u dvorcu je otvoren sanatorij za plućne bolesnike pod nazivom “Državno lječilište za tuberkulozne bolesnike”. Uz dvorac se nalazilo nekoliko gospodarskih zgrada, vrtovi i perivoj. Perivoj je oblikovan potkraj 18. stoljeća od postojeće šume hrasta kitnjaka i običnog graba. Upravo su perivoj i povoljni klimatski uvjeti doveli do osnivanja Državnog lječilišta za plućne bolesti.



U početku je u dvorcu bilo smješteno 40 bolesničkih kreveta, a 1927. godine smješteno je još 20 kreveta u dvorišnoj zgradi. Bolesnici su većinom bile mlađe osobe u vrlo teškom stanju.

Formalnog obrazovanja medicinskih sestara u to doba nije postojalo te su njegu bolesnika provodile obične seoske djevojke, koje je trebalo educirati.

1928. godine izgrađen je novi zidano-drveni objekt za smještaj i liječenje bolesnika, tzv. "Deckerova baraka" u kojem je bilo smješteno još 70 kreveta.

U sklopu Lječilišta nalazio se laboratorij i ljekarna, a krajem 1928. godine nabavljen je prvi RTG-aparat, što je uveliko poboljšalo dijagnostiku bolesti i ishode liječenja. 1931. godine izgrađen je vlastiti vodovod. Za razonodu bolesnika 1937. godine, otvoreno je kino dva puta tjedno. Kino se nalazilo u bolničkom krugu. Bez obzira na sve poteškoće i probleme Lječilište je postizalo dobre rezultate te su pacijenti dolazili iz područja cijele tadašnje države.

Dovršetkom izgradnje tri nova paviljona (ženski –1947. g., muški – 1952. g. i mali paviljon–1957. g.) kapacitet se proširuje na oko 420 kreveta, nabavlja se suvremena medicinska oprema, otvaraju se laboratoriji, održavaju se stručni sastanci, simpoziji, kongresi.

Već je i ranije bilo poznato da se u Lječilištu postižu dobri rezultati u liječenju tuberkuloze te se uz dotadašnji konzervativni način liječenja uvodi primjena kirurške terapije u liječenje tuberkuloze. Potrebno je napomenuti da je bolnica u Novom Marofu bila jedna od malobrojnih u državi gdje su se obavljale takve vrste operativnih zahvata. Za operacije je određena posebna operacijaka dvorana, a sa načinom izvođenja operacija bili su upoznati i u njima aktivno sudjelovali svi tadašnji liječnici u bolnici.

S vremenom se mijenjala struktura, naročito medicinskog osoblja, a broj zaposlenih se postepeno povećavao. 1965. godine bolnica je imala 200 zaposlenih, a 1986. godine 285.

Broj kreveta se postepeno smanjivao na 360. 1965. godine najviše pacijenata liječenih u Bolnici bilo je iz Varaždinske regije, za njome su slijedile Zelina i Zlatar.

1958. godine obnavlja se Dvorišna zgrada koja je izgrađena 1776. godine kada i dvorac.

1967. godine izgrađena je zgrada koja je 1977. godine prenamijenjena u novu kuhinju

1989. – 1990. godine gradi se nova praonica rublja s ložionom.

1979. godine izgrađena je kisik stanica.

1990. godine dograđuje se i uređuje mrtvačnica.

1991. godine nadbiskup zagrebački kardinal Franjo Kuharić otvorio je i posvetio novu kapelicu u prizemlju dvorca u kojoj je nastavljen rad dotadašnje kućne kapelice.

1999. godine otvoren je bolnički odjel za zbrinjavanje i liječenje osoba starije životne dobi uz osobno plaćanje.

2001. godine u parku, pored zgrade dvorca, postavlja se pil Blažene Djevice Marije – Gospe od zdravlja.

2002. godine otvara se Odjel za hemodijalizu.

2004. godine gradi se nova porta i parkiralište na južnom ulazu u Bolnicu.

Prostorni smještaj Bolnice je gotovo idealan, nalazi se na glavnoj prometnici Zagreb-Varaždin, 60–tak kilometara od Zagreba i 20–tak kilometara od Varaždina.

Zadnjih desetak godina najviše pacijenata dolazi s područja Varaždinske županije (oko 40%), a zatim s područja Grada Zagreba i Zagrebačke županije (oko 35%).

## ULOGA BOLNICE NOVI MAROF U DOMOVINSKOM RATU

U Specijalnu bolnicu za kronične bolesti Novi Marof dolaze prognanici iz evakuiranog dijela petrinjske plućne bolnice, osječke i derventske bolnice. Bilo je bolesnika iz okolice Slunja, Gline, Pakraca i Lipika, a nakon pada grada i iz Vukovara. Prva skupina prognanika stigla je 1991. Iz Evakuirane plućne bolnice u Petrinji. Za vrijeme domovinskog rata na raspolaganje se stavlja sanitetski vozni park Bolnice, a liječnici i medicinski tehničari bili su sudionici Domovinskog rata na područjima Pakraca, Lipika, Siska i Dubrovnika.

## BOLNIČKI PARK- AMBIJENT KOJI POMAŽE U LIJEČENJU

Park koji okružuje Bolnicu ukras je grada, izvor svježeg zraka i šetalište za pacijente i mještane. Površina parka je 13,7 hektara. Od 1962. godine pod zaštitom je Državnog zavoda za zaštitu prirode. U parku ispred glavnog ulaza u dvorac postavljen je originalni antički kip rimske božice Minerve – zaštitnice zdravlja. Sredinom 2001. godine započeli su zaštitni radovi na sanaciji i obnovi parka. 2005. godine u zaštićenom perivoju izvršen je kompletan geodetski snimak postojećeg stanja drveća i ukrasnog grmlja, te je zajedno s Javnom ustanovom za upravljanje zaštićenim dijelovima prirode Varaždinske županije izrađen Projekt zaštite perivoja, gdje se napravila kompletna inventarizacija s popisima drveća i prijedlog mjera za očuvanje povijesnog perivoja. Takvim pristupom otvara nam se mogućnost da sredstva za obnovu perivoja dobijemo od pretprijetnih fondova Europske unije. U bolničkom parku unazad nekoliko godina redovito se organizira izložba cvijeća sa šetnjom parkom uz stručno vodstvo prof. biologije.

- Odlukom Vlade Republike hrvatske od 18. prosinca 2013. godine Specijalna bolnica za kronične bolesti Novi Marof pripojena je Općoj bolnici Varaždin. Sva prava i obveze preuzima Opća bolnica Varaždin kao njezin pravni slijednik, s danom 1. siječnja 2014. godine. Prema organizacijskoj i funkcionalnoj shemi opće bolnice Varaždin, Specijalna bolnica za kronične bolesti Novi Marof postaje jedna od službi Opće bolnice Varaždin i to kao Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof. Služba za produženo liječenje i palijativu Novi Marof obavlja zdravstvenu djelatnost sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti:

- ✓ specijalističko-konzilijarnu zaštitu,
- ✓ bolničku zdravstvenu djelatnost i
- ✓ djelatnost pružanja stacionarnog smještaja korisnika s osobnim plaćanjem

Polikliničko-konzilijarna zdravstvena zaštita organizira se kao jedinica pružanja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite, dijagnostike i medicinske rehabilitacije bez prirodnog ljekovitog izvora.

Bolnica u okviru specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite obavlja slijedeće djelatnosti:

- ✓ INTERNISTIČKA DJELATNOST:
  - Internistička ambulanta - pregled
  - Gastroenterološka ambulanta - pregled
  - Ambulanta za EKG
  - Internistički UZV (abdomen)

- ✓ KARDIOLOŠKA DJELATNOST:
  - Kardiološka ambulanta
  - Ambulanta za neinvazivnu kardiološku dijagnostiku:
  - Ergometrija
  - Holter EKG i Holter RR
  - EKG
  - ECHO srca
- ✓ ENDOSKOPIJA S UZIMANJEM MATERIJALA ZA PHD:
  - Ezofagogastroduodenoskopija
  - Kolonoskopija
- ✓ PULMOLOŠKA DJELATNOST:
  - Pulmološka ambulanta
  - Laboratorij za ispitivanje funkcije disanja:
  - Spirometrija, krivulja protok / volumena, tjelesna pletizmografija, bronhodilatatorski testovi, ABS, PAAK
- ✓ ALERGOLOŠKA AMBULANTA:
  - Kožna testiranja
  - Hiposenzibilizacija
- ✓ NEUROLOŠKA DJELATNOST:
  - Neurološka ambulanta
  - EMNG
  - EEG





- ✓ PSIHOLOŠKA AMBULANTA
  - ✓ RADIOLOŠKO - ULTRAZVUČNA DJELATNOST:
  - ✓ RADIOGRAFIJA
    - snimanje kostiju u dvije projekcije
    - slojevite snimke sustava za kretanje
    - specijalne snimke i funkcionalne snimke kostiju
    - snimanje prsnih organa u jednom i dva smjera
    - telerentgensko snimanje srca u dva smjera
    - nativna snimka bubrega i mokraćnog mjehura
  - ✓ FLUOROSKOPIJE
    - fluoroskopija prsnih organa
    - fluoroskopija ili snimanje abdomena na prazno
    - slikanje prsnih organa sa fluoroskopijom
    - fluoroskopija jednjaka sa ciljanim snimkama
    - fluoroskopija želuca i dvanaesterca s ciljanim snimkama
    - pasaža crijeva - fluoroskopija i snimanje
  - ✓ TOMOGRAFIJA
    - dubinsko snimanje u slojevima
  - ✓ ULTRAZVUK
    - UZV abdomena
    - UZV dojke
    - UZV štitnjače
    - UZV ramena
    - UZV koljena
    - UZV aksila i supraklavikularnih regija
    - UZV prepona
    - Color doppler vratnih krvnih žila
    - Color doppler arterija i vena gornjih i donjih udova
    - Color doppler jetre i splenoportalne osovine
    - Color doppler aorte i visceralnih krvnih žila
    - Color doppler renalnih krvnih žila i bubrega
    - UZV i Color doppler testisa
  - ✓ HEMATOLOŠKO - BIOKEMIJSKA DJELATNOST
    - Hematološke pretrage, CRP, koagulacija
    - Biokemijske pretrage
  - ✓ AMBULANTA FIZIKALNE MEDICINE I REHABILITACIJE
    - Ultrazvuk terapija
    - Magnetoterapija
    - Infra crvena terapijska lampa
    - Elektroterapija
    - Dynatron
    - Interferentne struje
    - Elektrostimulacija
    - Tens
    - Medicinska masaža
    - Kineziterapija (individualne vježbe, grupne vježbe, suspenzije)
    - Parafin (rukavice, oblozi)
    - Hidroterapija
  - ✓ BOLNIČKA DJELATNOST obavlja se na četiri bolesnička odjela i to:
    - Odjel palijative
    - Odjel 1
    - Odjel 2
    - Odjel 3
- BOLNICA U OKVIRU JEDINICE BOLNIČKE DJELATNOSTI OBAVLJA SLIJEDEĆE ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI:**
- djelatnost kroničnih internističkih i plućnih bolesti,
  - djelatnost kroničnih neuroloških bolesti,
  - djelatnost ostalih bolesti starije dobi i druge nespomenute kronične bolesti,
  - djelatnost hemodijalize,
  - djelatnost palijativne skrbi,
  - djelatnost opskrbe lijekovima
- IZGRADNJA ODJELA PALIJATIVNE SKRBI I OPREMANJE SLUŽBE ZA PRODUŽENO LIJEČENJE I PALIJATIVNU SKRIB KROZ ISKORIŠTAVANJE SREDSTAVA EUROPSKE UNIJE IZ EUROPSKOG FONDA ZA REGIONALNI RAZVOJ, IZ OPERATIVNOG PROGRAMA "KONKURENTNOST I KOHEZIJA 2014. – 2020.**
- Opća bolnica Varaždin kroz Službu za produženo liječenje i palijativnu skrb obavlja bolničku djelatnost dugotrajnog liječenja i palijativne skrbi te specijalističko konzilijarnu zdravstvenu zaštitu sa specijalističkom dijagnostikom u 4 zasebna objekta. Kako bi se funkcionalno povezali postojeći kapaciteti i osigurali novi (u skladu sa Nacionalnim

planom 2015.-2016. i Mrežom bolničke djelatnosti) krenulo se u izgradnju novog spojnog objekta na slobodnom prostoru između Odjela II i Odjela III sa servisnom internom prometnicom te se završava i nabavlja nova medicinska i laboratorijska oprema. S obzirom da su postojeći smještajni kapaciteti, dotrajali i energetske neučinkoviti, nužno je, kako bi se racionalizirala potrošnja energije, provesti mjere podizanja energetske učinkovitosti što je također dio ovog projekta.

Realizacijom Projekta "Izgradnjom spojnog objekta između Odjela II i Odjela III sa servisnom internom prometnicom i opremanje Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof" Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof dobila je izgrađeni i opremljen i energetski učinkovit novi spojni objekt ukupne bruto površine 2.969,95 m<sup>2</sup>, 72 nova kreveta za palijativnu skrb, 1 trafostanicu, energetski obnovljen Odjela II i Odjel III, suvremeno opremljenu patologiju, bazen za fizikalnu terapiju, izgrađenu novu servisnu prometnicu,

Također je u sklopu projekta poboljšanja isplativosti i pristupa bolničke skrbi za ranjive skupine u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof završena je i nabavljena slijedeća laboratorijska i medicinska oprema:

- ✓ RTG OPREMA:
  - Digitalni dijaskopski RTG uređaj
- ✓ LABORATORIJSKA OPREMA:
  - Biokemijski analizator, uređaj za demineralizaciju vode za biokemijske analizatore, elektrolitski analizator, koagulometar, hematološki brojač, mikroskop sa faznim kontrastom, aparat za automatiziranu analizu urina, aparat za sedimentaciju eritrocita, sušionik, roler, centrifuga, hemoslider-aparat za pravljenje krvnog razmaza i aparat za sediment urina.
- ✓ OPREMA ZA SPIROMETRIJU:
  - Tjelesni pletizmograf, acidobazni radiometar.
- ✓ OPREMA ZA ENDOSKOPIJU:
  - Aparat za endoskopiju probavnog trakta - gastroskop-kolonoskop, stroj za pranje i dezinfekciju endoskopa.
- ✓ OPREMA ZA INTERNISTIČKU I KARDIOLOŠKU AMBULANTU:
  - UZV aparat sa sondama i radnom stanicom za uzv pregled srca i drugih organa

Aparatura svojim karakteristikama i mogućnostima korištenja osigurava kvalitetu brzinu i dostupnost u dijagnostici, očeđivanju težine bolesti te praćenju

terapijskog odgovora. Također olakšava liječniku kliničaru pri donošenju odluka u liječenju i bržoj skrbi za pacijenta.

Realizacija Projekta također donjela je uštedu energenata, smanjenje troškova tekućeg i investicionog održavanja, omogućava zapošljavanja zdravstvenih kadrova potrebnih profila, povećanje smještajnih kapaciteta i funkcionalnih sadržaja koji Bolnici nedostaju, omogućava pristup osobama s invaliditetom i smanjene pokretljivosti, a to su elementi koji će čine novi odjel palijativne skrbi primjerom dobre prakse drugim bolnicama u regiji gdje će stjecati praktična iskustava medicinskog i nemedicinskog osoblja iz područja palijative.

Ugovor o izvođenju javnih radova na izgradnji spojnog objekta između odjela 2 i odjela 3 sa servisnom internom prometnicom i opremanje Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof potpisan je 07.09.2017. godine između investitora Opće bolnice Varaždin i izvođača Kamgrad d.o.o. Zagreb. Objekat je svečano otvoren 07.09.2018. godine.

Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb dobiva 89 palijativnih kreveta ugovorenih sa Ministarstvom zdravstva Republike Hrvatske i Zavodom za zdravstveno osiguranje te postaje najveći palijativni centar u Republici Hrvatskoj.

Izgradnja spojnog objekta između Odjela II i III sa servisnom internom prometnicom i opremanje Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof financirala se bespovratnim sredstvima iz Europskog fonda za regionalni razvoj kroz operativni program „Konkurentnost i kohezija 2014-2020.“ Opći cilj projekta je pridonijeti unapređenju kvalitete sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj. Specifični cilj projekta je povećati kapacitete bolnice u djelatnosti palijativne skrbi te unapređenjem stručnih znanja i vještina zaposlenika podići razinu kvalitete usluga u području palijativne skrbi.



Novi odjel palijativne skrbi



*Trajna informacijska ploča*

Prema Mreži javne zdravstvene službe broj palijativnih postelja za varaždinsku županiju povećao se izgradnjom i otvorenjem spojnog objekta u 9. mj. 2018. god. na 89.

Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof ima dugogodišnje iskustvo u liječenju teških bolesnika. Nastavlja stalno medicinsko usavršavanje iz palijativne skrbi te ima iskusan i educiran tim djelatnika koji su završili postdiplomski tečaj 1. kategorije iz Osnova palijativne medicine na CEPAMET-u ( do sada 50 polaznika ). U palijativnom bolničkom timu trenutno rade: 58 medicinskih sestara i tehničara, 2 kardiologa, 1 spec. internista, socijalni radnik, psiholog, ljekarnik, fizioterapeuti, pomoćno osoblje, duhovnik, psihijatar uz mogućnost konzultacija i suradnju sa drugim specijalistima na lokaciji Varaždin i Klenovnik.

Planom i programom rada predviđeno je da će se ljudski resursi u kategoriji zdravstvenih djelatnika obnavljati, razvijati i popunjavati u skladu s predviđenim funkcionalnim i strukturalnim razvojem.

### ŠTO SMO POSTIGLI:

- ✓ Organizacijom prijema, otpusta i pristupom pacijentu i obitelji osigurava se kvalitetna skrb za najteže pacijente
- ✓ U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb od početka smo pratili i primjenjivali preporuke Ministarstva zdravstva o implementaciji Strateškog plana za razvoj palijative u Republici Hrvatskoj
- ✓ Za razvoj palijativne skrbi i palijativnu medicinu u Republici Hrvatskoj dobili smo priznanje od CEPAMET-a " Primjer dobre prakse".



*1. Simpozij o palijativnoj skrbi*

- ✓ Veći broj zaposlenika su članovi i volonteri u Udruzi za palijativnu pomoć "Srce" i svojim aktivnostima i angažmanom doprinose promicanju ideje palijative u javnosti, senzibilizaciji lokalne zajednice od djece do umirovljenika. Udruga djeluje u sklopu bolnice i svojim sadržajima upotpunjava i obogaćuje boravak i liječenje bolesnika. U udruzi djeluju i 21 volonter.
- ✓ Organizirali smo radionice i sudjelovali u edukaciji izvanbolničkog osoblja – iz Domova za stare i nemoćne, udomiteljstva, soc. radnika.
- ✓ Organizirali smo 1. Simpozij o palijativnoj skrbi " 5 godina iskustva u palijativnoj skrbi Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof Opće bolnice Varaždin" 27.10.2017. godine u Novom Marofu. Simpozij je obilježila iznimna posjećenost od preko 350 sudionika iz cijele Republike Hrvatske.
- ✓ Tijekom 2. mj. 2018. održani su sastanci sa ciljem suradnje sa Domovima zdravlja, liječnicima obiteljske medicine, Klinikama u Zagrebu.
- ✓ U 2. mj. 2018. održali smo prezentaciju i predstavili rad Odjela palijative na Ministarstvu zdravstva.
- ✓ U 4. mj. 2018. kao pozvani predavači na stručnom sastanku Klinike za psihološku medicinu KBC Zagreb, predstavili smo našu Službu.
- ✓ Naši djelatnici aktivno sudjeluju na brojnim međunarodnim i domaćim konferencijama, simpozijima, tribinama i predavanjima iz područja palijativne skrbi i kroničnih potreba pacijenata.



- ✓ Iskustvo u skrbi za palijativnog bolesnika koje posjeduju medicinski djelatnici u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof prepoznato je u cijeloj Republici Hrvatskoj te su traženi predavači na svim edukativnim događanjima.

#### CILJEVI:

- ✓ izvrsnost i kvaliteta u radu
- ✓ dobra komunikacija i suradnja sa svim pružateljima usluge palijativne skrbi
- ✓ podijeliti iskustva i stečena znanja kroz radionice, održavanje edukacija
- ✓ suradnja sa nastavnom razinom
- ✓ daljnja edukacija djelatnika
- ✓ edukativni materijali
- ✓ uključivanje volontera
- ✓ praćenje protokola i smjernica u palijativnoj skrbi
- ✓ povećati ljudske resurse
- ✓ postići standard najbolje prakse

#### POZIV KOJI ŽIVOT ZNAČI - SESTRINSTVO U BOLNICI NOVI MAROF

Stoljećima je djelatnost njegovanja bolesnih i nemoćnih, te brige za siromašne i napuštene bila pobuda pojedinaca koji su željeli pomagati. Danas medicinska sestra njeguje i pomaže bolesnima, ali brine i za zaštitu zdravih.

Kod otvaranja bolnice (1926.) nije bilo školovanih medicinskih sestara već su bolesnike njegovale

priučene spretnije seoske djevojke i časne sestre. Za to zahtjevno zanimanje teško su se nalazili zainteresirani jer je vladao sveprisutni strah od zaraze. Bolnica je naime zbrinjavala oboljele od tuberkuloze i u to vrijeme se tu bolest, između ostalog, smatralo sramotnom. Zdravstvenu njegu bolesnika u novomarofskoj bolnici obavljale su sestre različitog stupnja obrazovanja, ovisno o vremenu u kojem su djelovale.

Godine 1950. Zapošljavaju se prve medicinske sestre sa završenim četverogodišnjim obrazovanjem. Od osnutka naše bolnice pa sve do danas opseg rada medicinske sestre/tehničara često bi prelazio okvire profesionalne djelatnosti, a zahtjevnost posla zahtjeva neprekidnu edukaciju. Trenutno u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb rade 133 medicinske sestre. Od toga jedan magistar sestrinstva, jedna diplomirana medicinska sestra, 17 prvostupnica sestrinstva i 114 srednjih medicinskih sestara. Služba ima ugovorenih 89 palijativnih kreveta, 202 kreveta za produženo liječenje, polikliničku djelatnost i djelatnost hemodijalize na kojima su sukladno potrebama raspoređene medicinske sestre. Medicinske sestre se kontinuirano educiraju i usavršavaju. Veći dio prvostupnica sestrinstva su i mentori na vježbovnoj nastavi studenata sestrinstva Sveučilišta sjever. Medicinske sestre aktivno sudjeluju na nizu simpozija i kongresa diljem Hrvatske posebice iz područja palijative i tema vezanih uz kronična oboljenja što dokazuje da pratimo aktualne trendove u sestrinstvu, a i voljni smo prenositi svoja znanja i iskustva.

Glavna sestra Opće bolnice Varaždin je Anica Sekovanić dipl.med.techn. dok je glavni tehničar Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb Ivan Tuk mag.med.techn.



Medicinske sestre i tehničari Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb sa glavnim tehničarom Službe

PRIPREMILA: Doc. dr. sc. Sonja Kalauz, prof.

# NEŽELJENI DOGAĐAJI U ZDRAVSTVENOJ NJEZI – UPRAVLJANJE RIZICIMA



Posljednjih mjeseci svjedoci smo različitih neželjenih događanja u zdravstvenim radnim organizacijama, o čemu nas mediji iscrpno obavještavaju, ponekad vrlo detaljno i objektivno, a ponekad napisima na rubu senzacionalizma. Događa li se nešto što se prije nije događalo, jeli u pitanju neodgovornost, nesposobnost, loši radni uvjeti, nepoznavanje granica svojih vlastitih kompetencija, pogodovanje interesnim skupinama u postavljanju vertikale obrazovanja, hiperprodukcija na brzinu (loše) školovanog kadra, utjecaj poremećenog sustava vrijednosti u društvu ili je u pitanju nešto treće. Čini se – sve zajedno.

Došlo je vrijeme kada je rad svih nas postao vrlo vidljiv, transparentan, kada se može mjeriti učinkovitost svakog pojedinca kao i ishodi liječenja i zdravstvene njege bolesnika. U novinama i na televiziji najčešće se spominju imena samo onih zdravstvenih djelatnika koji su učinili grešku u radu, s većim ili manjim posljedicama po zdravlje bolesnika, no rijetko se ulazi u detaljnu analizu svih mogućih uzroka koji se kriju na višim razinama zapovjednog lanca u radnoj organizaciji, pa i drugim dijelovima zdravstvenog sustava. Činjenice da nedostaje dovoljan broj medicinskih sestara u odnosu na potrebe bolesnika, da nedostaje jasna sistematizacija radnih mjesta napravljena prema potrebama bolesnika i složenosti poslova, da se ne mjeri učinkovitost i radna opterećenost, da je školovanje medicinskih sestara kaotično i najčešće nema veze sa stvarnim potrebama na radilištima, da je ukinut pripravnički staž tijekom kojeg bi se medicinske sestre novakinje uvele u posao – pozivaju na uzbunu!!! Zdravstveni sustav je ušao u kritično CRVENO (već jako dugo vozi na rezervi!!!) i samo su neke druge, moguće nadnaravne sile, utjecale da se još nije dogodila katastrofa velikih razmjera. Ali, pitanje je dana, sata i minute kada će se to dogoditi - ako se ovako nastavi.

Često na seminarima sa svojim studentima razgovaram o kritičnim točkama u procesu zdravstvene njege, neki od njih duboko su svjesni svega lošega što se dešava na radilištima (svjesni su opasnosti!), dobro i zdravo analitički promišljaju, daju konkretne i dobre prijedloge – ali na moje pitanje „zašto o tome ne razgovarate sa svojim pretpostavljenima?“, gotovo uvijek dobivam iste odgovore: strah nas je posljedica, svaki prijedlog za poboljšanje organizacije nailazi na otpor pretpostavljenih, šutnja je zlato,.... ako nešto kažeš, postaješ problem koji treba riješiti ušutkavanjem, a ako tako ne ide, onda primjene i druge „sankcije“!

Dakle, velika većina medicinskih sestara se štiti – šutnjom. Istina, mnogi ljudi to čine svakodnevno, pa čak i onda kada je nepravda kojoj su izloženi krajnje očigledna. Nedostaje im snage, hrabrosti ili energije da se tome suprotstave, nastavljaju podržavati obrazac šutnje, a nezadovoljstvo potiskuju u sebi. Kod takvih osoba koje o svojim ili zajedničkim problemima ne govore nego ih skrivaju ili ih „stavljaju pod tepih“, takvo će stanje jednog dana kulminirati, eksplodirati ili implodirati, a pitanje je kakve će biti posljedice i po koga. Stoga, prije nego donesu odluku da je „šutnja zlato“, medicinske sestre bi trebale dobro razmisliti jeli baš uvijek bolje šutjeti ili ipak treba pronaći snage da kažu ono što je važno za sigurnost bolesnika, a samim tim posljedično i za njihovu sigurnost.

S mogućnošću pogreške u procesu rada svakodnevno se susreću svi zdravstveni djelatnici bez obzira na to koji posao obavljaju i koje mjesto u strukturi radne organizacije zauzimaju. Čak i kod obavljanja rutinskih, svakodnevnih i dobro poznatih radnji i procedura mogu se javiti rizične situacije koje mogu rezultirati greškom. Rizične situacije su stanja u kojim se pojavljuje mogućnost odstupanja od planiranih i poželjnih ishoda, odnosno vjerojatnost

ili mogućnost da se dogodi nešto opasno, nešto što može dovesti do materijalnih gubitaka, narušavanja zdravlja, pogoršavanja bolesti, smrti ili nekih drugih neželjenih posljedica.

*Proces upravljanja rizicima* sastavnica je *procesa upravljanja kvalitetom*, što uključuje poduzimanje svih radnji (aktivnosti) kojima je svrha prepoznavanje, smanjivanje ili potpuno uklanjanje svih mogućih čimbenika koji mogu izazvati neočekivane, neplanirane i nepoželjne posljedice.<sup>1</sup> Jednostavnije rečeno, upravljanje rizicima može se definirati kao cjelovit proces obuhvaćanja, mjerenja i nadziranja relevantnih i potencijalnih rizika te analize s njima u vezi potencijalnih gubitaka. Neželjene ili negativne posljedice u procesu zdravstvene njege (mogu nastati tijekom ili nakon provedenih aktivnosti ili intervencija) najčešće dovode do produljenja liječenja, oštećenja organizma bolesnika s prolaznom ili trajnom nesposobnošću te smrti. S obzirom na razine organizacijske strukture, pogreške ili propusti mogu se podijeliti na:

- ✓ *aktivne propuste ili pogreške* – koje nastaju na dnu radne piramide zdravstvenog sustava (liječnici, medicinske sestre ili drugi djelatnici u samom procesu rada, uz bolesnikov krevet), čije djelovanje može imati trenutačne posljedice.
- ✓ *latentne propuste ili pogreške* - koje vrlo često proizlaze iz loše donesenih odluka (neznanje, nedostatak iskustva, nesposobnost donošenja odluka, nedostatak informacija, nedostatak vremena, nedostatak materijalnih sredstava ili pomagala...), loše organizacije rada, loše komunikacije i drugih deficita u rukovodećim strukturama, na svim razinama u radnoj organizaciji.

Najčešće pogreške i propusti koji se događaju u procesu zdravstvene njege u zdravstvenim ustanovama jesu:

- ✓ pogrešna identifikacija bolesnika
- ✓ padovi bolesnika
- ✓ opekline
- ✓ pogreške vezane uz primjenu lijekova: primjena pogrešnog lijeka (pogrešnom bolesniku, pogrešna doza, pogrešno vrijeme, pogrešan put primjene), primjena dvaju ili više lijekova koji imaju nepovoljnu interakciju i sl.
- ✓ pogreške pri primjeni transfuzije krvi
- ✓ pogreške pri uporabi različitih tehničkih pomagala ili neispravnost uređaja i/ili opreme

<sup>1</sup> Upravljanje rizikom i upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi imaju zajednički krajnji cilj – njegovanje i promicanje kulture sigurnosti bolesnika, zaposlenika i zdravstvene radne organizacije (sigurnosti sustava podrške, materijalnih i financijskih resursa).

- ✓ pogreške u praćenju stanja bolesnika
- ✓ samoubojstva (pokušaji samoubojstva) bolesnika
- ✓ bolničke infekcije
- ✓ poslijeoperacijske infekcije rana
- ✓ dekubitus
- ✓ pogreške u vođenju sestrinske dokumentacije.

Jedna od ozbiljnih problema koji mogu dovesti do pogrešaka u procesu rada jest nepoznavanje granica vlastitih kompetencija, odnosno ovlasti. Završetkom određene razine formalnog obrazovanja, medicinska sestra treba znati što smije raditi, a što ne smije raditi, odnosno za što je odgovorna, a za što nije. Postoje podijeljene kompetencije u kojem je odgovornost zajednička – liječnika i medicinske sestre, no i takve kompetencije medicinska sestra mora poznavati.

Prilikom zapošljavanja svaka bi medicinska sestra trebala dobiti pisani obrazac u kojem bi bio naveden opis svih poslova vezanih za radno mjesto za koje je primljena. Opis poslova treba u skladu s kompetencijama, a kompetencije u skladu sa zahtjevima odnosno složenosti radnog mjesta. Ako je medicinska sestra primljena na radno mjesto sa složenosti poslova koji zahtijevaju upravo takvu razinu kvalificiranosti/obrazovanja, sve je u redu.

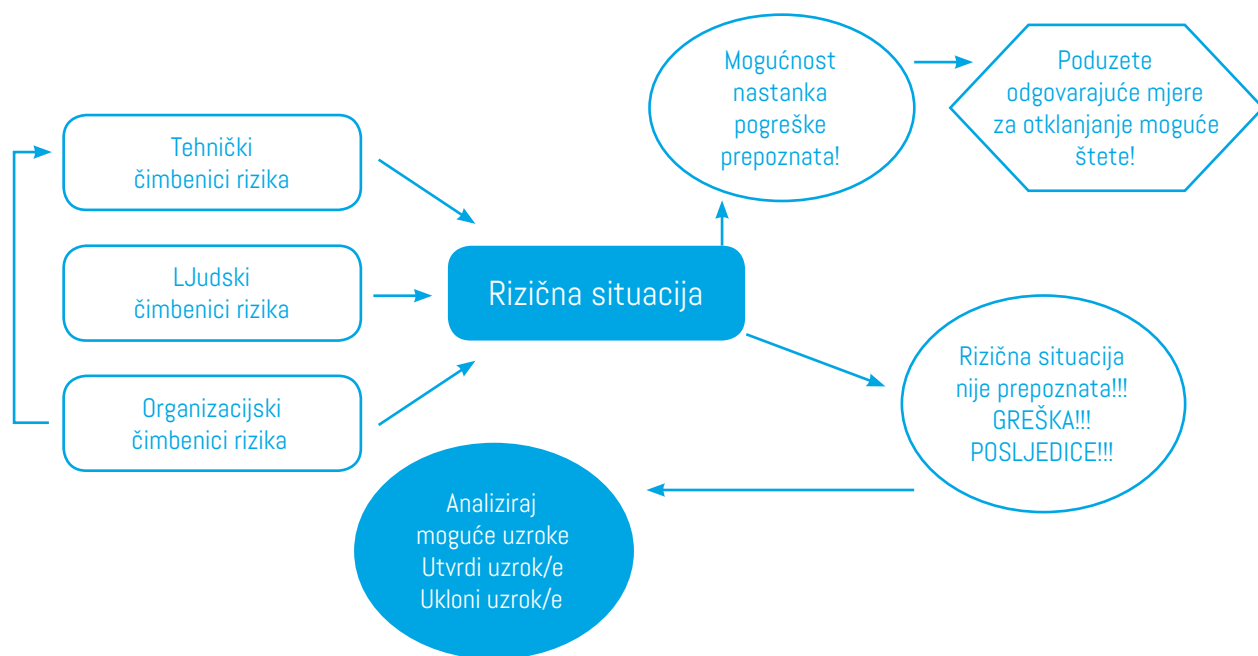
No, u našem zdravstvenom sustavu, u praksi, postoje određene devijacije.

Ako je medicinska sestra prvostupnica primljena na radno mjesto medicinske sestre složenosti poslova srednje stručne spreme, ona je dužna i odgovorna za obavljanje poslova iz djelokruga rada medicinske sestre SSS. I obrnuto. Ako je medicinska sestra prvostupnica, primljena na radno mjesto čija složenost poslova predviđa SSS, od nje se ne smije zahtijevati da obavlja poslove složenosti prvostupnika. Samim tim je usklađena i njezina odgovornost.

Poslodavac je dužan voditi računa da se pravi ljudi (kompetencije, iskustvo), u pravo vrijeme (kada je to potrebno), postave na prava mjesta (koja svojom složenosti zahtijevaju upravo za to kvalificirane osobe).

Dakako, postoji mogućnost delegiranja zadatka s više razine (rukovoditelji) prema nižim razinama djelatnika. Rukovoditelj mora znati koje zadatke smije i može delegirati te u kojim situacijama i kome. Također mora znati da u slučaju bilo kakvog incidenta kod obavljanja zadatka, odgovornost je njegova.





Slika1. Proces nastanka i sprečavanja ponavljanja pogreške

Istraživanje uzroka pogrešaka i neželjenih događaja u složenim visokorizičnim procesima kao što je pružanje ukupne zdravstvene skrbi važna je sastavnica unapređenja kulture sigurnosti u zdravstvenim ustanovama. Veliki broj istraživanja pokazao je da su pogreške ili neželjeni događaji posljedica višestruko propuštenih mogućnosti njihova otkrivanja i uklanjanja. To znači da su čimbenici koji su pogodovali ili uzrokovali pogrešku ili neželjeni događaj postojali mnogo prije, samo nisu bili prepoznati. Pogreške su dakle gotovo uvijek rezultat djelovanja više udruženih čimbenika rizika, tehničkih, ljudskih ili organizacijskih.

## ORGANIZACIJSKI ČIMBENICI RIZIKA

Proces zdravstvene njege zahtijeva brižno planiranje i dobru timsku komunikaciju. Budući da zdravstvena njega treba biti kontinuirani proces, potrebno je imati dovoljan broj medicinskih sestara, što se određuje kategorizacijom bolesnika, odnosno potrebama bolesnika za zdravstvenom njegom. Istraživanje objavljeno u časopisu *Lancet*, u članku *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study* dokazano je da je stopa smrtnosti bolesnika direktno povezana sa brojem medicinskih sestara i njihovom obrazovnom strukturom. Tako je primjerice utvrđeno da svako povećanje broja bolesnika – povećanje od *jednog bolesnika po jednoj medicinskoj sestri* na kirurškom odjelu povećava rizik od smrti bolesnika za 7 %

(računale su se smrti bolesnika koje su nastupile unutar trideset dana od prijema), a povećanje broja prvostupnika sestrinstva od 10 % smanjuje rizik za smrt za 7 %. Također je utvrđeno da se u bolnicama u kojima je u ukupnom broju medicinskih sestara zastupljenost medicinskih sestara-prvostupnika 60% i više, ili se jedna sestra brine za samo šest bolesnika (kirurški odjel) rizik od smrti bolesnika smanjuje za 30%, u odnosu na bolnice u kojima je zastupljenost medicinskih sestara-pristupnika oko 30 % ili je povećan broj bolesnika na jednu medicinsku sestru (više od osam bolesnika na jednu medicinsku sestru). Slična su istraživanja u Belgiji pokazala da je stopa smrtnosti bolesnika na kardiokirurškim odjelima značajno manja ako je zastupljenost medicinskih sestara-prvostupnica veća u odnosu na ukupan broj medicinskih sestara. Istraživanja obavljena u Švicarskoj su pokazala da su slabija obrazovna struktura medicinskih sestara i loši uvjeti rada u direktnoj vezi s povećanjem stope smrtnosti na bolničkim odjelima. Istraživanje obavljeno u Hrvatskoj za potrebe izrade diplomskog rada također je pokazalo da mali broj medicinskih sestara s obzirom na potrebe bolesnika za zdravstvenom njegom te njihova slaba obrazovna struktura dovodi do preopterećenosti, umora, depersonalizacije, demotivacije, a to često rezultira pogreškama u procesu rada.

Dobra organizacija rada i svih sustava podrške, primjena primjerenih modela rada, motiviranje i nagrađivanje zaposlenika, njegovanje kulture sigurnosti bolesnika znatno pridonose smanjivanju

ili potpunom uklanjaju rizičnih situacija. Valja imati na umu da se najveći broj pogrešaka ili propusta događa u visoko stresnim situacijama i u situacijama donošenja odluka u nesigurnim uvjetima. Prekovremeni rad također povećava rizik od pogreške, a što je rad duži, mogućnost se pogrešaka povećava. Medicinske sestre koje rade duže od osam sati čine veći broj pogrešaka, a ako rade duže od dvanaest sati, mogućnost činjenja pogreške za svaki sljedeći sat rada povećava se za tri puta.

Dakako, i pretjerano smanjivanje troškova, loše upravljanje svim resursima, neprimjerena politika upravljanja rizicima te manjkavo cjeloživotno osposobljavanje i obrazovanje osoblja zasigurno su ozbiljni čimbenici rizika i preduvjet su za pojavu neželjenih događaja. U provedenom istraživanju u jednoj kliničkoj bolnici u Zagrebu utvrđeni su vrlo važni čimbenici rizika koji mogu dovesti do padova bolesnika, a vezani za organizaciju rada i aktivnosti medicinskih sestara, primjerice:

- ✓ smjenski rad - najveći broj padova dešava se u noćnoj smjeni - 39,7%
- ✓ aktivnosti (prema navodima bolesnika) koje su prethodile padu – najčešće je to bilo ustajanje iz kreveta i eliminacijske potrebe
- ✓ način ograničavanja kretanja bolesnika - veliki postotak (31,9 – 37,5%) mjera za ograničavanje bolesnika jesu uporaba ogradica ili vezica
- ✓ neinformiranost ili neznanje medicinskih sestara - veliki broj medicinskih sestara smatra da nema potrebe za provođenjem mjera prevencije za sprečavanje novog pada bolesnika (istraživanje iz 2012. godine – 40,4%).

## TEHNIČKI ČIMBENICI RIZIKA

Pogreške vezane za opremu dijele se na: pogreške pri nabavi opreme, pogreške uzrokovane lošom funkcijom opreme, pogreške povezane s neznanjem korištenja opremom te pogreške u servisiranju opreme. Stoga se pri tehničkom opremanju zdravstvene ustanove treba voditi briga o kvaliteti opreme, isplativosti (mjerljiva ušteda), njezinoj učinkovitosti u primjeni te o mogućim izvještajima o do tada uzrokovanim incidentima. Uvođenje informacijske tehnologije i ostalih vrsta tehničke opreme u zdravstveni sustav uključuje usluge kliničkih inženjera. To ne znači da zdravstveno osoblje ne mora posjedovati osnovno znanje o medicinskoj tehnologiji, njezinim rizicima i opasnostima.

## LJUDSKI ČIMBENICI RIZIKA

Kad se danas govori o rizičnim situacijama ili čimbenicima rizika, onda se najčešće ističe čimbenik čovjeka. Ljudske su pogreške vrlo česte i vezuju se uz radno okruženje, organizaciju rada, način obavljanja posla te karakterne osobine zaposlenika. Istraživanja su pokazala da sigurnost bolesnika, broj učinjenih pogrešaka i broj pritužbi znatno ovisi o odnosu rukovodećeg osoblja prema kulturi sigurnosti. Međunarodno sestrinsko vijeće (ICN – *Inaternational Council of Nurses*) smatra da je „sigurnost bolesnika osnova kvalitetne zdravstvene i njegovateljske skrbi” i da su sve medicinske sestre odgovorne za sigurnost bolesnika pri obavljanju svih oblika zdravstvene njege. Pružanje kvalitetne, na dokazima zasnovane zdravstvene njege put je koji sestrinskoj profesiji može pomoći u suočavanju s budućim izazovima u unapređenju sigurnosti i kvalitete zdravstvene njege te u smanjivanju i izbjegavanju rizičnih situacija i neželjenih događaja. Upravljanje rizicima u zdravstvenoj njezi proces je stalnog smanjivanja ili potpunog uklanjanja mogućnosti upravljanja i odlučivanja u uvjetima nesigurnosti. Takav proces može biti kvalitetan samo ako su aktivnosti dobro organizirane i nadzirane, što znači da se treba napraviti realan i detaljan plan s jasnim ciljevima (SMART tehnika), da se proces rada/aktivnosti treba pratiti, da treba predviđati i sprečavati moguće krizne situacije, provoditi stalna i završna evaluacija te poduzimati korektivne radnje ako su potrebne

## PROCESNI KRUG UPRAVLJANJA RIZICIMA

Sustav upravljanja rizicima sastoji se od strukturnih elemenata koje ima svaki procesni sustav upravljanja kvalitetom, primjerice Demingov procesni krug kvalitete. Demingov procesni krug upravljanja rizicima treba obuhvatiti četiri koraka: (Plan) planiranje, (Do) djelovanje, (Check) kontrolu i (Act) poboljšanje. Ove se aktivnosti ponavljaju u ciklusima, uvijek težeći višoj razini kvalitete sustava upravljanja rizicima, odnosno veće razine sigurnosti.

Jedan od najpoznatijih modela upravljanja rizicima temeljen na procesnome krugu kvalitete jest ROAM model (Reasons Organizational Accident Model). On obuhvaća sve ljudske aktivnosti (čimbenike rizika) koje mogu dovesti do propusta ili pogreške (uključujući aktivne i latentne pogreške). Svrha mu je učenje kako se može upravljati procesima rada da bi se prije svega spriječila ili ponovila pogreška ili propust. **Težište stavlja na traženje uzroka kad do propusta ili pogreške dođe**, a ne na traženje osobe koja je učinila propust ili grešku.

ROAM organizacijski model upravljanja rizicima obuhvaća tri koraka:

- ✓ predviđanje mogućih *aktivnih propusta*
- ✓ ispitivanje i analiza lokalnih uvjeta koji mogu uzrokovati *aktivne propuste*
- ✓ predviđanje mogućih *latentnih propusta* ili organizacijskih čimbenika koji mogu utjecati na stvaranje loših uvjeta rada i uzrokovati *aktivne propuste*.

U slučaju već nastale pogreške ili propusta, ROAM model predviđa sljedeći postupak:

- ✓ jasnu identifikaciju pogreške ili *propusta*
- ✓ ispitivanje i analizu lokalnih uvjeta koji su mogli uzrokovali pogrešku ili propust
- ✓ ispitivanje i analizu mogućih *latentnih uzroka* – organizacijskih čimbenika koji su mogli stvoriti uvjete za mogućnost pogreške ili propusta.

Važno je znati da je na osnovi prikupljenih podataka i utvrđenih čimbenika rizika moguće predvidjeti propuste ili pogreške te postotak njihove vjerojatnosti. U tom slučaju moguće je djelovati proaktivno pa je šteta, čak i ako nastane, mnogo manja. Pojednostavnjeno, upravljanje rizikom jest proces proaktivnog sagledavanja mogućih problema, odnosno predviđanje budućih potencijalnih pogrešaka ili propusta od mjerodavnih stručnjaka te na temelju toga poduzimanje aktivnosti za njihovo minimiziranje ili izbjegavanje. Ako se ipak pogreške dogode potrebno je imati razrađen sustav i djelovati na temelju postojećih postupnika/smjernica za učinkovito djelovanje i rješavanje nastalog problema/štete. Cijeli proces treba biti jasno i jednoznačno definiran sa svim potrebnim podatcima i koracima za svaku pojedinu fazu. Samo je na taj način moguće imati objektivan i uvijek na isti način vođen proces.

Tijekom procesa upravljanja rizicima treba ukloniti subjektivnost uključenih pojedinaca, moguće zanemarivanje detalja, osobne interese, veće promjene/izmjene ljudi tijekom procesa te druge čimbenike utjecaja. To se može postići samo strogim, sustavnim praćenjem svih koraka u procesu predviđenih u postupnicima, smjernicama ili algoritmima. Kako ističu Leape i Berwick, „*problem pogreške u biti ne nastaje zbog nedostatka znanja, nego zbog nedostatka sustavnih procesa*“.

Opći principi upravljanja rizicima primjenjivi su i u upravljanju kliničkim rizikom, ali svaka ustanova ipak mora osigurati i razviti svoj sustav, potpuno prilagođen sebi i uvjetima u kojima radi te u skladu sa svojom organizacijskom kulturom. Ljudi su skloni

činjenju grešaka, osobito kada se radi o složenom organizacijskom sustavu s velikim brojem ponavljanja istih radnji u uvjetima vrlo visokog stresa i nedostatka vremena za donošenje odluka. Valja postupno razvijati svijesti o postojanju problema i rizika, mijenjati način razmišljanja svih koji u sustavu rade te mijenjati stare zakonske okvire. To svakako uključuje dobru kadrovsku politiku – izbor i zapošljavanje medicinskih sestara, programe za uvođenje novih zaposlenika u kliničku praksu, superviziju i stalno stručno usavršavanje. Uspostavljanje sigurnosnih protokola i smjernica, certifikacija i akreditacija, stalna evaluacija procesa nužnost je i dobar temelj na kojemu treba graditi i razvijati upravljane kliničkim rizikom.

#### LITERATURA:

1. Aiken LH, Sloane DM, Bruynee L, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 383; 2014:1824-30.
2. Kalauz S. Organizacija i upravljanje u području zdravstvene njege. Medicinska naklada. Zagreb: 2015.
3. Leape LL, Berwick D. Safe health care: are we up to it? *BMJ*. 320; 2000: 725 – 726.
4. Ljubičić S. Sigurnost bolesnika: Upravljanje rizikom na kliničkom odjelu (diplomski rad). Zdravstveno veleučilište. Zagreb: 2013.
5. Osmanagić B. Kriza kao šansa. Školska knjiga. Zagreb; 2003.
6. Shipton H, Armstrong C, West M, Davson J. The impact of leadership and quality climate on hospital performance. *International Journal for Quality in Health-care*. 6; 2008: 439 – 445.
7. Schubert M, Clarke SP, Aiken LH, De Geest S. Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *Int J Qual Health Care*. 24; 2012: 230–38.
8. Van den Heede K, Lesaffre E, Diya L, et al. The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: analysis of administrative data. *Int J Nurs Stud*. 46; 2009: 796–803.



RAZGOVARALA: Marija Kadović

# NAJSESTRA/TEHNIČAR PERICA VUCELIĆ dipl.med.techn.

za 2018.  
godinu

“...da sustav nije tako dobro posložen i da ne funkcionira na visokom nivou, ne bi bilo ni ove nagrade...”

Poštovani kolega, iskreno zahvaljujem što ste naši vremena gostovati u informativnom glasilu HKMS „Plavi Fokus“. Glavni povod za razgovor je priznanje koje ste dobili 7.2.2019.godine. Naime, titulu najsestre/ tehničara dodijelila Vam je Udruga hrvatskih pacijenata. Na samoj dodjeli, prisustvovali su i predsjednik Udruge gospodin Marijo Drlje, predsjednica HKMS gđa. Slava Šepec i predsjednica HUMS-a gđa. Tanja Lupieri, ali i mnoge, ponosne medicinske sestre te pacijenti. Ovakva je nagrada veliko priznanje za medicinsku sestru jer ju zapravo dodjeljuju pacijenti, oni koji su u središtu našeg rada.



PACIJENTI ODLUČILI:  
NAJSESTRA/TEHNIČAR ZA 2018. GODINU

KAKVO ZNAČENJE OVAKVO PRIZNANJE IMA ZA VAS?  
KAKAV JE BIO OSJEĆAJ PRIMITI OVAKVO NAGRADU?

Ova nagrada posebna mi je satisfakcija jer dolazi od pacijenata kojima ste najodgovorniji za svoj rad. Ako su pacijenti prepoznali moj dosadašnji rad, to znači da sam na dobrom putu i to mi je veliki motiv da gazim naprijed još većim i bržim koracima te da sa svojim kolegama svakodnevno radim na svim mogućim poboljšanjima kako bi pacijentu pružili najkvalitetniju uslugu hitne medicinske skrbi (HMS). Također, htio bih istaknuti da je ovo nagrada ne samo meni, već i cjelokupnom sustavu hitne medicinske službe u RH i svim njezinim djelatnicima koji svakodnevno na terenu nesebično spašavaju ljudske živote. U konačnici, da sustav nije tako dobro posložen i da ne funkcionira na visokom nivou, ne bi bilo ni ove nagrade.

Osjećam veliko zadovoljstvo, ali i dodatnu odgovornost i dužnost da svakim danom razvijamo, napredujemo i podižemo ljestvicu kvalitete HMS-a kako bi naši građani i svi posjetitelji dobili što kvalitetniju hitnu medicinsku skrb kad im ista zatreba.

TAKVO PRIZNANJE ZASLUŽUJU MEDICINSKE SESTRE/  
TEHNIČARI OSEBUJNOG ŽIVOTOPIISA, ONAKVOG KAKAV  
JE VAŠ. KAKO JE TEKAO VAŠ PROFESIONALNI ŽIVOT?  
KADA STE POSTALI MEDICINSKA SESTRA/TEHNIČAR?

Naravno da put počinje od izvrsne Medicinske škole u Karlovcu koja mi je dala temelje i koju sam završio 1999. Nakon završetaka srednje škole odradio sam jednogodišnji staž. U to vrijeme nije bilo natječaja za HMP pa sam se avanturistički odlučio na odlazak u Beč gdje sam dobio posao nakon probnog rada u staračkom domu. Kako se u to vrijeme morala čekati viza za rad oko godinu

Iz arhive HZHM-a



# Najsestra

**“ Pacijentima nije toliko bitno hrabrenje. Mišljenja sam da je važnije potruditi se razumjeti pacijenta. Dati mu do znanja da ga razumijete. Pokazati mu da mu vjerujete kada vam kaže da ga nešto boli. Empatija je vrlo bitna. Pacijent mora biti siguran da je u sigurnim rukama. ”**

dana, vratio sam se u RH gdje sam se prijavio na natječaj tadašnje Ustanove za hitnu pomoć Zagreb. Zaposlio sam se u Hitnoj u Zagrebu 2001. godine. U međuvremenu je stigla i viza za odlazak u Austriju, no nisam dvojio ni sekunde o ostanku RH. U HMP Zagreb sam se kratko zadržao, oko 7 mjeseci, nakon čega sam se zaposlio u HMP Karlovac. Bilo je to 2002. godine kada je karlovačku Hitnu vodila današnja ravnateljica HZHM-a prim. mr. Maja Grba-Bujević, dr. med., a glavna medicinska sestra bila je Zdenka Jakšić. Njih dvije su najzaslužnije za razvoj moje karijere jer su me naučile da samo napornim radom, stalnim edukacijama i specifičnim usavršavanjima mogu ići naprijed, naravno u korist usluge pacijentu.

## GDJE SADA RADITE I KAKVO VAM JE PROFESIONALNO OKRUŽENJE?

Radim u Zavodu za hitnu medicinu Karlovačke županije, a moje profesionalno okruženje je cjelokupni ZZHKMŽ na čelu sa HZHM, jer hitna medicinska služba bez tima ne može ništa kvalitetno napraviti.

## KAKO HRABRITE MLADE MEDICINSKE SESTRE DA BUDU PROFESIONALCI NA ODJELU KAO ŠTO JE VAŠ?

### A PACIJENTE?

Prvenstveno ih hrabrim da se školuju prema višim razinama obrazovanja u sestričkoj profesiji. Zatim ih potičem da prisustvuju i polažu ciljane tečajeve u području hitne medicine. Također kada naiđem na nekog osebujnog mladog kolegu u smislu da zaista ima jako puno potencijala, potičem ga

da obrazovanje usmjeri dodatno i na obrazovanje za instruktora, naravno kada za to zadovoljava sve uvijete propisane od strane Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu.

Pacijentima nije toliko bitno hrabrenje. Mišljenja sam da je važnije potruditi se razumjeti pacijenta. Dati mu do znanja da ga razumijete. Pokazati mu da mu vjerujete kada vam kaže da ga nešto boli. Empatija je vrlo bitna. Pacijent mora biti siguran da je u sigurnim rukama.

## JESTE LI IKAD HTJELI ODUSTATI OD SVOJEG PROFESIONALNOG POZIVA?

Nikada, jer hitna je moj način življenja.

## KAKVA SU VAŠA RAZMIŠLJANJA O SESTRINSTVU DANAS? JESU LI HRVATSKE SESTRE SPREMNE ZA BUDUĆNOST U EUROPSKOJ UNIJI? MOŽEMO LI SVI NAUČITI NEŠTO IZ VAŠEG ISKUSTVA?

Hrvatske sestre su itekako spremne za budućnost u Europskoj uniji. Još unatrag 10-ak god kada sam ja studirao na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, kružila je informacija da hrvatske sestre koje su se zaposlile u zapadnim zemljama EU, vrlo brzo su kotirale do mjesta voditelja odjela u prestižnim bolničkim ustanovama.



Iz archive HZHM-a

Osobno mogu reći da imam samo pozitivno iskustvo po pitanju stručnog usavršavanja u sestričkoj profesiji i svakome od kolega toplo preporučam da krenu na daljnje školovanje. Da li možemo svi naučiti nešto iz mog iskustva? Rađe bih to pitanje ostavio za 10. mjesec kada budem imao točan broj svojih kolega koji su upisali magisterij, pa će i na vaše pitanje biti lakše odgovoriti. Mišljenja sam također, da bi trebali krenuti u smjeru specijalističkog usavršavanja po granama medicine.

**POSTALI STE POMOĆNIK RAVNATELJA ZA KVALITETU. KAKO JE TEKLA VAŠA NAOBRABZA IZ KVALITETE ZDRAVSTVENE SKRBI, I SMATRATE LI DA SU MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARI KOMPETENTNI ZA TAJ POSAO?**

Završetkom menadžmenta u sestrinstvu na Zdravstvenom studiju u Rijeci ušao sam u svijet vođenja i kontrole kvalitete u radu medicinskih sustava. Pojedine medicinske sestre i tehničari jesu kompetentni za taj posao, ali ne svi. Naime, i uz najviši stupanj obrazovanja, da bi ste moj posao odradili potrebno je dobro poznavati sustav i ljude s kojima radite. Potrebno je barem neko vrijeme raditi u vozilu hitne medicinske službe da biste

kasnije mogli poboljšati kvalitetu zdravstvene skrbi u hitnoj medicini.

**ŠTO MISLITE O NAOBRABZI MEDICINSKIH SESTARA DANAS U HRVATSKOJ I O ADEKVATNOM ZAPOŠLJAVANJU?**

Mislim da je naobrazba medicinskih sestara danas u Hrvatskoj na velikom nivou u određenim područjima kao što su zdravstvena njega svih profila pacijenata prema njihovim osnovnim bolestima, zdravstvena njega u zajednici, menadžment u sestrinstvu. No međutim, obrazovanje po pitanju hitne medicine na srednjoškolskoj i veleučilišnoj razini, tek se zadnjih 2 godine lagano podiže na noge, a još nije stasalo kako bismo mi hitnjaci koji radimo i kao edukatori, to željeli.

Što se tiče konačnog obrazovanja pojedine medicinske sestre/ tehničara, da svi imaju adekvatno radno mjesto ili adekvatnu funkciju prema stupnju obrazovanja, nemaju. No nadajmo se da će se to jednom promijeniti, i nadajmo se da će to biti uskoro.

**KAKO IMATI SNAGE POSTATI NAJSESTRA/TEHNIČAR U TRENUTKU NE UVOĐENJA KOEFICIJENTA VISOKOBRZOVANIM MEDICINSKIM SESTRAMA?**

**ŠTO BI IM PORUČILI?**

Jednostavno. Moju diplomu, moje znanje i iskustvo nitko mi ne može oduzeti. Kad-tad će se isplatiti, s nadom i borbom da i drugi dobiju što zaslužuju po svome obrazovanju.

**VAMA BLISKE OSOBE OPISUJU VAS KAO OTVORENU, JEDNOSTAVNU OSOBU, KAO PRAVOG RADNIKA.**

**JESTE LI VI DANAS SRETNA I ISPUNJENA OSOBA?**

Jesam, sretan sam i ispunjen. U HMS-u sam puno doprinio u radu terenu, a planiram i dalje doprinisati sustavu hitne medicine kako u Karlovačkoj županiji tako i na području RH. Nastojim svojim znanjem, iskustvom i vještinama pomoći mlađim kolegama da stasaju u prave hitnjake. Čemu biti jako dobar u svome poslu ako iza sebe ne ostavite nikoga tko je jednako dobar kao vi ili čak bolji?. Mene ovaj posao čini izuzetno ispunjenim. Htio bi iskoristiti ovu priliku i zahvaliti svakome tko mi je na bilo koji način dao da naučim nešto novo, drugačije i bolje. Također, želim pozdraviti sve medicinske djelatnike i zaželjeti im puno pozitivne energije te da uživaju u svome radu.

*Hvala Vam na razgovoru i čestitke još jednom za veliku nagradu koju ste dobili. Hrvatska Komora medicinskih sestara ponosna je što ima takvog člana koji nesebično, svakodnevno daruje sebe i svoje znanje cjelokupnom građanstvu. Sretno!*



RAZGOVARALA: Marija Kadović

# „SESTRINSKA DOKUMENTACIJA - ALAT U RUKAMA SESTRINSKOG MENADŽMENTA“

**RUŽA EVAČIĆ, mag.med. techn.**  
**SINIŠA DROBNJAK, dipl. ing.**

*U ovom broju Plavog fokusa, razgovarat ćemo o sestrinskoj dokumentaciji, osvrnuti se na početak, ideju, nastajanje... koje se danas čini kao daleka prošlost, ali i čuti što moji sugovornici misle o dokumentaciji u budućnosti. Čast mi je predstaviti sugovornike: gđu. Ružicu Evačić mag.med.techn., članicu prve grupe za izradu Sestrinske dokumentacije pri HKMS, a danas Pomoćnicu ravnatelja za sestrinstvo OB „T. Bardek“, novu predsjednicu Stručnog vijeća HKMS, a ujedno i vrijednu studenticu poslijediplomskog doktorskog studija Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Osijeku; te g. Sinišu Drobniaka dipl.ing.elektrotehnike, direktora tvrtke SD informatika, autora rješenja e-NJEGA.*

ZAHVALJUJEM SE NA SUDJELOVANJU U PLAVOM FOKUSU TE SE NADAM DA ĆEMO OVOM TEMOM JOŠ VIŠE PRIBLIŽITI MEDICINSKIM SESTRAMA TIJEK NASTAJANJA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE TE NAGLASITI VAŽNOST ISPUNJAVANJA SVIH NJENIH KOMPONENTI.

**R. Evačić:** Zahvaljujem se na pruženoj mogućnosti, a i velika mi je čast da imam priliku govoriti ispred grupe kolegica koje su sudjelovale u razvoju Sestrinske dokumentacije. Znao čovjeku se ne čini da o nekim događanjima kroz svoj profesionalni rad, već danas, može govoriti kao povijesnoj činjenici, no ako nešto zaslužuje to, to je Sestrinska dokumentacija.

KADA SE ZAČELA IDEJA STVARANJA SD?  
KOJA JE BILA IDEJA VODILJA?

**R. Evačić:** Potreba za dokumentiranjem u sestrinstvu je od uvijek negdje postojala no nismo bili dovoljno educirani kako? Kako staviti sestrinski rad u neke okvire mjerljivosti? Znali smo da je to moguće proizvodnim djelatnostima, nešto normirati, klasificirati, govoriti o kvaliteti. Osamdesetih godina prošlog stoljeća (čitajući dostupnu literaturu) znali smo da se u zapadnim zemljama otvaraju



Ružica Evačić



Siniša Drobniak

mogućnosti školovanja do akademskog obrazovanja, provode istraživanja u Sestrinskoj profesiji što je utjecalo, naravno i na razvoj sestrinstva kod nas, a tad i na svijest potrebe za pisanjem sestrinskog rada.

Mislim da je organizacija Prve poslijediplomske edukacije tada Viših sestara u Višoj medicinskoj školi Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu 1990. godine na temu „Proces zdravstvene njege“ ustvari postavila temelje za razvoj dokumentacije. Voditelji edukacije i nastavnici (to moram spomenuti) su bili Ilonka Košutić, Gordana Fučkar, Šefica Sudar, Sonja Kalauz, Slava Šepec, Anđelka Mrvelj, Milka Valpotić, Biserka Sedić, Vesna Stuzić, Vlatka Pili, Milka Rogić Ružica Gračak, Blaženka Ivanuš i Jela Knežević. Kandidate za pohađanje tečaja birala je komisija na osnovu prijavnog obrasca po određenim kriterijima. Po završetku tečaja bili smo u stanju: objasniti proces zdravstvene njege, njegove faze osobine i svrhu, primijeniti proces u praksi, kritički analizirati proces zdravstvene njege. Tečaj je završilo dvadesetak medicinskih sestara, oduševljeni naučenim razišli smo se poput apostola širiti ideju dokumentiranja. Pisali smo na obrasce (košuljica A4 format) učili postavljati sestrinske dijagnoze, educirali osoblje u svojim ustanovama... Eto probajte si zamisliti je li bilo

otpora već tada? Naravno, kada se uvodi nešto dodatno, osoblju strano, apstraktno što se kroz školovanje nije učilo izaziva otpor i osjećaj gubljenja vremena.

Nažalost zbog teške situacije u Republici Hrvatskoj Ministarstvo zdravstva 3. Svibnja 1991. 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, edukacija nije mogla biti toliko intenzivna, ali se cijelo vrijeme ratnih godina educiralo i koliko je bilo moguće dokumentiralo.

Kada danas gledam te naše zapise pa bili smo pravi profesionalci u postavljanju sestrinskih dijagnoza - sve po pravilima.

Sjećam se jednog Seminara (Stubičke toplice 1996) koji je organizirala Hrvatska Udruga za sestrinsku edukaciju kako je bilo pozitivno nadmetanje između polaznika, a sve u svrhu da se ojača sestrinski menadžment u procesu profesionalizacije sestrinstva.

**DOKUMENTACIJA JE TREBALA ŽAŽIVJETI U BOLNIČKIM USTANOVAMA. POSTALA JE I ZAKONSKA OBAVEZA. JE LI U POČETKU BILO OTPORA, KAKVA SU BILA ISKUSTVA?**

**R. Evačić:** Proglašenje Zakona o sestrinstvu i osnivanje Hrvatske komore medicinskih sestara uvelike doprineo i diktiraju razvoj sestrinstva jer su propisana osim prava i dužnosti medicinskih sestara, pa se tako u čl.16 govori.... da su dužnosti medicinske sestre vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata.

Slijedom toga Predsjednica HKMS sestra Dragica Šimunec sastavlja grupu za izradu Sestrinske liste. Grupa se prvi puta sastaje 19. siječnja 2005. g. postavljaju se ciljevi i svrha Sestrinske liste.

Članovi grupe su Slava Šepec, Snježana Čukljek, Ružica Gračak, Ruža Evačić, Ana Ljubas, Zvezdana Bešek - Smajilović, Vesna Stučić i Nada Hrdan. Predsjednica grupe Slava Šepec imala je dodatnu tešku zadaću da sve što smo željeli imati u dokumentaciji oblikuje kroz kolone, kockice... Sestrinska lista je završena i predana u vlasništvo HKMS 04.studenog 2005. godine.

Po završetku Sestrinske liste pristupa se izradi Kategorizacije pacijenata što je i bio logičan slijed, ako se želi mjeriti količina i kvaliteta sestrinske skrbi. Započinje pilotiranje dokumentacije u općim bolnicama i kliničkim ustanovama. Na prijedlog HKMS Ministar nadležan za zdravstvo u srpnju. 2011. godine potpisuje Pravilnik o primjeni sestrinske dokumentacije kojim se proglašava obaveznom i službenom dokumentacijom. Naravno da jedan dokument odmah potiče i ukazuje na potrebu za ostalim alatima koji su potrebni za evidentiranje i mjerenje te tako nastaje i knjiga Standardiziranih postupaka, nakon toga Standardizirani postupci u pedijatriji, Sestrinske dijagnoze 1,2,3, Sestrinsko medicinske dijagnoze. Naravno dokumentacija je opsežna te zahtijeva osim kliničkog znanja i znanje za evidentiranje provedenih postupaka. Za evidentiranje također treba osigurati vrijeme, zahtjevi pred medicinskim sestrama su sve veći od planiranja i provođenja zdravstvene njege, poslovi vođenja i upravljanja, a i nerazumijevanje suradnika. Sve to često i dovodi do otpora od strane sestara, no danas su kolegice svjesne koliko je dokumentacija važna i za njih kao pravna zaštita. Upravo na sve to kroz edukacije po svim našim bolnicama ukazivale smo sestrama kako bi utjecale na njihov stav o potrebi evidentiranja. Gledajte, svi smo učili, bilo je i pitanja na koja ne znaš odgovor, ali volja i vizija profesije nas je vodila.

**S. Drobnyak:** Početkom primjene sestrinske dokumentacije u elektroničkom obliku, osobno sam obišao većinu bolničkih ustanova u RH i prezentirao u tom trenutku koncept kako bi izgledala primjena sestrinske dokumentacije u praksi. Ključnu je ulogu

u prihvaćanju i eventualnoj implementaciji je uvijek imala glavna sestra bolnice, koja je i pronašla način kako Upravi bolnice osvijestiti potrebe i ukazati na prednosti ovakvog načina rada. Također sam imao priliku prezentirati učinke primjene ovakvog načina vođenja sestrinske dokumentacije na nekoliko stručnih konferencija u EU. Povratna informacija je uvijek bila odlična jer u većini zemalja takvi sustavi nisu postojali u organiziranoj formi.

#### DOKUMENTACIJA U PAPIRNATOM I/ILI ELEKTRONSKOM OBLIKU?

**R. Evačić:** Olakšati evidentiranje sestrinskog rada jedino je moguće programskim rješenjem. HKMS pokreće inicijativu da se Sestrinska lista i Kategorizacija pacijenata izrade u elektronskom obliku. I danas sam ponosna na to jer sam bila prvi suradnik i savjetnik u izradi programskog rješenja za sestrinsku dokumentaciju u e - obliku. Informatička kuća S.D. Informatika izradila je program E- NJEGA koja se kao Pilot projekt provodila već 2011. godine u koprivničkoj bolnici. Nakon toga i ostale informatičke kuće, ili same bolnice započele su sa svojim vlastitim programima pa kako ne bi došlo do kršenja Pravilnika o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim i zdravstvenim ustanovama te sukladno Pravilniku o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje propisuje Provjeru spremnosti za programske podrške za vođenje sestrinske dokumentacije. Provjeru je obavljalo imenovano Povjerenstvo u smislu usporredbe sadržaja sestrinske dokumentacije u programskom obliku sa sadržajem obrasca propisanih Pravilnikom o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkom zdravstvenom sustavu. Svi koji su na provjeri ocijenjeni pozitivno proizvođač programa dobiva Dozvolu za distribuciju. Nakon implementacije u programa u bolnici obavila se dodatna provjera koja je uključivala i prikaz elektroničke evidencije parametara za izračun indikatora njege (kategoriju pacijenta, rizik za pad, rizik za dekubitus te ostale indikatore) i ako je rezultat provjere bio pozitivan izdalo se odobrenje za rad. Moram spomenuti da je e- NJEGA prvi certificirani informacijski sustav koji je dobio Suglasnost za distribuciju u prvom mjesecu 2013. godine i vrlo brzo je bio isporučen u dvadesetak bolnica.

Danas je u velikom broju zdravstvenih ustanova zastupljeno i programsko rješenje Tvrtke IN2.

Evo malo sam govorila o nastajanju i distribuciji sestrinske dokumentacije u elektroničkom obliku, a ako me pitate dokumentacija u papirnatom ili elektronskom obliku naravno da je danas gotovo nemoguće zamisliti papirnatu oblik. Sad kada bi pokušali sestrama oduzeti e - dokumentiranje sigurno bi nastalo više protesta nego što je bilo otpora kod uvođenja.

**S. Drobnjak:** Ako pitate mene kao informatičara, onda je odgovor uvijek u elektronskom obliku.

#### ODUZIMA LI POPUNJAVANJE DOKUMENTACIJE U OVOLIKOM OBUJMU PREVIŠE VREMENA SESTRAMA, ODNOSNO SMATRATE LI DA JE OVAKVA SD PISANA U REALNOM VREMENU I DOVOLJNO INDIVIDUALIZIRANA?

**R. Evačić:** Dokumentiranje naravno zahtijeva vrijeme, no to isto treba staviti u planiranje i upravljanje ljudskim resursima kao kriterij za potreban broj personala. Znam da je teško i da su problemi često u nedostatku medicinskih sestara, no to ne smije umanjiti obavezu dokumentiranja. Postoji obavezni dio dokumentacije i dio koji se prema individualnim potrebama otvara i vodi. Nastoji se olakšati sestrama izradom standardiziranih i/ili polu standardiziranih obrazaca i tako racionalizirati vrijeme. Sestrinska dokumentacija i je zamišljena kao dokument koji je individualnog karaktera što se nikako ne smije zanemariti.

**S. Drobnjak:** Evidentno je da je sestrinska dokumentacija opsežna i potrebno je uložiti dodatni napor za popunjavanje podataka tijekom boravka pacijenta u bolničkoj ustanovi. Tim više što većina informatičkih rješenja zahtjeva da sestra sjedne ispred računala i upiše potrebne podatke. Temeljem naših iskustava vjerujem da je moguće smanjiti opseg podataka i dodatno pojednostavniti rad sa dokumentacijom, a s druge strane, nove informatičke tehnologije omogućuju upisivanje podataka putem mobitel i tableta, što će olakšati sam unos podataka. Naš je zdravstveni informacijski sustav još uvijek pre konzervativan prema radu s mobilnim tehnologijama zbog pitanja sigurnosti i zaštite osobnih podataka nakon uvođenja GDPR-a. Ipak, neminovno je da će se informatička rješenja morati razvijati prema mobilnim aplikacijama zbog globalnog smjera industrije, a to će onda dodatno olakšati rad sestrama.

#### KAKO DANAS GLEDATE NA POČETKE UVOĐENJA DOKUMENTACIJE? MOGLO LI SE NEŠTO UČINITI DRUGAČIJE?

**R. Evačić:** U sestrinstvu se za sve treba boriti i izboriti pa je tako i dokumentacija prošla svoj trnoviti put. Naravno kada bi medicinske sestre mogle same donijeti neke odluke na razini drugih institucija tada bi sigurno bilo i brže i lakše, a kad govorimo o dokumentaciji onda mislim i na implementaciju iste i u BIS- sustav, i u ZZZ-osiguranje kao kriterij za financiranje...

Znam samo da je učinjeno puno izradom dokumentacije i da je sestrinstvu sigurno pomogla u profesionalizaciji.

**S. Drobnjak:** Sami počeci uvođenja sestrinske dokumentacije su stavili nerealno veliki pritisak na malu



grupu entuzijasta koji su dokumentaciju stvorili i dali je bolničkim ustanovama na korištenje. Iako je od strane zdravstvenog sustava bila doživljena kao "još jedna administrativna obaveza", sestrinska dokumentacija je pokazala da je puno više od toga. Gledajući unatrag možda smo mogli bolje i brže da je bilo više sluha od strane Uprava bolnica, ali uzimajući u obzir stanje i izazove s kojima su se uprave borile, nije bilo realno očekivati da će objeručke prihvatiti još jednu obavezu. Osobno sam ponosan na do sada učinjeno jer to predstavlja fantastičan rezultat na svjetskoj razini, gdje se mnoge veće i bogatije zemlje ne mogu pohvaliti standardiziranom sestrinskom dokumentacijom u elektronskom obliku.

#### JE LI POTREBNA DORADA I „MODERNIZACIJA“ DANAŠNJE SD?

**R. Evačić:** Naravno da je potrebna i dorada, a i modernizacija pogotovo u načinu evidentiranja provedenih postupaka, ishoda zdravstvene njege, sve se to može sigurno i brže kroz šifriranje, bar kodiranje, informatičke mogućnosti su beskrajne. Koliko znam to se već i započelo s namjerom da se nešto doda ili oduzme uz dokaz da je potrebno ili da je višak u dokumentiranju. Sestrinska dokumentacija je kao živi organizam, nije to „Sveto pismo“ već štivo koje se treba stalno nadopunjavati na što će u budućnosti utjecati kompetencije kao rezultat obrazovanja.

**S. Drobnjak:** Bilo bi odlično napraviti analizu popunjenosti sestrinske dokumentacije na razini zdravstvenog sustava, jer bi iz te analize proizašlo koje dijelove dokumentacije treba usavršiti i pojednostaviti. Sestrinska dokumentacija po svojoj prirodi zahtjeva kontinuirano usavršavanje i vjerujem da će se u budućnosti modernizirati kako bi se još više prilagodila radu sestara u bolničkim ustanovama. Najveći iskorak svakako vidim da se automatiziraju procesi poput evidentiranja terapije primjenom mobilnih tehnologija, odnosno da se dodatno razviju funkcionalnosti kojima će se omogućiti automatsko prikupljanje podataka, kako sestre više ne bi trebale upisivati podatke ručno.

#### ISPUNJAVAJU LI SESTRE SVE KOMPONENTE? KAKVA JE KVALITETA ISPUNJAVANJA?

**R. Evačić:** Što se tiče anamnestičkih podataka i fizikalnog pregleda ispunjenost je u velikom postotku, znači da su podaci, pregled i procjena učinjeni. Najčešće nije ispunjen dio koji se odnosi na vjerske potrebe, osobitosti vezane za spolnost, što nam govori da su potrebne dodatne edukacije o tim ljudskim potrebama na način da se zna na tu temu uspostaviti komunikacija. Znam i iz iskustva u radu s pacijentima da su to obično pitanja koja

često postavljaju pacijenti pogotovo o spolnom zdravlju onako usput, na vratima, često puta kroz šalu naravno s namjerom da skrenu pažnju na taj problem. Ako se analizom dokumentacije uoči da su neki dijelovi u manjem postotku ispunjeni ne znači istovremeno da su nepotrebni.

**S. Drobnjak:** Praksa je pokazala da se popunjava veći dio sestrinske dokumentacije. Ono što je izuzetno bitno je da apsolutno sve bolnice popunjavaju Sestrinsku listu kao ključni dokument dokumentacije. Postoje dijelovi dokumentacije koji se preklapaju s BIS-om i tu je evidencija prilično zahtjevna, jer ovisi o stupnju integracije s BIS-om, poput evidencije propisane terapije ili preuzimanje podataka iz elektronskih uputnica. U našem je informatičkom rješenju e-NJEGA trenutno upisano 242.000 pacijenata sa sestrinskom dokumentacijom, od čega je manje od 1% pacijenata u obradi, a preko 99% dokumentacije je popunjeno i sestrinske su liste zatvorene. Neminovno je da bi se sustavnom analizom ovako velikog uzorka pacijenata došlo do novih saznanja o radu i važnosti uloge medicinske sestre, kao i o kvaliteti pružanja zdravstvene njege. Također vjerujem da bi se mogli točnije ustanoviti ključni indikatori koji utječu na kvalitetu njege i koliki je utjecaj svakog od njih. Bez namjere da se ponavljam, mislim da imamo jedinstvenu priliku napraviti iskorak u tom smjeru i direktno utjecati na prepoznavanje važnosti uloge medicinske sestre u zdravstvenom sustavu, kao i o učinku standardizacije sestrinske dokumentacije na nacionalnom nivou. Primjera radi, liječnici nemaju standardiziranu dokumentaciju i ona uvelike ovisi o BIS-u koji se koristi - time je onemogućena sustavna analiza podataka i prednosti koji proizlaze iz rezultata takve analize.

#### SMATRATE LI KVALITETNO OBRAZOVANJE O SD TIJEKOM ŠKOLOVANJA MEDICINSKIH SESTARA (VAŽNOSTI I NAČINA ISPUNJAVANJA, VJEŽBE UNOSA PODATAKA I KORIŠTENJA ISTIH ZA DALJNJA ISTRAŽIVANJA U SESTRINSKOJ PROFESIJI)?

**R. Evačić:** Na ovo pitanje je teško dati odgovor koji bi uključivao sve jednako. Znae i sami da i taj dio u obrazovanju uvelike ovisi o nama samima. Dakle tu se ne radi samo o teoretskoj nastavi pa da netko nauči "knjiški" što je to Sestrinska lista, Kategorizacija, Sestrinske dijagnoze i tako dalje. Naravno da je nemoguće u praktičnom dijelu bez teorije no na vježbovnoj nastavi konkretno kraj pacijenta učenje se zaokružuje. Tu se uči i vježba komunikacija, provodi procjena pacijenta, postavlja sestrinska dijagnoza, planiraju intervencije... Koliko će učenici /studenti naučiti ovisi o mentorima koji im moraju biti modeli za učenje.

Smatram da bi morali nešto promijeniti pa možda i mi pilotirati irski model mentoriranja za medicinske

sestre prvostupnice koji zagovara praktičnu nastavu jedan student - jedan mentor. Danas već svaka ustanova ima velik dio diplomiranih sestara, magistara sestrinstva; gotovo jednu trećinu prvostupnica s obzirom na broj medicinskih sestara, koje bi sigurno mogle odraditi taj dio edukacije na način da je student aktivno uključen u svu sestrinsku skrb pa i dokumentiranje. Eto to je moja vizija mentorstva.

**S. Drobňak:** Dosadašnje iskustvo je pokazalo da velika većina sestara brzo i učinkovito usvaja rad sa sestrinskom dokumentacijom, jer razumiju njenu vrijednost i požrtvovno obavljaju sve zadatke koji im se povjere. Sam unos podataka ovisi o kvaliteti i jednostavnosti programskog rješenja i tu su mišljenja podijeljena. Svakako bi bilo korisno da se uneseni medicinski podaci koriste za daljnja istraživanja u sestrinskoj profesiji.

#### KOLIKO JE UČESTALO I USPJEŠNO KORIŠTENJE STATISTIKE IZ DOKUMENTACIJE?

**R. Evačić:** Znam da je sestrinska dokumentacija alat u rukama menadžmenta u sestrinstvu. Danas možemo dokazati sve ono što sam na početku spominjala ka nezamislivo devedesetih godina. Mislim da lideri u sestrinstvu itekako koriste statističke podatke u razne svrhe. Kad se govori o upravljanju ljudskim potencijalom dokumentacija može sestrinstvu (ako se zna ispravno koristiti) itekako biti od pomoći. Koliko i ja puno govorim o kategorizaciji već i liječnička struka traži statističke podatke kako bi se opravdano uključili u realizaciju zahtjeva. Sama kategorizacija može koristiti u i u usporedbi sa ostalim standardima koji se koriste za upravljanje i planiranje sestrinske skrbi. Znamo da velik dio podataka prema Agenciji i Ministarstvu šaljemo iz sestrinske dokumentacije. Kontrola kvalitete, indikatori kvalitete sve su to podaci koje prikupljaju medicinske sestre. Kada danas pogledate sestrinske stručne radove svi u svojem izlaganju, istraživanju koriste sestrinsku dokumentaciju. Stvarno ne znam kakvo bi sestrinstvo danas bilo bez nje?

**S. Drobňak:** Korištenje statistike je individualno na razini bolničke ustanove i uvelike ovisi o organizacijskim sposobnostima i upornosti Glavnih sestara. Uprava bolnice može dobiti izuzetno korisne podatke o kvaliteti provedene zdravstvene njege i radu sestara, temeljem statističkih podataka. Nemam podatak koliko se u praksi koriste statistički izvještaji - bilo bi interesantno napraviti tu anketu među glavnim sestrama bolničkih ustanova.

#### SMATRATE LI DA SU SESTRE SVJESNE SVOJE PROFESIONALNE ZAŠTITE POPUNJAVANJEM SD?

**R. Evačić:** Naravno sestrinska dokumentacija može biti i jedno i drugo, dakle može naškoditi, a naravno treba je doživljavati kao profesionalnu zaštitu. Gotovo prije desetak godina sestre nisu o tome razmišljale na taj način, no danas smo svjedoci raznih događanja u zdravstvu gdje se sve više traži uvid i u sestrinsku dokumentaciju i shvatile su važnost tog dokumenta.

**S. Drobňak:** Prema našem iskustvu, osnovna je motivacija rada sestara, pružanje bolje zdravstvene njege pacijentima u čemu im pomaže i standardizirana sestrinska dokumentacija. Naravno da je dodatna prednost činjenica da je odlično evidentiran i rad medicinske sestre koja je time i profesionalno zaštićena.

#### ŠTO NAS ČEKA U BUDUĆNOSTI?

**R. Evačić:** Sestrinstvo uz pomoć HKMS, Udruga, obrazovnih institucija u samo nekoliko desetljeća postiglo nešto, što su neke profesije stvarale stoljećima. Danas se medicinske sestre mogu školovati do Poslije diplomskog doktorskog studija gotovo redovnim putem bez da imaju i jedan dan radnog iskustva. Taj put nije nastao slučajno i sam. Netko je morao krenuti stazicom imati viziju ustrajati da danas možemo biti diplomirane medicinske sestre, magistri/ magistre sestrinstva, doktori znanosti. Sretna sam i zadovoljna što mogu svjedočiti kao aktivni sudionik u svim etapama formalnog obrazovanja do doktorskog studija. Sigurna sam da je sestrinska dokumentacije koja se koristi kao dokaz sestrinske skrbi uvelike pomogla u realizaciji i planiranju obrazovanja.

Znam da će se sestrinstvo razvijati kroz specijalizacije po pojedinim područjima gdje će medicinska sestra biti kompetentna za provođenje pojedinih medicinsko tehničkih i terapijskih postupaka ,samo moram napomenuti kako se nikada ne smije zaboraviti na Etiku skrbi koja je bila i mora ostati kao svjetiljka u našim rukama.

**S. Drobňak:** Količina i kvaliteta informacija koja se može dobiti analizom podataka iz sestrinske dokumentacije u elektronskom obliku, predstavlja ogroman neiskorišteni potencijal o kojem struka treba odlučiti kako ga upotrijebiti na najučinkovitiji način. Navedeno je moguće zato što je dokumentacija standardizirana i kao takva ima podlogu za analizu na velikom uzorku podataka. Nadam se da će se u bliskoj budućnosti i početi crpiti podaci kojima ćemo pomoći zdravstvenim djelatnicima da pruže bolju uslugu pacijentima i optimiziraju troškove provođenja zdravstvene njege. Činjenica da je Hrvatska mala zemlja bi se trebala iskoristiti u pozitivnom smislu - u svakoj zdravstvenoj ustanovi postoji identični standard i struktura sestrinske dokumentacije, što olakšava rad sestrama i omogućuje analizu podataka.

PRIPREMILA: Anita Struški, mag.med.techn., DZ „Zagreb Centar“

## PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

# INTEROPERABILNOST PATRONAŽNE I OPĆE/OBITELJSKE DJELATNOSTI

### SAŽETAK:

Interoperabilnost dionika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a u ovom slučaju govorimo o patronažnoj i općoj/obiteljskoj djelatnosti zahtijeva pravno i funkcionalno (organizacijsko i procesno) uključivanje dionika u jedinstvenu logičku cjelinu razmjene informacija, a na podatkovnoj i tehničkoj razini po mogućnosti u sustavima za upravljanje kliničkom skrbi pacijenata (CPMS). Takva interoperabilnost treba omogućiti orijentiranost na pacijenta i najvišu moguću kvalitetu zdravstvene zaštite uz optimalne troškove. Interoperabilnost patronažne i opće/obiteljske djelatnosti doprinosi jačanju primarne zdravstvene zaštite, kao što je uspostavljanje učinkovitih programa prevencije i rane detekcije bolesti, te unapređenje sustava skrbi i kućne njege i unapređenje procesa rada kako bi se smanjila opća administracija.

Interoperabilnost se uspostavlja multidisciplinarnim timovima skrbi i uvođenjem protokola iz medicine koja se temelji na činjenicama (evidence-based medicine). Takvim povezivanjem dionika patronažne te opće/obiteljske djelatnosti postavljaju se novi elementi organizacije, a time i mogućnost redizajna funkcioniranja sustava zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: interoperabilnost, patronažna djelatnost, opća/obiteljska djelatnost

### UVOD:

Znanje i umijeće kvalitetne komunikacije preduvjet je kvalitetnog djelovanja u medicini. U zdravstvu je kvalitetna komunikacija općeg/obiteljskog liječnika sa patronažnom sestrom te bolesnikom važna za temelj uspješnog liječenja. U današnje moderno vrijeme koje podliježe brojnim izazovima moderne tehnologije, uvelike je prepoznata i promjena u kulturi komunikacije, te je teško zamisliti komunikaciju u bilo kojem sektoru zdravstva bez uporabe informacijskih tehnologija.

U Hrvatskoj se provodi proces integracije zdravstvenog sustava u jedinstvenu cjelinu s ciljem protoka informacija radi planiranja i provođenju te dostupnosti zdravstvene usluge koji završava formiranjem elektronskog zdravstvenog zapisa (EZZ) kao zamjene za papirnati zdravstveni karton korisnika zdravstvene skrbi. Fokus interesa integrativnih

procesa su korisnici zdravstvene zaštite (pojedinci, obitelji i zajednica), a cilj je unapređenje kvalitete zdravstvene usluge uz racionalizaciju potrošnje.

U ovom članku dat je kritički osvrt na trenutnu komunikaciju putem informacijskih tehnologija između općeg/obiteljskog liječnika sa patronažnom sestrom, sa prijedlozima mogućih poboljšanja, a u svrhu pružanja učinkovitije i bolje zdravstvene zaštite populaciji.

## LIJEČNIK OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE I PATRONAŽNA SESTRA

Patronažna djelatnost je bila i ostala otok u zdravstvenom sustavu koja još uvijek nije informatizirana u potpunosti. Informatizacija patronažne djelatnosti omogućuje kvalitetnije evidentiranje i praćenje svih aktivnosti, na jedinstven način i na jednom mjestu. Patronažne sestre u pojedinim Domovima zdravlja još uvijek vode papirnatu kartoteku kućanstava i pacijenata koje obilaze, podaci o njihovom radu nisu strukturirani, a ne postoji niti odobrena sestrinska dokumentacija, pa nedostaju pravovremene informacije i povezanost s ostalim dijelovima zdravstvenog sustava.

Patronažne sestre su teritorijalno raspoređene te svaka skrbi i prosjeku za oko 5100 stanovnika te su samostalni djelatnici primarne zdravstvene zaštite. Svoj rad planiraju na temelju Plana i programa mjera HZZO-a, suradnje sa obiteljskim liječnikom, pedijatrom i ginekologom te na temelju dojava drugih medicinskih ustanova, socijalne službe, pojedinaca, obitelji ili na temelju vlastitih zapažanja i procjena.

Donedavno, komuniciranje i razmjena informacija između dionika primarne zdravstvene zaštite odvijala se usmenim, a rjeđe pisanim putem. Usmenom razmjenom informacija, liječnik opće/obiteljske medicine bi upoznao patronažnu sestru sa zdravstvenim stanjem pacijenta, postavljenom dijagnozom te propisanom terapijom, te zatražio potrebnu patronažnu skrb. U stalnoj usmenoj komunikaciji, timski bi se dogovarale i odrađivale preventivne akcije. Međutim, ovakav vid komunikacije, funkcionirao je kada su liječnik opće/obiteljske medicine i patronažna sestra skrbili o istim pacijentima na istom teritorijalnom području.



Najčešće bi liječnik opće/obiteljske medicine pisanim putem ostavio kratke podatke o pacijentu što uključuje ime i prezime pacijenta, adresu stanovanja, te potrebnu patronažnu skrb.

Nakon obavljene patronažne posjete, patronažna sestra dostavlja izvješće o zdravstvenom i socijalnom statusu pacijenta i njegove obitelji te prema tome postavlja sestrinsku dijagnozu, potrebne intervencije i cilj zdravstvene njege. Vrlo često, pisana komunikacija je otežana tehničkim problemima (različite smjene, nemogućnost komunikacije telefonom, izgubljeni ili ne zaprimljeni pisani trag), odnosno pacijent ne stanuje u području gdje radi liječnik.

Liječnik opće/obiteljske medicine zbog okolnosti rada, preopterećenja administracijom i raznim zakonskim pritiscima, nema dovoljnu preventivnu ulogu, ali uskom suradnjom s patronažnom sestrom koja poznaje sve karakteristike stanovništva na području na kojem radi može poboljšati nadzor nad obiteljima u skrbi, komunicirati s teže pokretnim i nepokretnim bolesnicima, promptno reagirati na promjene njihova zdravstvenog stanja te ostale opredijeljene pacijente i, naposljetku, utjecati na preventivne akcije u populaciji. Komunikacija liječnika opće/obiteljske medicine i patronažne sestre trebala bi biti svakodnevna, a najmanje tjedna. Takva komunikacija je značajka ravnopravnih dionika u zdravstvenom sustavu s istim ciljem očuvanja i zaštite zdravlja populacije.

Prilikom implementiranja informacijskih tehnologija između dionika primarne zdravstvene zaštite, liječnika opće/obiteljske i patronažne sestre potrebno je praćenje cjelovitog praćenja svih procesa rada, stalnog usavršavanja trenutnog stanja što dovodi do poboljšanja zdravlja u cjelini kroz dugoročni nadzor, prikupljanje i analiziranje podataka o simptomima, bolestima, liječenju pacijenta, dijeljenju terapijskog plana, problemskom pristupu i zdravstvenim ishodima. Informacijske tehnologije nam omogućuju komunikaciju između dionika primarne, ali i sekundarne zdravstvene zaštite te u novije vrijeme između zdravstvenih djelatnika i pacijenata.

Danas je obiteljski liječnik u mogućnosti komunicirati s patronažnom sestrom razvijenim programskim rješenjem samo jedne vodeće softverske tvrtke. Program je nastao sa prijenosom znanja dionika zdravstvenog sustava i suradnje sa informatičkim stručnjacima, te se i dalje razvijaju informatička rješenja prema prijedlozima zdravstvenih djelatnika, a koja obuhvaćaju sve tražene i zakonom propisane standarde rada patronažne sestre, vodeći se jednostavnošću te preglednošću rada.

Liječnik opće/obiteljske medicine programskim rješenjem šalje zahtjev za patronažnu posjetu pacijentu te je u mogućnosti u zahtjevu napisati medicinsku dijagnozu, kopirati propisanu kroničnu terapiju i napisati osobitosti za pacijenta. Patronažna sestra vodi individualnu evidenciju za svakog pojedinog pacijenta, unoseći anamnezu i status te postavljajući sestrinsku dijagnozu, intervencije i ciljeve kao i



evaluaciju provedene zdravstvene njege bolesnika. Moguć je unos multimedijalnog materijala (MMM-a) što omogućava lakši prikaz rane ili oštećenja kože. Nakon završetka upisivanja statusa te provedenih dijagnostičko-terapijskih postupaka zaključuje se posjet, a potom liječnik vidi izvještaj patronažne sestre. Međutim, patronažna sestra nije u mogućnosti vidjeti je li liječnik pročitao njen izvještaj, je li mu koristio te koje je daljnje postupke poduzeo vezano za pacijenta. Tako skrb za pacijenta potencijalno ostaje nepotpuna.

Liječnici opće/obiteljske medicine danas ovaj oblik komunikacije koriste gotovo isključivo za procjenu stanja pacijenta radi otvaranja ili produženja kućne njege, dok je gotovo u potpunosti zanemaren preventivno edukativni rad, što je ujedno i primarna djelatnost patronažne sestre. Danas patronažne sestre, primarno edukativni rad provode u kategorijama trudnica, babinjača, novorođenčadi i dojenčadi dok su ostale kategorije koje trebaju biti zastupljene u primarno edukativnom radu pomalo i zanemarene. Razlog leži u činjenici slabo dostupnih informacija, te razmjeni informacija. Primjer takve loše komunikacije su pacijenti koji su uključeni u Nacionalne preventivne programe, naime premda patronažna sestra može zabilježiti svoj rad u posebnom Nacionalnom programu, to čini rijetko, jer popis pacijenata ne dobiva putem integrirano, već sporadične informacije slučajno tijekom kućne posjete. Patronažna sestra ulazi u domove pacijenata te u njihovom kućnom okruženju može doprinijeti dobrom odazivu korisnika na preventivne programe.

Preventivni rad patronažne sestre na predloženi način bi bio zabilježen i kod liječnika, ali u ovom trenutku se ne koristi. Razlog leži u činjenici da i liječnici i patronažne sestre nisu dovoljno educirani o mogućnostima programskog rješenja kao i inertnosti cjelokupnog zdravstvenog sustava za unapređenje provođenja preventivnih programa, uključujući i javnozdravstvene akcije.

Upravo povod za kritički osvrt na ove nedostatke komunikacije bio je slab dotok informacija od liječnika do patronažne sestre. Naime, veliki postotak liječnika smatra da je elektronička komunikacija nedovoljno pouzdana te nepotrebna za posjetu patronažne sestre pacijentu. Zahtjevi liječnika u velikom postotku svedu se samo na osnovne podatke o pacijentu, ime i prezime, matičnu adresu i broj telefona (u manje slučajima i on je izostavljen). Kvalitetan rad patronažne sestre ovisi o dostupnosti informacija o pacijentu koje proizvodi sam liječnik opće/obiteljske medicine.

Rad patronažne sestre zabilježen u informatičkom programu, u ovom je trenutku dostupan jedino liječniku opće/obiteljske medicine koji radi u istom programu iste softverske tvrtke. Naime, patronažna služba svoj rad ne bilježi preko Centralnog zdravstvenog informacijskog sustava Republike Hrvatske (CEZIH) te time njen rad nije dovoljno prepoznat i integriran. Onog trenutka kad se svakoj patronažnoj sestri dodjeli ovlaštenje za pristup servisima CEZIH-a, možemo smatrati da će komunikacija i suradnja liječnika opće/obiteljske medicine i patronažne sestre biti unaprijeđena, a samim time i bolja skrb za pacijente, ali i suradnja sa drugim sustavima unutar CEZIH-a, jer se taj složeni informacijski sustav u svojim različitim dijelovima kontinuirano nadograđuje i poboljšava.

U novije vrijeme, razvija se i potreba za multidisciplinarnim timom koji skrbi za palijativnog pacijenta, liječnik opće/obiteljske medicine, mobilni palijativni tim koji čine liječnik specijalist i prvostupnica sestrištva te patronažna sestra. Da bi skrb bila potpuna dionici multidisciplinarnog tima moraju raspolagati potrebnim podacima, a prije svega osnovnoj dijagnozi bolesti i kroničnoj terapiji, informacijama o promjeni zdravstvenog stanja pacijenta, kao i o promjeni potrebne terapije te primjeni iste.

Povezanost sekundarne zdravstvene zaštite s patronažnom službom, bilo da se radi o otpusnim pismima hospitalizacije, dnevne bolnice ili rodilišta, unaprijedilo bi proces vanbolničke skrbi, dostupnost, jednostavnost pristupa informacija i brzinu protoka medicinskih informacija. Naposljetku bi se unaprijedila kvaliteta života bolesnika i njegove obitelji te povećao učinak preventivnih programa.

PRIPREMILE: Danijela-Lana Domitrović, mag.med.techn.

Katija Čulav, dr. med. spec anesteziologije, ranimatologije intenzivnog liječenja, Dom zdravlja Zagreb-Zapad

## PALIJATIVNA SKRB

# VIŠEDIMENZIONALNI ASPEKT BOLI

Kako bi naš pristup liječenju boli bio što uspješniji neophodno je osvijestiti potrebu promatranja bolnog stanja kroz više dimenzija. Bol nije samo posljedica fizičkog uzroka nego i pojava s psihološkim, socijalnim i duhovnim elementima, zahvaća sve aspekte ljudskog bića i tako uvelike i na više razina djeluje na kvalitetu života kako pacijenta tako i njegove obitelji/neposrednih njegovatelja.

Prema definiciji IASP-a (International Assotiation for the Study of Pain) bol je „neugodno osjetilno i emocionalno iskustvo udruženo s akutnim ili mogućim oštećenjem tkiva“.

## ZAKLJUČAK:

Razvojem informacijskih tehnologija u zdravstvu, postigli smo elektroničku komunikaciju između liječnika i patronažne sestre, ali još je uvijek nedostupna svim liječnicima i patronažnim sestrama. Razvojem daljnjih programskih rješenja, uviđavosti nadležnih institucija za eZdravstvo, uvažavanja prijedloga patronažnih sestara o potrebnoj dostupnosti informacija o pacijentu i suradljivosti s liječnikom opće/obiteljske medicine doći će do potpune i bolje skrbi za pacijenta. Na taj način će HZZO imati kontinuirano praćenje rada s jednostavnijom obradom podataka, a HZJZ bolji uvid u zdravstveno stanje populacije, praćenje provođenja nacionalnih preventivnih programa i uspjeh u promjenama životnih navika u populaciji.

## LITERATURA:

1. Stevanović R, Pristaš I. Nove informacijsko-komunikacijske tehnologije i komunikacija u medicini i zdravstvu. *Medix* 2011.;92:32-37
2. Katic M, Soldo D, Ozvacic Z, Blazekovic-Milakovic S, Vrcic-Keglevic M, Bergman-Markovic B, et al. Information systems and the electronic health record in primary health care. *Inform Prim Care*. 2007;15:187-92. Medline 18005568
3. Ministarstvo zdravlja; Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. *Narodne novine* 126/06 (preuzeto 2018. Feb16) [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2006\\_11\\_126\\_2779.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2006_11_126_2779.html)
4. Mojsović Z i sur. Sestrištvo u zajednici 2. dio str.195 – 203, Zdravstveno veleučilište, Zagreb
5. [http://www.hkms.hr/data/1240836358\\_378\\_mala\\_djelokrug\\_rada\\_i\\_podrucje\\_odgovornosti\\_ms\\_mt\\_503339262.pdf](http://www.hkms.hr/data/1240836358_378_mala_djelokrug_rada_i_podrucje_odgovornosti_ms_mt_503339262.pdf) (preuzeto 08.08.2018.)
6. *Narodne novine* [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017\\_06\\_56\\_1235.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017_06_56_1235.html) preuzeto (08.08.2018)

koji je presudan ne samo zbog kvalitete dobivenih podataka važnih za dijagnostiku već i poboljšava rezultate liječenja.

Kroz različite vidove bolnih stanja od nociceptivne naspram neurološke boli, akutne naspram kronične boli, karcinomske naspram nekarcinomske dolazimo do koncepta totalne boli koji je skovala Cicely Saunders razmišljajući o tome kako postoji cijela mreža kakao fizičkih tako i različitih psihičkih, socijalnih i duhovnih problema koji se zapletu u čvor izazivajući ogromnu količinu neugode, stresa, boli... koji i najbolje opisuje slojevitost problema i zahtijeva holistički pristup liječenju.

Fizički uzrok boli: povreda, oštećenje, komorbiditeti, nuspojave liječenja

Duhovni poremećaj ili nadogradnja, egzistencijalna pitanja: zašto ja, zašto me se kažnjava...? loša sudbina/sreća, itd.

Promjena socijalnog statusa: promjena položaja/statusa bolesnika u obitelji i društvu (uloga u obitelji, posao, plaća, itd.).

Psihološke/psihičke promjene: strah, nervoza, neprihvatanje, depresija

Palijativna skrb nije usmjerena na liječenje bolesti već poboljšanje kvalitete života, a bitno poboljšanje se postiže kada se pacijenta riješi bolova ili se bolno stanje bitno ublaži, a poboljšanjem kvalitete života poboljšavaju se i rezultati liječenja.

SZO definira kvalitetu života kao „vlastitu percepciju pojedinca o položaju u životu u kontekstu sustava vrijednosti i kulture u kojoj živi i u odnosu na svoje ciljeve, očekivanja, standarde i brige”.

Opća kvaliteta života je složen, ali cjelovit doživljaj zadovoljstva životom, koji nastaje svojevrsnim trajnim procjenjivanjem kakvoće življenja pojedinca na raznim područjima života.

Ta kakvoća života pojedinca ne proizlazi automatski iz zadovoljavanja nekih osnovnih potreba ili određene razine životnog standarda, već iz kompletne psihološke strukture pojedinca u interakciji s fizičkom i socijalnom okolinom u kojoj živi.

Osim vrsta boli, načina liječenja svake od njih te utjecaja boli na kvalitetu života, bitno se dotaknuti i pratećih problema kao što je npr. još prisutna opiofobija, a s druge strane nesmotreno propisivanju opioida kod bolnih stanja koje zahtijevaju drugačije terapijske postupke, potom nedostatak educiranih pružatelja skrbi kao i nepostojanje zaštite pružatelja skrbi od izgaranja.

Najčešći uzrok našeg neuspješnog liječenja bolnog stanja je nemogućnost pružanja pomoći u rješavanju psiholoških, duhovnih i socijalnih problema pacijenta. Kada član obitelji oboli poremeti se dinamika cijele obitelji, pacijent koji je nerijetko bio „hranitelj“ obitelji dolazi u poziciju da je nemoćan i da se o njemu treba skrbiti, ponekad su i osobe koje skrbe o pacijentu one za koje pacijent nikada nije htio da skrbe o njemu što stvara dodatnu frustraciju, javlja se briga o ekonomskom opstanku obitelji, o brizi za malodobnu djecu, krivnja, neriješeni odnosi, strah od smrti ... sve su to izvori boli koji se ne rješavaju uspješno povećavanjem doze opioida. Za uspješno rješavanje takvih problema potreban je tim educiranih i empatičnih ljudi, puno razgovora i veliki angažman svih dionika skrbi te podrška sustava. Uloga sestre u liječenju boli kod palijativnih pacijenata je izuzetno velika, najbitniji od svih elemenata njenog djelovanja (a mnogo ih je) je uspostavljanje odnosa povjerenja s pacijentom i njegovom obitelji te stvaranje osjećaja sigurnosti i stalne podrške što samo po sebi djeluje terapijski.

PRIPREMILA: Vesna Senjanović, bacc.med.techn  
Dom zdravlja Zagreb-Zapad

## DENTALNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

# ORALNO ZDRAVLJE

Oralno zdravlje preduvjet je zdravlja cijelog organizma. Temelji se na uravnoteženoj prehrani, oralnoj higijeni, te redovitim kontrolnim pregledima. Da bi održali naše zube zdravima, važna je edukacija i provođenje zdravstvenog odgoja. Zdravstveni odgoj dio je zdravstvene skrbi, a ovisi o kulturnim, socijalnim, etičkim i psihičkim potrebama pojedinca i zajednice. U njegovom provođenju veliki značaj ima i medicinska sestra kao dio liječničkog tima.





Medicinska sestra je važan nosilac zdravstvenog odgoja u praksi. U sklopu redovitog školovanja stječe znanja i kompetencije te ih primjenjuje u svakodnevnoj praksi i radu sa pacijentima. Njene uloge su brojne, od provođenja zdravstvene njege do savjetnice i suradnice. Savjetodavna uloga tj. edukacija pacijenta jedna je od najčešćih intervencija koje provodi medicinska sestra unutar dentalnog tima na razini primarne zdravstvene zaštite. Ne smijemo zaboraviti da dobro odrađena prevencija uvelike smanjuje troškove zdravstvene zaštite. S toga je uloga medicinske sestre da dobro informira pacijente o odgovornom zdravstvenom ponašanju. Medicinska sestra na pacijente utječe i svojim primjerom, te ne smije zaboraviti rad na vlastitoj edukaciji.

Sa zdravstvenim odgojem o oralnoj higijeni počinjemo informirati već samu trudnicu. To se nastavlja na djecu predškolske i školske dobi te na odrasle i stariju populaciju. Svaka dob nosi neke svoje specifičnosti, pa pacijenta uvijek možemo savjetovati, motivirati da dodatno unaprijedi oralnu higijenu, ili ga upoznati sa novonastalim promjenama, bolestima i stanjima.

Samo dobro educirana sestra, koja prati svjetske zdravstvene trendove, biti će uspješna u zdravstvenom odgoju i promicanju oralnog zdravlja.

## PIRAMIDA ORALNOG ZDRAVLJA

DODATNE MJERE  
REDOVITA KONTROLA  
LOKALNA PRIMJENA FLUORA  
URAVNOTEŽENA PREHRANA  
REDOVITA I PRAVILNA HIGIJENA  
ZDRAVSTVENI ODGOJ

## NJEGA ZUBI

### TRUDNOĆA I DOJENJE

Briga za naše zube počinje već u trudnoći. Trudnoća je stanje kada usna šupljina zahtijeva posebnu njegu. Zbog povećanog djelovanja hormona dolazi do povećane sklonosti upale zubnog mesa. Ono može biti lagano natečeno i vrlo osjetljivo na sve podražaje. Istraživanja su pokazala da desni reagiraju upalom, dolazi do njihova oticanja, nerijetko praćenog krvarenjem i bolnošću, a bakterijske naslage izazivaju jači odgovor tkiva u trudnoći, pri čemu oticanje i bolnost zubnog mesa dodatno otežavaju održavanje higijene. Ako pri tome postoji nedovoljna njega usne šupljine, plak će se pojačano lijepiti na zube, te stvarati naslage koje su različita podloga za bakterije i nastanak karijesa ili upala

desni. Isto tako dolazi do povećane kiselosti sline uslijed povećanog broja acidofilnih bakterija, a dodatno se može povećati i prekomjernim povraćanjem (hiperemesis gravidarum).

Zbog svega navedenog potrebno je upozoriti buduće majke na nužnost ispravne oralne higijene. Pored četkice i paste, te ispravne tehnike četkanja, potrebno je upotrijebiti i zubnu svilu te po potrebi i tuš za usta. Na početku trudnoće potrebno je odstraniti zubni kamenac i sanirati karijes. Tijekom trudnoće plod dobiva sve što je potrebno za razvoj. Za to je neophodna zdrava i raznovrsna prehrana sa dovoljnom količinom kalcija, željeza i fosfora, te vitamina A i D. Tkiva iz kojih će se razviti zubi djeteta počinju se formirati oko šestog tjedna trudnoće. Nedostatna i jednolična prehrana može uzrokovati poremećaj u mineralizaciji mliječnih zuba. Od četvrtog mjeseca trudnoće pa sve do poroda, a može i tijekom dojenja, mogu se uzimati preparati fluora u tabletama za zaštitu zubi. Prvi posjet stomatologu trebao bi biti kad žena sazna da je trudna, a onda barem još u svakom tromjesečju jedanput.

Kao što znamo majčino mlijeko je najbolja prehrana ta djeteta. Ono štiti od infekcije, a prirodno dojenje i funkcijski podražaji koji nastaju prilikom sisanja značajni su za pravilan razvitak međučeljusnih odnosa. Na taj način možemo izbjeći stvaranje stečenih ortodontskih nepravilnosti i normalan razvoj čeljusti.

### PREDŠKOLSKA DOB

Za zdravlje zubi jako je važna briga o njihovoj higijeni, kao i pravilna prehrana.

Malom djetetu ispočetka je dovoljna prehrana majčinim mlijekom. Kada se uvede dohrana hrana mora biti bogata hranjivim sastojcima, te vitaminima i mineralima. Ne preporuča se ispijanje zaslađenog čaja ili slatkih napitaka pri uspjavanju. Ako dijete ima dudicu ona se ne smije močiti u med ili šećer. Utvrđeno je da to uzrokuje karijes tek izniklih mliječnih zuba u djece tzv. „karijes bočice.“ Roditelje treba upozoriti da izbjegavaju provjeru temperature u bočici stavljajući dudicu u svoja usta ili da hraneći dijete upotrebljavaju isti pribor za jelo. To su nehigijenske i štetne navike jer omogućuju prelazak bakterija iz usta u usta.

Mliječni zubi počinju nicati oko šestog mjeseca, a nicanje završava između 25. i 30. mjeseca života. Mliječnih zubi ima dvadeset, a jednako su važni kao i trajni zubi. Služe za funkcionalno žvakanje, pravilan izgovor i lijep izgled. Između mliječnih zubi obično se nalaze mali razmaci - dijasteme koji osiguravaju u budućnosti pravilan postav trajnih zuba. Ispod ili iznad mliječnog zuba nalazi se zametak trajnog zuba. To je važno znati jer se kod

padova i mogućih ozljeda, koje su česte kod djece, može oštetiti i trajni zub, iako još nije izniknuo. Ako je nicanje bolno na tržištu postoje različiti preparati za ublažavanje tegoba koje možemo dati djetetu, ali u suradnji s liječnikom.

Važno je napomenuti da se oralna higijena počinje vršiti već pri prvom nicanju zub, a ne kada su iznikli svi mliječni zubi. Ispočetka je dovoljno da se zubi očiste navečer prije spavanja, i to tako da namotamo gazu na prst te probamo prijeći sve plohe zuba. Nakon toga dijete treba postepeno navikavati na četkicu, a zatim i na pastu. Važno je da se zubi očerkaju, jer je bitno otkloniti meke naslage mehanički, a pasta služi za bolji okus i dodatnu zaštitu, pa je možemo uvesti postepeno. Isto tako je važno da roditelji prate razvoj mliječnih zubi, te vrše kontrolu. Ukoliko primijete crne ili bijele točkice, to može biti karijes, pa je potrebno dijete odvesti stomatologu na pregled. Roditelji su dužni voditi brigu o oralnom zdravlju svoga djeteta, a zapušteno zubalo smatra se ozbiljnom povredom dječjih prava te se može govoriti o zanemarivanju ili zlostavljanju. Zanemarivanje je najčešći oblik zlostavljanja djece. U dentalno medicinskoj literaturi poznat je i pojam dentalnog zanemarivanja, kao podvrste medicinskog zanemarivanja. Kao najčešći pokazatelji navode se neliječen rani dječji karijes („early childhood caries“) koji ima dugoročne posljedice na opće zdravlje i nerijetko je samo izdvojen simptom opće zanemarenog djeteta, zatim neliječena bol, upala, krvarenje ili trauma u sklopu orofacijalnog područja te odgođeno traženje dentalno medicinske pomoći. Adekvatno znanje svih članova dentalno medicinskog tima o simptomima različitih oblika zlostavljanja nužan je preduvjet za otkrivanje zlostavljanja i pružanje pomoći zlostavljanom djetetu u dentalno medicinskoj praksi.

Prema preporuci brojnih stomatoloških udruga diljem svijeta prvi posjet djeteta stomatologu trebao bi biti oko prve godine života. Dijete treba pripremiti kroz igru za pregled. Danas imamo dostupne mnoge slikovnice i edukativne crtane filmove koji nam u tome mogu pomoći. Isto tako djetetu možemo pokazati kroz igru što ga očekuje; npr. možemo pregledati među, ili omiljenu lutku te tako pružiti dobar primjer. Prilikom pripreme trebalo bi izbjegavati fraze poput „neće ništa boljeti; ti samo budi dobar; ne trebaš se ništa bojati“ jer unaprijed stvaraju negativnu sliku. Ako je dijete bilo dobro možemo mu dati „Diplomu za hrabrost“ Dobro bi bilo dijete povesti sa sobom kada odlazimo na pregled pa mu svojim pozitivnim primjerom otkloniti strah. Treba dijete naučiti od malena da je posjet zubnom liječniku svakih šest mjeseci potpuno prirodna stvar. U prisustvu djeteta ne bi trebalo govoriti o neugodnim stvarima ili ga zastrašivati liječnikom.

Važno je napomenuti da dijete može doći i više puta dok se ne privikne na pregled, a svakako nije primjereno derati se na dijete, govoriti mu pogrdne riječi i ne biti strpljiv. Prvi posjet stomatologu bi svakako trebao biti dok su zubi još zdravi, jer kada dijete dođe sa bolovima teško da će mu pregled ostati u dobrom sjećanju. Bitno je da roditelji ukoliko imaju vlastiti strah od stomatologa to ne prenesu na svoje dijete. Važno je steći povjerenje djeteta jer kada se jednom taj odnos uspostavi ostaje za cijeli život.

## ŠKOLSKA DOB I ADOLESCENCIJA

Oko šeste godine, polaskom djece u školu, dolazi do mijenjanja zubi. Mliječni zubi se počinju klimati i ispadati, a na njihovo mjesto dolaze trajni zubi. Među prvima niču i trajne šestice. Kako je mliječnih zubi dvadeset šestice nemaju svog prethodnika, pa roditelji često ne primijete da je dijete dobilo novi zub. Iz tog razloga šestice znaju biti često kariozne i destruirane. Između šeste i devete godine nastaje i mijena sjekutića, a između devete i dvanaeste godine niču očajnički pretkutnjaci. Treba napomenuti da je mijena zubi dosta varijabilna i individualna pa se ne treba zabrinjavati ako kod nekoga kasni i ne prati tijek kao kod vršnjaka. Mliječni zubi se obično rasklimaju i ispadnu sami. Ispod svakog mliječnog zuba se nalazi zametak trajnog. Kako trajni zub izlazi prema površini dolazi do resorpcije korijena mliječnog pa se zub počne klimati i na kraju ispadne. Mliječni zub služi kao „tračnica“ trajnom zubu pa je zbog toga važno da je on zdrav ili plombiran. Ako se mliječni zub raspadne od



karijesa ili se prerano izvadi postoji mogućnost da trajni zub neće izrasti na pravom mjestu. Zbog toga je važno da saniramo i mliječne zube.

**ORTODONCIJA** - U toku nicanja i mijene zuba mogu nastati razni poremećaji u smještanju zuba. Ako do toga dođe potrebno je dijete uputiti na ortodontiju, kako bi se na vrijeme moglo intervenirati. Ortodontija je (grč. preko lat.), grana stomatologije koja se bavi proučavanjem i regulacijom nepravilnoga razvoja zubi i čeljusti. Neke su ortodontske nepravilnosti nasljedne, a neke se stječu. Među najčešćima su progenija, pokrovni, otvoreni i unakrsni zagriz te razne kompresije. Prethodna sanacija zuba preduvjet je uspješnog ispravljanja zuba i čeljusti. Prije ortodontskog pregleda važno je da se napravi RTG snimka cijele čeljusti tzv. ortopantomogram. Bitno je da se ne vrijeme uoče ortodontske nepravilnosti, kako bi se što prije pristupilo ortodontskom liječenju. Ono se temelji na spoznaji da se kost može preoblikovati. Grana medicine poznata pod nazivom biomehanika bavi se izučavanjem utjecaja sila na kost u različitim stadijima njenog razvoja. Zahvaljujući tome, u tijeku rasta i razvoja u školskoj dobi, možemo preventivno djelovati ili ispraviti i pravilno usmjeriti postavu zubi i razvoj čeljusti. Ortodontski aparati mogu biti mobilni ili fiksni. Izbor aparata ovisi o dijagnozi i dobi, te materijalnoj mogućnosti pacijenta. Mobilni aparat pacijent može sam skinuti, a fiksni ili popularno zvan „bravice“ ostaje trajno na zubima sve do kraja terapije. Fiksni aparat ortodont postavlja izravno u ustima, a mobilni izrađuju zubni tehničari u laboratoriju. Mobilni aparatići se mogu izrađivati u raznim bojama pa male pacijente tako dodatno stimuliramo na njihovo nošenje. Važno je naglasiti da ranom prevencijom i terapijom možemo pomoći u bržem i uspješnijem ispravljanju nepravilnosti čeljusti i zuba.

Na nastanak ortodontskih anomalija mogu utjecati i nepodesne navike djeteta. Tu spadaju sisanje palca, prsta ili predmeta, obična duda varalica, disanje na usta, pritiskivanje jezika na zube, držanje olovke u ustima, spavanje čučeci ili držanje šake pod obrazom pri spavanju i dr. Važno je roditelje upozoriti na štetnost tih navika, a dijete pokušati pridobiti da to ne radi. S obzirom na to da su nepodesne navike posljedica emotivne gladi te osjećaja nesigurnosti i straha, roditelji trebaju pronaći načini pomoći djetetu da se osjeća sigurno prihvaćeno i ugodno. Nikako nije dobro dijete kažnjavati, nego je učinkovitije ga svaki put nagraditi za svako odustajanje od svoje navike.

Nakon što dijete dobije mobilni ortodontski aparatić važno je naglasiti da ga mora nositi redovito dovoljan broj sati kako je preporučio liječnik. Prije stavljanja aparatića treba temeljito oprati zube i aparatić. Pravilo je: čist aparatić - u čista usta. Ako nosi fiksni aparatić potrebna je besprijekorna

higijena i četkanje nakon svakog obroka, a preporučuje se i upotreba ortodontske i interdentalne četkice.

Na početku terapije moguće je osjećati nelagodu i pritisak koji su prolazni nakon nekoliko dana.

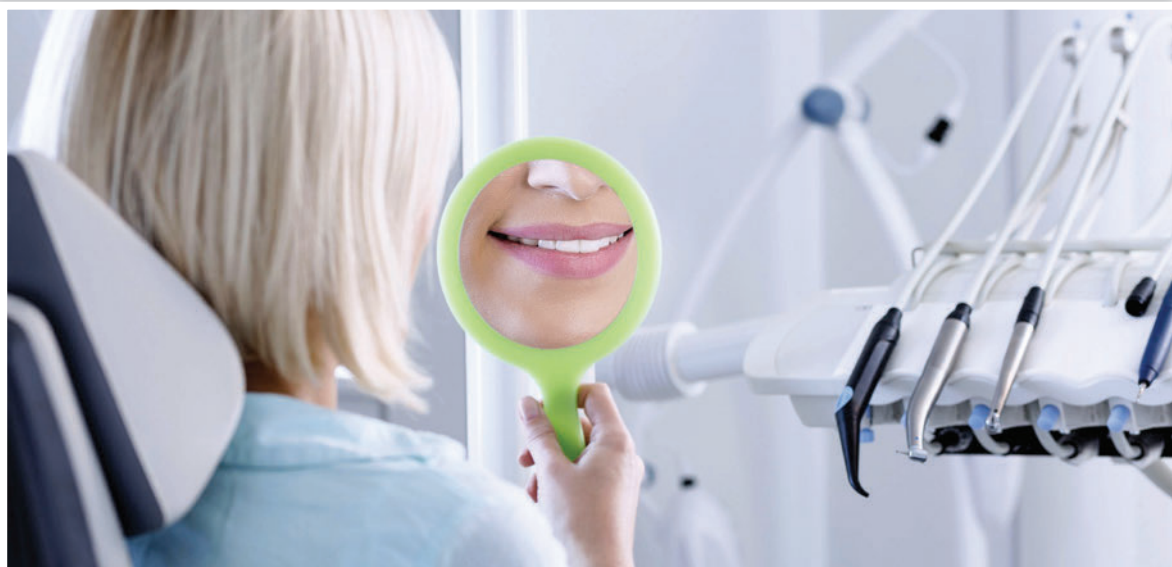
**FLUORIDACIJA** je postupak koji se provodi u stomatološkoj ordinaciji, nekoliko puta godišnje. Važna je zbog toga jer se posebnim pastama premazuju zubi, otopinom koja sadrži velike količine fluora. Na taj način se vrši zaštita od karijesa.

**PEČAĆENJE FISURA** - Termin »pečaćenje fisura« označava nanošenje organskih smola u okluzijske jamice i fisure premolara i molara sklonih karijesu i stvaranje mehaničkog zaštitnog sloja od djelovanja bakterija koje dovodi do nastanka karijesne lezije. Oko šeste godine djeteta, iza zadnjih mliječnih kutnjaka, niču prvi trajni kutnjaci-šestice. Šestice su najvažniji zubi u čeljusti. Istraživanja su pokazala da unatoč fluoridaciji zbog posebne građe žvačnih ploha kutnjaka na njima dolazi do karijesa. Stoga se u skladu s procjenom liječnika obavlja tzv. pečaćenje fisura. To je postupak kada se na žvačnim ploham kutnjaka vrši zalijevanje žljebova posebnim materijalima. Na taj način se sprječava zadržavanje hrane na žvačnim ploham, a samim time štitimo zub od karijesa. Postupak je bezbolan i traje nekoliko minuta. Dobro postavljen i redovito kontroliran pečat predstavlja dugotrajnu zaštitu od karijesa.

**PREVENCIJA TRAUMA** - Nezgode se dešavaju u svim životnim dobima, a u dječjoj dobi nisu rijetkost. Uslijed padova može doći i do oštećenja ili izbijanja jednog ili više zubi. Ukoliko dođe do puknuća dijela zuba to se može pokušati sanirati plombom ili krunicom. Najteža ozljeda zuba je njegovo potpuno izbijanje ili avulzija. Najčešće bivaju izbijene trajne gornje jedinice. U slučaju avulzije potrebno je zadržati prisebnost, te smiriti dijete i pokušati pronaći zub te ga vratiti u njegovu alveolu. Prethodno bi zub trebalo isprati pod mlazom vode, bez grubog čišćenja ili struganja po korijenu jer na taj način možemo uništiti pričvrtni ligament. Ukoliko se zub vrati u roku sat vremena moguća je potpuna reparacija zubnog ligamenta. Ako zub nismo u mogućnosti staviti u alveolu treba ga staviti u fiziološku otopinu ili mlijeko i potražiti pomoć stomatologa. Gubitak prednjeg zuba čini dijete drugačijim od ostalih što bi moglo utjecati na psihi djeteta, pa je važno da na to obratimo dodatnu pozornost.

**ZAŠTITA PRI SPORTSKIM AKTIVNOSTIMA** - Danas je uobičajeno da se djeca bave raznim sportskim aktivnostima. Za razne sportove postoji različita oprema, a za neke je potrebna i obavezna upotreba štitnika za zube, npr. hokej, borilački sportovi, ragbi, brdski biciklizam i dr. Štitnik ili udloga štiti zube i tkiva od udarca, sprječava prelome i





izbijanje zubi, te amortizira udarac usnica i obraza u zube. Danas se štitnici rade od bioplasta. To je fleksibilan materijal koji je netoksičan i biološki prihvatljiv. Sportašu daje dodatan osjećaj sigurnosti, te omogućuje da se bolje koncentrira na igru. Postoje štitnici koje osoba može sama napraviti, a najbolji su individualni štitnici koje izrađuje doktor dentalne medicine. Važno je naglasiti da je štitnik najjeftiniji dio opreme, jer se njegova cijena ne može uspoređivati sa cijenom bolnog i skupog dentalnog tretmana ozljeda zubi. Stoga je važno da potičemo djecu na njegovu upotrebu.

**PRAVILNA METODA ČETKANJA** - Za dobru higijenu važno je naučiti pravilno četkati zube. Zube bi trebalo četkati poslije svakog obroka (2-3) puta dnevno, a najvažnije je ujutro te uvečer prije spavanja. Vrlo važno je da se primjenjuje rotirajuća metoda čišćenja. Prvo peremo površine za žvakanje. Četkicu položimo vodoravno na posljednji zubi malim kružnim pokretima čistimo prema naprijed. Zatim peremo vanjske plohe kutnjaka i pretkutnjaka, kružnim pokretima, od natrag prema naprijed sa zatvorenim zubima. Svaki zub treba preći dvadeset puta četkicom. Unutarnje površine zuba se peru tako da prvo peremo stražnje površine gornjih zuba, malim kružnim pokretima od natrag prema naprijed, a zatim donje unutarnje strane zuba, isto od natrag prema naprijed. Prednji zubi peru se kružno. Preporuča se upotreba paste sa fluorom.

Ako dijete ima fiksni ortodontski aparat treba upotrijebiti ortodontsku i interdentalnu četkicu radi bolje higijene, te izbjegavati međuobroke

## ODRASLA DOB

Pravilnu tehniku četkanja zubi trebali bi usvojiti u dječjoj dobi, a kao odrasla osoba tu tehniku

možemo samo nadograđivati ovisno o stanju naše usne šupljine. Za održavanje čistoće svih zubnih ploha možemo koristiti i pomoćna sredstva kao što su zubna svila, interdentalne četkice i vodica za usta. Zubna četkica bi trebala biti od umjetnih vlakana jer su ona zaobljena na vrhu, treba biti prilagođena veličini usta, i sa mekšim vlaknima jer ona osiguravaju bolje četkanje zubnog mesa. Četkicu bi trebalo mijenjati svaka tri do četiri mjeseca, a ako se rascvjeta i prije. Četkica može biti i električna. Međutim ona nije pogodna za svakodnevno četkanje zubi jer može biti preagresivna i imati nepovoljan učinak na zubno meso i caklinu zuba. Preporuča se mehanički manje spretnima i osobama s invaliditetom. Danas na tržištu postoje različite zubne paste koje sa svojim aktivnim tvarima različito djeluju na zube. Tako imamo paste koje otpuštaju fluor, koje djeluju povoljnije na zubno meso, ili sprečavaju preosjetljivost zubnih vratova. Svako bi trebao uzeti pastu koja mu najviše odgovara.

Uz četkicu i pastu u odrasloj dobi bi trebali koristiti i zubnu svilu. Ona nam služi da se skinu naslage u prostoru među zubima. Od role konca otkinemo oko dvadesetak centimetara i namotamo na prste. Konac se napne i nježno uvlači među zube pazeći da se ne ošteti zubna papila, nježno čisteći zub.

Kako se s godinama zubno meso povlači, a prostor između dva zuba biva sve veći, više nećemo upotrebljavati svilu, nego interdentalne četkice. To su male četkice koje provlačimo između dva zuba da bi otklonili komadiće hrane. Vrlo je važno dobro očistiti prostor između dva zuba da ne bi došlo do stvaranja zubnog kamenca i upale zubnog mesa.

Ako osoba ima u ustima krunice ili implantate također mora pojačati higijenu. U tom slučaju može se dodatno upotrijebiti i zubni tuš. To je električni aparat sa spremnikom vode i mlaznicom. Voda

ulazi u usnu šupljinu pod mlazom i tako čisti teško dostupna mjesta, što omogućava dobru higijenu. Ako pak ima zubnu protezu važno je naglasiti da se proteza i usta moraju isprati poslije svakog jela da bi se spriječio neugodan zadah i upala zubnog mesa.

Na tržištu danas postoje i vodice za usta. One upotpunjavaju zubnu higijenu. Obično su na bazi fluora i klorheksidina te imaju antiplak djelovanje. Ne preporučuju se za svakodnevnu upotrebu, nego periodički.

Danas su u upotrebi i gume za žvakanje protiv karijesa. One ne sadrže šećer, već sredstvo kojim se kiseli pH poslije hranjenja neutralizira i tako sprječava nastanak zubnog plaka, a tako i karijesa. Nadalje, guma potiče lučenje sline što potiče prirodno čišćenje zuba. Gume za žvakanje sa ksilitolom i fluorom djeluju preventivno jer onemogućavaju porast kiselosti, jačaju caklinu i potiču salivaciju i do 300%. Možemo ih koristiti ako nemamo mogućnost pranja zubi. Znanstveni podaci koji idu u prilog nespecifičnim prednostima žvakaćih guma bez šećera analizirani su i potvrđeni od strane ključnih dentalnih organizacija širom svijeta, uključujući FDI (Svjetsku stomatološku udruhu), ADA (Američku dentalnu udruhu) i EFSA (Europsko tijelo za sigurnost hrane). Međutim treba imati na umu da prečesto žvakanje guma može dovesti do poremećaja temporomandibularnog zgloba.

Važno je naglasiti da se prevencija karijesa provodi i pravilnom prehranom. Za zdrave zube važno je uzimati krutu, a ne ljepljivu hranu, te puno sirovog voća i povrća. Važni su i mliječni proizvodi. Potrebno je izbjegavati slaku hranu i slatke napitke, a naročito alkohol i cigarete. Hranu treba uzimati unutar dnevnih obroka, nakon toga oprati zube te izbjegavati česte međuobroke i slatke zalogajčice.

Važno je naglasiti da potpuni uvid u stanje naše usne šupljine možemo dobiti na kontrolnom pregledu u zubnoj ambulanti koji moramo obaviti najmanje dva puta godišnje. Pregledi se često odgađaju i izbjegavaju kod ljudi koji su imali prethodna negativna iskustva.

## STRAH OD POSJETA STOMATOLOGU

STRAH je česta pojava koju doživljavaju ljudi pri posjetu zubnom liječniku. Mnogi medicinski zahvati su povezani sa boli, a stomatološka ordinacija je u „vrhu popularnosti“ po očekivanoj boli, a samim tim i po broju ljudi koji imaju strah. Epidemiološka istraživanja pokazuju da oko 5-10% odraslih upravo iz straha ne odlaze na redovite preglede. Kod djece se u oko 15% njih pojavljuje strah ekstremnog

intenziteta. Zajedničkom suradnjom stomatološkog tima i pacijenta taj strah je moguće prevladati. Da bi se ostvarila uspješna suradnja potrebno je dijete odvesti u stomatološku ordinaciju već oko prve godine, kada ima nekoliko mliječnih zuba. Dijete ne moramo odmah pregledati. Može doći i nekoliko puta prije tretmana, a važno ga je upoznati sa ordinacijom, aparaturom, instrumentima i osobljem na njemu prihvatljiv način. Za suzbijanje straha važno je uspostaviti odnos povjerenja, koji se nikada ne smije narušiti. Također se u ordinaciji mogu primjenjivati i određene tehnike koje nam omogućuju da smanjimo strah, a samim time i bol.

To su:

1. Odvratanje pažnje (slušanje glazbe, gledanje tv, zatvaranje očiju-imaginacija)
2. Stezanje i motorički postignuto olakšanje (stiskanje šake ili naslona)
3. Opuštanje (duboko disanje, autogeni trening)
4. Kognitivne tehnike (brojenje, gledanje na sat, motivirajuće samoinstrukcije)

Pri rješavanju straha moramo imati na umu da je potrebno gledati pacijenta kao ličnost, a ne samo njegove zube, dajući mu do znanja da je on glavni u timu. Također je potreban timski rad unutar ordinacije te trajno usavršavanje i prihvaćanje suvremenih znanstvenih metoda. U suzbijanju straha medicinska sestra ima veliku ulogu. Trebala bi pacijenta upoznati sa zahvatom kako bi mu smanjila anksioznost, uputiti ga u tehnike koje mu omogućuju bolju relaksaciju, te zagovarati prava pacijenta i na taj način učiniti tretman ugodnim.

\*\*\*

Iako se pojam oralno zdravlje često banalizira i podrazumijeva kao nešto što svako zna, iz prakse je vidljivo da nije baš tako. Epidemiološki podaci o velikom broju karijesa, gingivitisa i paradontitisa ukazuje nam da za edukaciju o oralnom zdravlju itekako ima prostora i potrebe. Edukacija bi trebala započeti već sa izbijanjem prvih mliječnih zubića, i to u krugu obitelji. Nadalje se treba provoditi u vrtićima i školama, a posebice u stomatološkim ambulantomama, gdje medicinska sestra, kao važan dio tima, ima veliku ulogu. Zdravstveni odgoj obuhvaća veliko područje, a neke od dužnosti sestara su da upozna pacijenta sa pravilnom prehranom, ispravnim četkanjem, otkloniti mu strah od dentalnog tretmana, te spriječiti neželjene pojave.

Stoga možemo zaključiti da je zdravstveni odgoj od velike važnosti za promicanje oralnog zdravlja, te zdravlja općenito.

PRIPREMILA: Mirna Vrčec

# UZ SVJETSKI DAN SLUHA 3. OŽUJKA



Na Svjetski dan sluha 3.ožujka 2019.,Svjetska zdravstvena organizacija skrenula je pozornost na važnost rane identifikacije te provođenje intervencija kod gubitka sluha. Mnogi ljudi žive s neidentificiranim gubitkom sluha, često ne shvaćajući da im nedostaju određeni zvukovi i riječi. Provjera sluha predstavlja prvi korak u rješavanju tog pitanja. **Svi ljudi trebaju povremeno provjeravati sluh**, osobito oni koji su izloženi većem riziku od gubitka sluha, kao što su stariji od 50 godina, oni koji rade na bučnim mjestima, oni koji intenzivno slušaju glazbu tijekom dugog vremenskog razdoblja te oni koji imaju problema s uhom. Zdravstvene usluge za ranu identifikaciju i intervenciju kod oštećenja sluha, trebale bi biti dostupne putem zdravstvenog sustava.3. ožujka 2019., SZO pokrenula je besplatnu aplikaciju koja omogućava provjeru sluha. Aplikacija HearWHO koristiti će se za: podizanje svijesti o važnosti sluha, poticanje ljudi da redovito provjeravaju svoj sluh i prakticiraju sigurno slušanje te kao mogućnost zdravstvenim radnicima da provjere status sluha osoba u njihovim zajednicama. Više informacija o kampanji dostupno je na web stranici SZO [www.who.int/world-hearing-day](http://www.who.int/world-hearing-day) uključujući i informativne materijale kao što su brošure, plakati, transparenti, infografije, prezentacije i slično. **Zašto je odabran datum 3. ožujka?** Zato jer **3.3 podsjeća na oblik dva uha.**

## RIZIK ZA GUBITAK SLUHA UZROKOVAN NAČINOM ŽIVOTA

Živimo u okruženju i neprestano stupamo u interakciju s njim, prilagođavajući se uvjetima u okolišu. Uživamo u njegovim bogatstvima: cvrkutu ptica, šuštanju lišća, šumu vodopada i blagom povjetarcu. Sluh je divan osjet koji nam dopušta da uživamo u zvukovima okoliša, glazbi, govoru naših najmilijih. Sluh pokreće uspostavljanje komunikacije između majke i djeteta već u dobi od 3 mjeseca prije njegova rođenja. Kompleksni kognitivno-bihevioralni aspekt sluha, odnosno slušanja je kritičan za stjecanje i širenje govorno-jezičnih i komunikacijskih vještina kod osoba s intaktnim slušnim mehanizmom. Sluh nam pomaže da se povežemo s ljudima i okolinom i također nas

štiti od vjerojatnih opasnosti.

Slušni sustav je odgovoran za slušanje i razumijevanje govora i zvukova okoliša. Sastoji se od perifernog (vanjskog, srednjeg i unutarnjeg uha) i središnjeg mehanizma (slušni živac, moždano deblo i slušni korteks). Strukturni i funkcionalni deficit u jednoj ili više komponenti može ograničiti naš slušni sustav na primanje bitnih informacija iz okoline. Zdravstveni stručnjak koji se utvrđuje oštećenje sluha naziva se audiolog. Najčešći uzroci gubitka sluha koji utječu na velik broj pedijatrijske i gerijatrijske populacije su genetska predispozicija, kronične i ponavljajuće infekcije uha, ototoksičnost, dugotrajna izloženost buci i starenje.

## NEDAVNA STUDIJA

Nedavno je na Odsjeku za audiologiju Sveučilišta Amity u Haryani provedeno križno istraživanje u Gurugramu, koje je imalo 412 zdravih sudionika (205 muškaraca i 207 žena) u dobi od 17 do 25 godina. Tim audiologa dao je sudionicima upitnik o riziku od gubitka sluha izazvanog načinom života (LIHLRQ). Primijenjen je pod strogim nadzorom kvalificiranih audiologa. Sudionicima je dano 15-20 minuta vremena da popune sve dijelove LIHLRQ-a.

Upitnik s 28 pitanja kategoriziran je u tri dijela, tj. izlaganje buci, životni stil i vjerodostojnost zdravlja i medicinska povijest vezana za uho. Od ukupno 412 sudionika u ovom istraživanju, samo 1,21% ne spada ni u jednu kategoriju rizika, dok 54,61% spada u kategoriju blagog te 39,56% umjerenog rizika. Postotak stanovništva pod visokim rizikom bio je 4,61%. Ishod trenutne studije pokazao je da je **gotovo polovica ukupnog broja mladih sudionika bila u blagom riziku od gubitka sluha uzrokovanog stilom života, a oko 40% ispitanika imalo je umjereni rizik od gubitka sluha uzrokovanog načinom života.** Iako je rizik od problema sa sluhom blag u 50% sudionika, to je alarmantan znak koji ukazuje na rano pojavljivanje perifernih i središnjih slušnih deficita kasnije. Gubitak sluha može postati onesposobljavajuće stanje kada se ne liječi i neidentificirano uzrokuje mnogo problema u društvenoj povezanosti i smislenoj komunikaciji, što pak utječe na psihološku dobrobit i produktivnost





rada. Nalaz trenutnog istraživanja pokazao je **hitnu potrebu za obrazovanjem mladih o riziku od gubitka sluha uzrokovanog načinom života.**

## GUBITAK SLUHA DANAS

Iako je gubitak sluha obično poznat kao bolest starijih osoba, o njemu bi trebali brinuti posebno mladi ljudi. Među današnjim tinejdžerima, gubitak sluha porastao je za 30% u usporedbi sa tinejdžerima u 1980-ima i 1990-ima, navode NBC vijesti. Preventivne akcije ili štete kod mladih, mogu utjecati na sluh kasnije u životu, tako da je nužno razumjeti što uzrokuje problem pogoršanja sluha, kao i vidjeti potencijalne negativne učinke koji se mogu reflektirati u budućnosti. Kanal NBC je izvijestio o studiji objavljenoj u časopisu JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery Journal. Ova studija, koju je upotpunila znanstvenica Johna Hopkinsa, Adele Gorman, usredotočila se na istraživanja Nacionalnog centra za zdravstvenu statistiku, prvenstveno na rezultate o ispitivanju sluha. Na temelju trendova koje su primijetili, tim Johns Hopkinsa stvorio je formulu za potencijalni budućni gubitak sluha. Prema njihovim projekcijama, **broj odraslih osoba starijih od 20 godina s gubitkom sluha povećat će se na 44 milijuna do 2020. godine.** Trenutno, 2 od 3 Amerikanca starijih od 65 godina prijavljuju gubitak sluha, ali je zabrinjavajuće vidjeti ove nevjerojatne brojke u nižim godinama. Brojke nastavljaju rasti u njihovim projekcijama, pogađajući 73 milijuna ljudi do 2060. godine. Ako se mladi ljudi ne usredotoče na zaštitu i prevenciju, oni će trpjeti ranije i gore nego prethodne generacije.

## ŠTO UZROKUJE PORAST GUBITKA SLUHA U MLADIH LJUDI?

### SLUŠALICE

Budući da su slušalice relativno nova tehnologija, mladi su ih prihvatili gotovo do razine zloupotrebe. Sićušni zvučnici ostaju u uhu i šalju zvuk izravno u ušni kanal dok istovremeno blokiraju ostale vanjske zvukove. Smanjenje udaljenosti od zvuka do bubnjića je opasno. Prelazak sa standardnog zvučnika na male slušalice može povećati glasnoću za 9 decibela, na istoj glasnoći. U samo 8 minuta slušanja jako glasne glazbe kroz insertne slušalice, može doći do oštećenja sluha.

### ALKOHOL

Gubitak sluha nije direktno povezan s konzumacijom alkohola, ali za mlade ljude konzumacija alkohola može smanjiti inhibiciju za rizična ponašanja. Kao primjer može se navesti posjeta koncertu na kojem se konzumiraju alkoholna pića. Kada mladi na koncertu konzumiraju veće količine alkohola, žele biti što bliže svojim glazbenim idolima. Nesvjesno se približavaju i izlažu zvučnicima pozornice, što može dovesti do potencijalnog oštećenja sluha.

### VEĆI GUBITAK SLUHA I UTJECAJ NA ŠKOLU

Zašto bi djeca trebala brinuti? Ako se sluh mlade osobe već u školskoj dobi počne pogoršavati, dijete može imati poteškoće u koncentraciji na nastavi.

To dovodi do problema s tumačenjem zvukova, što objašnjava zašto su šaputanja te razgovori u bučnim prostorijama teški za one koji pate od gubitka sluha. Čak i najmanji gubitak sluha, može smanjiti društveni angažman i uspjeh u školi.

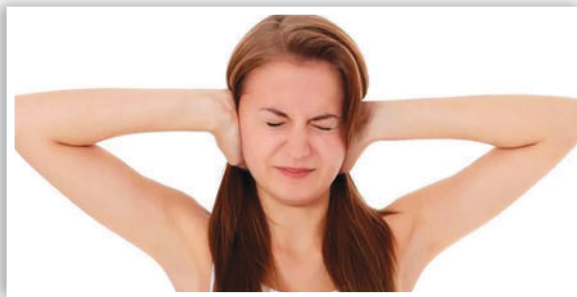
## POVEĆANJE TINITUSA

Simptomi tinitusa su zujanje u ušima ili osjećaj 'pune glave'. Tinitus uključuje neugodan osjećaj zvuka koji osoba čuje kada nema vanjskog podražaja, odnosno zvuk uopće nije prisutan kao vanjski faktor. Simptomi uključuju zujanje, šum, zvonjenje i različite druge fantomske zvukove u uhu.

Studija objavljena u časopisu Scientific Reports pratila je brazilske učenike u dobi od 11 do 17 godina o njihovoj samopercepciji tinitusa i svakodnevnih razina buke te je dodatno zatraženo da prijave svoje navike slušanja. Znanstvenici su otkrili da je više od polovice sudionika zabilježilo tinitus, a polovica ih je primijetila tinitus nakon slušanja glazbe na visokoj glasnoći. Izvješće također donosi na vidjelo količinu pozadinskog zvuka kroz iskustva mladih. Bilo da je riječ o glasnim restoranima, bučnim sportovima na otvorenom ili zabavama - mladi ljudi izlažu svoje uši glasnim zvukovima posvuda, a ako pojačavaju glasnoću na slušalicama kako bi neutralizirali pozadinsku buku, riskiraju trajni gubitak sluha.

## ŠTO UZROKUJE GUBITAK SLUHA KOD TINEJDŽERA?

U različitim dobnim skupinama gubitak sluha može biti posljedica različitih uzroka. Iako bolesti, genetika, ozljede glave ili uha, komplikacije rođenja ili izlaganje određenim lijekovima mogu biti čimbenici, među starijim osobama gubitak sluha najčešće se pripisuje prirodnom starenju slušnog živca. U tinejdžerskim godinama, međutim, najčešći uzrok gubitka sluha je prekomjerna izloženost buci, što je potpuno moguće spriječiti. Prema Journal of Pediatrics, 12,5 % djece u dobi od 6 do 19 godina ima gubitak sluha kao rezultat intenzivnog slušanja glasne glazbe, osobito kroz slušalice. Jedan od razloga porasta gubitka sluha među mladim ljudima je što nova tehnologija omogućuje pohranjivanje tisuća pjesama, za razliku od stare tehnologije (kao što je npr. bio Walkman) koja je reproducirala samo jednu kazetu ili CD na sat. Više pohrane pjesama te izdržljivije baterije rezultiraju dužim vremenom slušanja. Za razliku od glomaznih slušalica iz prošlih vremena, insertne slušalice isporučuju zvuk izravno u ušni kanal. Osim toga, većina slušalica dolazi u paketu s uređajima za reprodukciju i tada su niske do osrednje kvalitete.



## ZLATNO PRAVILO

Srećom, postoje načini da se spriječi gubitak sluha uzrokovan bukom kod tinejdžera i adolescenata. Neki od njih uključuju: korištenje visokokvalitetnih slušalica koje učinkovitije prenose bas tonove ili umjesto toga treba koristiti naglavne slušalice.

**Slijedite pravilo 60/60: ne više od 60 minuta slušanja dnevno i ne na više od 60 % maksimalne glasnoće.** Potrebno je na postavkama uređaja postaviti ga na maksimalnu postavku glasnoće od 60 %, tako da se ne može dogoditi da glazba postane preglasna. **Zapamtite, ako drugi mogu čuti glazbu koju slušate putem slušalica, ona je preglasna.** Brinite za sigurnost svoga sluha i napravite pauzu od slušanja glazbe te pokušajte ne zaspati dok slušate glazbu putem slušalica. Na koncertima i glasnim sportskim događajima uvijek nosite čepove za uši. Ako sumnjate da imate oštećenje sluha, postoje neka pitanja koja si možete postaviti da biste utvrdili trebete li potražiti liječnika:

1. Imam li poteškoća jasno čuti glasove drugih ljudi?
2. Je li često moram pitati ljude da ponove što su rekli?
3. Je li me obitelj često traži da smanjim glasnoću na televizoru?
4. Kažu li prijatelji i obitelj da ne čujem dobro?
5. Često shvatite da vam nedostaju šale ili dijelovi razgovora?

Ako ste odgovorili potvrdno na većinu ili na sva ova pitanja, možda biste trebali potražiti pomoć liječnika audiologa. Jednostavan test sluha nije bolan i može odrediti imate li gubitak sluha, u kojoj mjeri i je li potrebno liječenje ili intervencija. Preventivne mjere uključuju i redovito ocjenjivanje sluha najmanje jednom godišnje od strane liječnika audiologa jer je prevencija bolja od liječenja.

<https://www.healthyhearing.com/report/52500-Hearing-loss-among-kids-and-teens>

<https://hearinghealthmatters.org/hearinginternational/2018/youth-at-risk-for-developing-lifestyle-induced-hearing-loss/>

<https://www.audicus.com/young-people-hearing-loss/>

PRIPREMILA: Josipa Bišćan, magistra sestrinstva, EQQ QSM, Poliklinika Medikol  
Pomoćnica ravnateljice za sestrinstvo-glavna sestra, Predstavnik Uprave za kvalitetu i okoliš

# MEDICINSKA SESTRA U PRIVATNOM ZDRAVSTVENOM SUSTAVU

Poliklinika Medikol privatna je zdravstvena ustanova, osnovana 2000. godine. Svoje djelovanje započinje u Zagrebu na Dobrom dolu kao Poliklinika za radiološku dijagnostiku. 2005. godine preseljava na adresu Voćarska 106, Zagreb, gdje joj je i danas sjedište.

2007. godine Poliklinika Medikol, prva u Hrvatskoj, otvara PET/CT centar u Zagrebu, Vinogradska 29, što je ujedno i njezina prva Podružnica. Od tada su otvorena još tri PET/CT centra (Split, Rijeka, Osijek) i dvije podružnice (Zagreb - Mandlova i Čakovec).

Poliklinika Medikol 2008. godine među prvima u privatnom zdravstvenom sektoru uvodi ISO sustave kvalitete i zaštitu okoliša za sve zdravstvene usluge koje Poliklinika Medikol pruža kroz dijagnostičke i terapijske postupke u svim zdravstvenim djelatnostima koje su skladu sa strogim zahtjevima normi koje se potvrđuju provođenjem redovitih audita od strane tvrtke DNV i koji su usklađeni sa normama ISO 9001:2015 i 14001:2015.

Kvaliteta medicinske usluge, moderna tehnologija, diskrecija i briga za pacijente, osnovne su značajke rada, u cilju osiguranja zdravlja, zadovoljstva i psiho-fizičkog blagostanja pacijenta. Medicinska i administrativna djelatnost u potpunosti su informatizirane. Visok stupanj stručne naobrazbe zdravstvenih djelatnika preduvjet su kvalitetne i sveobuhvatne zdravstvene skrbi nad pacijentima. Misija svih djelatnika Poliklinike Medikol je osigurati najkvalitetniju zdravstvenu uslugu, pružiti brigu, vrijeme i razumijevanje pacijentu te neprekidno raditi na unapređenju organizacije, kvaliteti znanja, uvođenju novih dijagnostičkih i terapijskih postupaka.

Vizija djelatnika Poliklinike Medikol je budućnost temeljena na stručnosti, etičnosti i poštenosti.

U Poliklinici Medikol na svim našim lokacijama radi ukupno 27 medicinskih sestara, od toga 1 magistra sestrinstva, 18 prvostupnica sestrinstva,

8 medicinskih sestara srednje stručne spreme od kojih su 2 na trećoj godini Studija sestrinstva.

Radni zadaci medicinske sestre u privatnom zdravstvenom sustavu su specifični u odnosu na javni bolnički ili izvanbolnički sustav u svom opsegu rada, dinamici, složenosti poslova, komunikaciji s korisnicima, što je možda jedna od najvažnijih vještina u ocjenjivanju naših korisnika o zadovoljstvu našim uslugama.

Medicinska sestra u privatnom sustavu radi u skladu s prihvaćenim standardima, zakonskim obavezama i profesionalnom etikom. Poštuje ljudsko dostojanstvo te kulturološke i vjerske različitosti. Uspješno komunicira s različitim ciljnim skupinama korisnika i s njihovim bližnjima. Podučava i motivira u svrhu sprječavanja bolesti i poboljšanja zdravlja. Vodi zdravstvenu, sestrinsku i drugu dokumentaciju. Sudjeluje u procjeni kvalitete i sigurnosti rada u postojećim standardima. Suraduje sa zdravstvenim multidisciplinarnim timom... Kako bi sve navedeno mogla raditi potrebne su joj i određene karakteristike i osobine kao što su: emocionalna i socijalna zrelost, etičnost, empatija, fizička izdržljivost, spretnost, preciznost, odgovornost, dobre komunikacijske vještine, taktičnost, strpljivost, sposobnost za rad u timu, snalaženje u nepredvidivim okolnostima, kritičnost u radu i kritično razmišljanje. Sve navedene osobine su jednako vrijedne od kojih je možda najvažnija ona koja se odnosi na vještine komuniciranja.

U Poliklinici Medikol su sljedeće djelatnosti na kojima radi jedna ili više medicinskih sestara u timu sa jednim ili više liječnika: interna medicina sa subspecialnostima: gastroenterologija, kardiologija, pulmologija; ginekologija s opstetricijom, dermatovenerologija, oftalmologija, neurologija, urologija, ortopedija, plastična i rekonstruktivna kirurgija, nuklearna medicina.

Na određenim djelatnostima medicinska sestra radi samostalno i/ili u timu. Potrebne edukacije



za pojedinu djelatnost uz ranije obrazovanje ili stečeno iskustvo s kojima su pojedine medicinske sestre došle u Polikliniku, stječu se i dodatnim edukacijama u suradnim zdravstvenim ustanovama (KBC Zagreb, neurologija, gastroenterologija, KB Sv. Duh – oftalmologija...).

Poslovi koje provodi medicinska sestra u svom svakodnevnom radu su:

- ✓ analiza, planiranje i organizacija rada (prikupljanje i analiza podataka, materijalni, ljudski i drugi resursi)
- ✓ priprema radnog mjesta (prostor, oprema, materijal – privatnost, ispravnost, dezinfekcija, sterilizacija)
- ✓ operativni poslovi (provedba sestriško medicinskih postupaka sukladno standardima)
- ✓ administrativni poslovi (rad u polikliničkim programima, korištenje IT tehnologije)
- ✓ komercijalni poslovi (sudjelovanje u nabavi, promidžbi ustanove)
- ✓ komunikacija i suradnja sa suradnicima
- ✓ osiguravanje kvalitete (samoprocjena, razvijanje profesije, pokazatelji kvalitete)
- ✓ zaštita zdravlja i okoliša (održavanje i siguran rad opreme i pomagala, zaštitna osobna pomagala, prepoznavanje i izbjegavanje rizika na radu, zbrinjavanje otpada).

Kao i u ostalim zdravstvenim ustanovama medicinske sestre u svome radu ovisno o djelatnosti na kojoj rade su izložene i zdravstvenim rizicima:

- ✓ zarazi
- ✓ zračenju
- ✓ otrovanju
- ✓ mehaničkim ozljedama
- ✓ profesionalnom stresu
- ✓ emocionalnoj iscrpljenosti i sagorijevanju na poslu
- ✓ umoru
- ✓ bolestima lokomotornog sustava i problemima s venskom cirkulacijom donjih ekstremiteta
- ✓ mogućim oštećenjima osjetila.

No, svi ti navedeni rizici su neusporedivo manji u odnosu na one koji imaju medicinske sestre u bolničkom zdravstvenom sustavu.

Poliklinika Medikol ima i svoj plan i program stručnih predavanja prijavljenih Hrvatskoj komori medicinskih sestara. Predavanja se odvijaju na lokacijama u Zagrebu, Mandlova 7 i u Podružnici u Čakovcu. Naša predavanja su otvorena i na njih mogu doći, a i dolaze nam, i kolegice i kolege iz drugih zdravstvenih ustanova. U svome djelovanju



Poliklinika Medikol

i radu obavezno je poštivanje svih zakonskih odredbi te obaveza edukacije vezano uz licencu. Sve naše medicinske sestre su članovi Hrvatske udruge medicinskih sestara i podržava se njihov aktivan stručni rad unutar pojedinih stručnih društava koja djeluju unutar HUMS-a ili su samostalna stručna društva.

U privatnom sustavu svakodnevni rad svih djelatnika, tako i medicinskih sestara karakterizira stalna usmjerenost na korisnika usluga. Kontinuirano osiguranje kvalitete uz minimalne troškove te izračunavanje cost benefita. Svakodnevno se prati omjer uloženo – dobiveno. Mjere se rezultati i potiču ideje i napredak u Poliklinici, samoj pojedinoj djelatnosti te tako i u osobnom profesionalnom razvoju.

U našem radu vidljivi su propusti u: organizaciji, komunikaciji, upravljanju financijama, kao i izravne posljedice propusta/neznanja/nemara te se vrlo brzo donose određene preventivne i korektivne mjere kako bi se takve situacije spriječile ili barem svele na minimalnu razinu.

Svaka medicinska sestra dužna je voditi brigu o svome osobnom profesionalnom razvoju na način da je:

- uključena u suvremena zbivanja i razvijanje sestriške profesije
- da zna prepoznati svoju zadatke i ulogu
- i svojim primjerom pokazivati neprestani profesionalni rast i razvoj.

Izazovi su veliki kao i kreativnost i mogućnost utjecaja na određene odluke. Daje se više slobode osobi koja ima potrebna znanja ili vještine menadžera, ali se traže i konkretni i vidljivi rezultati.

U svakom sustavu, a naročito u privatnom, ljudski

resursi su najvažniji resursi!!! Osoblje jest i mora biti magnet za korisnike, i one dosadašnje kao i nove. Korisnik dolaskom u Polikliniku mora osjetiti dobrodošlicu, a stručnost mora biti na najvišoj razini. Razvijanje neverbalne komunikacije i općenito razvojem komunikacijskih vještina postiže se učinkovito rješavanje različitih situacija na diplomatski način što pridonosi uspješnosti cjelokupnog tima kao i cijele ustanove. Prilikom zapošljavanja novih djelatnika uveden je prvi dan kao informativni u kojem se djelatnici upoznaju sa funkcioniranjem poliklinike, njezinim ustrojem, pravilima, organizacijom, podružnicama, djelatnostima... dodjeljuje im se mentor koji ih prati prva tri mjeseca rada i zajednički, voditelj djelatnosti, mentor i sam djelatnik procjenjuju daljnji rad i donose odluku o produženju ugovora ili prijamu u stalni radni odnos. U sistematizaciji radnih mjesta definirano je i poželjno prethodno stručno iskustvo i kad god je moguće daje se prednost prijamu takvih osoba. Nažalost, današnja situacija s manjkom medicinskih sestara neminovno pogađa i privatni zdravstveni sustav te nije uvijek jednostavno pronaći kvalitetnu medicinsku sestru, niti je svaka medicinska sestra voljna raditi i profesionalno se razvijati u privatnom sustavu.

Postoji uvijek pitanje kada je poželjan rad medicinske sestre u privatnom zdravstvenom sustavu, s koliko godina starosti i/ili staža u struci? Je li važno prethodno iskustvo na određenom radnom mjestu? Je li to rad na početku karijere, nakon nekoliko godina bolničkog iskustva, ili zadnje desetljeće svoga rada? Nema pravila. Odgovor uvijek ovisi o samoj osobi. Medicinska sestra u svakoj životnoj dobi može biti vrlo vrijedan i ravnopravan član pojedinog tima. Ona mora znati svoj posao, ali prije svega ga mora znati cijeliti, poštivati i voljeti kako bi i sama bila zadovoljna svojim radom i životom i tako postigla i dobre rezultate rada za svoju ustanovu.

U svakom slučaju, nakon godina i godina radnog staža odlučiti se na odlazak u nešto novo, izvan sigurnih okvira državnih institucija zasigurno zahtijeva: hrabrost, samosvijest i dozu avanturizma. No, jednako je važno znati da je u svemu najvažnije znanje, vjera u sebe i svoj rad. Znati postaviti svoj cilj, poštovati svoju profesiju i svoj posao obavljati maksimalno profesionalno, požrtvovno i stručno u svakom segmentu zdravstvenog sustava u kojem radi medicinska sestra te svojim vlastitim primjerom držati dostojanstvo i dignitet svoje profesije.

PRIPREMILA: Predsjednica Podružnice HKMS Međimurske županije  
Marija Prekupec, dipl. med. techn.

## VOKALNA SKUPINA PODRUŽNICE HKMS MEĐIMURSKE ŽUPANIJE

Prošle godine u svom djelokrugu rada izrazile smo želju da sestrinstvo u Međimurskoj županiji prezentiramo na malo drugačiji način i da damo doprinos kulturnom životu naše županije. Zbog toga smo svim medicinskim sestrama i tehničarima poslali poziv na osnivanje pjevačkog zbora medicinskih sestara i tehničara.

Cilj ovog projekta bio je omogućiti medicinskim sestrama i tehničarima novu platformu za kreativno izražavanje, međusobno umrežavanje i dobru zabavu, jer pjevanje, ali i muziciranje općenito, je nešto pozitivno i afirmativno, oslobađa kreativnost, ali i razvija i produbljuje veze, poznanstva i dobru atmosferu među uključenima.

Poznavanje nota te prethodno glazbeno iskustvo i obrazovanje bili su poželjni, no ne i nužni za pristupanje zboru. Od puno veće važnosti za članstvo u

pjevačkom zboru bila je volja i disciplina dolazaka na probe koje su se održavale jednom do dva puta tjedno (po dogovoru).

U početku se javilo samo osam sestara pa smo entuzijastički počeli s probama u ožujku prošle godine kao vokalna skupina. Zahvaljujući našoj voditeljici, Stelli Cimerman, mag. glazbene pedagogije što je vjerovala u nas i bila nam velika podrška pripremili smo nekoliko pjesama.

Premijerni nastup Vokalne skupine Podružnice HKMS Međimurske županije dogodio se 01.06.2018. povodom **Humanitanog koncerta „Zajedno protiv raka pjesmom, plesom i modnom revijom“**.

Za svoj premijerni nastup izvele smo skladbe 'Z Međimurski zdenci' - narodna međimurska i 'Love And Marriage' - Franka Sinatra.



### 29. Međunarodni simpozij laringektomiranih osoba

*Sudionice Vokalne skupine HKMS- Podružnice Međimurske županije (s lijeva na desno): Irena Mađarić Tuksar, Vjerana Tuksar, Marija Prekupec, Silvija Horvat, Đurđica Baksa Aslani, Kristina Premuš, Ksenija Mihin, Bojana Preložnjak, Sanja Židov i Tanja Krnjak.*

Tako smo ostvarile ono što nam se u početku činilo da nećemo uspjeti. Pokazale smo da možemo učiniti mnogo, jer osim svakodnevnih humanih obaveza možemo svojim entuzijazmom usrećiti druge i doprinijeti zajednici na malo drugačiji način.

Zahvalila bih se ravnateljici Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije prim. Marini Payer-Pal, dr.med. na ustupanju prostora za naše probe.

Financijska sredstva namijenjena su za rehabilitaciju oboljelih od raka na gradskim bazenima Marije Ružić Čakovec pod stručnim vodstvom te kupnju kupaćih kostima za žene koje su operirale karcinom dojke.

Vokalna skupina Hrvatske komore medicinskih sestara - Podružnice Međimurske županije sudjelovala je na humanitarnom koncertu „Božić u Mačkovicu“ 16.12.2018. na poziv KUD-a Mačkovec. Humanitarni koncert organiziran je u cilju pomoći Županijskoj ligi protiv raka Čakovec- Klubu “Nova Nada“.

Vokalna skupina predstavila se sa dvije samostalne izvedbe „Cmreki vu snegu spiju“ i „Pahuljice padaju“ pod ravnanjem Stelle Cimerman. Također smo pjevale i zajedničku pjesmu „Ove noći rodio se Bog“ i „Narodi nam se“ sa KUD-om Mačkovec i malim dječjim zborom.

Zahvaljujemo KUD-u Mačkovec na pozivu da gostujemo kod njih i hvale vrijednoj inicijativi i humanitarnoj noti za brigu o bližnjima.



*Zahvalnica za nastup na humanitarnom koncertu*



U povodu obilježavanja blagdana svetog Blaža 3. veljače, zaštitnika grla i oboljelih od bolesti grla, Hrvatska zajednica laringektomiranih osoba u suradnji sa Županijskom ligom protiv raka Čakovec, Zavodom za javno zdravstvo Međimurske županije te Odjelom za otorinolaringologiju Županijske bolnice Čakovec organizirala je **29. Međunarodni simpozij laringektomiranih osoba** koji se održao u Čakovcu od 1. do 3. veljače.

IVokalna skupina Hrvatske komore medicinskih sestara – Podružnice Međimurske županije, Zbor laringektomiranih osoba Čakovec i Zbor „Optimisti“ Zagreb uz pratnju KUD-a Belica raspjevali su okupljene sudionike. Na svečanom otvorenju Simpozija otpjevale smo himnu Republike Hrvatske te nakon pozdravnih govora dvije međimurske pjesme.

Ponosne smo na pozitivne reakcije, što nam daje dodatni poticaj da budemo bolje, da podupiremo jedna drugu, da uživamo u pjevanju i uveseljavamo druge.

I zato bih se ovim putem zahvalila hrabrim medicinskim sestrama koje su zaposlene u raznim zdravstvenim ustanovama (Županijske bolnice Čakovec, Doma zdravlja Čakovec, Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije) na ustrajnosti da pronađu vremena za naše probe, a i za našu humanu misiju. Osim kvalitetnih proba našle smo vremena i za druženja koja su nas još više zbližila i povezala.

PRIPREMILA: Valentina Matić

Student, Sveučilišni diplomski studij sestrinstva

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet



*Diploma za sudjelovanje na 29. međunarodnom simpoziju*

## STAVOVI MLADIH O DONIRANJU ORGANA U HRVATSKOJ

### SAŽETAK

Hrvatska transplantacijska medicina svoju povijest započinje 1971. godine kada je izvedena prva transplantacija bubrega u Rijeci, a Hrvatska danas predstavlja jednu od uspješnijih zemalja po broju darivatelja organa kao i po broju transplantacija. Doniranje organa je složeno i osjetljivo područje zbog različitih etičkih, pravnih i društvenih dilema. Otkrivanje potencijalnih donora organa predstavlja jedan od ključnih koraka u cijelom procesu pa se zbog toga sve veća pažnja posvećuje promociji doniranja organa i važnosti njihovog uključivanja Hrvatsku donorsku mrežu (HDM).

**Cilj:** Cilj ovog istraživanja bio je prikupljanje i analiza mišljenja i stavova mladih ljudi o doniranju organa, važnosti Hrvatske donorske mreže, razini informiranosti o hrvatskoj donorskoj kartici te doniranju vlastitih organa.

**Metode:** Istraživanje je provedeno putem upitnika koji je modificiran prema online obrascu. Prije početka istraživanja objavljene su informacije o ciljevima istraživanja, te o zaštiti identiteta ispitanika. Upitnike je u cijelosti popunilo 1328 osoba iz raznih gradova Republike Hrvatske, a starosna dob se kretala između 18-30 godina, od toga 18% muškog spola (n=233) te 82% ženskog spola (n=1095).

**Rezultati:** Istraživanje je pokazalo da je informiranost mladih ljudi o mogućnosti doniranja organa prosječna (preko 50%), da bi preko 60 % njih doniralo organe nakon smrti, ali samo njih 9% za vrijeme života. Razlozi koji navode za pristanak na donaciju organa su: spašavanje života, dužnost svakog čovjeka, plemenitost čina. Kao razloge protiv donacije organa navode: mogućnost trgovine ljudskim organima, mogućnost slabije skrbi zdravstvenih djelatnika za osobe koje imaju donorsku karticu (što prije dobivanje potrebnog organa) i sl.

**Zaključak:** Rezultati istraživanja su pokazali da bi se trebalo puno više raditi na informiranju javnosti o važnosti i potrebama donacije organa. Također bi trebalo ukazati na indikacije transplantacije organa sa živog donora i transplantaciji organa s kadavera, kako bi se utjecalo na promjene stavova. Potrebno bi bilo da se organiziraju javne tribine u kojima bi ljudi mogli izraziti svoje dvojbe o doniranju organa i dobiti odgovore na njih.

**Ključne riječi:** stavovi mladih, doniranje organa, donorska mreža, donorska kartica

## UVOD

Izvanredna dostignuća u imunologiji, anesteziji, kirurgiji, farmakologiji i drugim granama medicinskih znanosti omogućili su razvoj presađivanja organa i tkiva.<sup>1</sup> Hrvatska transplantacijska medicina svoju povijest započinje 1971. godine kada je izvedena prva transplantacija bubrega u Rijeci, a Hrvatska danas predstavlja jednu od uspješnih zemalja po broju darivatelja organa kao i po broju transplantacija. Značajan je podatak da je broj davatelja na milijun stanovnika u Hrvatskoj porastao sa sedam na trideset davatelja.

Doniranje organa je složeno i osjetljivo područje zbog etičkih, pravnih i društvenih dilema. Iako je porasla stopa doniranja organa i dalje postoji značajan nerazmjer između ponude i potražnje organa.<sup>2</sup> Isto tako otkrivanje potencijalnih donora organa predstavlja jedan od ključnih koraka u cijelom procesu pa se zbog toga sve veća pažnja posvećuje promociji uključivanja u donorsku mrežu.

Različita istraživanja ukazuju na nedostatak informacija, strahove i predrasude koje spriječavaju pojedince da sudjeluju u darivanju organa i tkiva.<sup>3</sup> Jedan od najčešćih razloga zašto obitelj potencijalnog donora ne želi donirati organe je strah od unakažavanja mrtvog tijela.<sup>4</sup> Brojni strahovi i predrasude potvrđeni su i u stavovima mladih koji su sudjelovali u ovom istraživanju pa zbog toga ovaj članak razmatra najčešće prepreke kod doniranja organa. Neizostavna je uloga zdravstvenih kadrova koji svojim znanjem i stavovima moraju pozitivno djelovati na užu i širu zajednicu. To iziskuje prije

svega podizanje vlastite svijeti o važnosti ovog plemenitog čina, zatim aktivno uključivanje i educiranje zdravstvenih djelatnika, javnozdravstvene aktivnosti za laike i slično. Ovakve intervencije dovele bi do značajnijih rezultata u korist onih koji se nalaze na listama čekanja kako bi dobili organe i čime bi im se spasio život.

## CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog Istraživanje je provedeno putem upitnika koji je modificiran prema online obrascu. Prije početka istraživanja objavljene su informacije o ciljevima istraživanja, te o zaštiti identiteta ispitanika. Upitnike je u cijelosti popunilo 1328 osoba iz raznih gradova Republike Hrvatske, a starosna dob se kretala između 18-30 godina, od toga 18% muškog spola (n=233) te 82% ženskog spola (n=1095).

## METODE ISTRAŽIVANJA

Istraživanje je provedeno putem upitnika koji je modificiran prema online obrascu. Prije početka istraživanja objavljene su informacije o ciljevima istraživanja, te o zaštiti identiteta ispitanika. Upitnike je u cijelosti popunilo 1328 osoba iz raznih gradova Republike Hrvatske, a starosna dob se kretala između 18-30 godina, od toga 18% muškog spola (n=233) te 82% ženskog spola (n=1095).

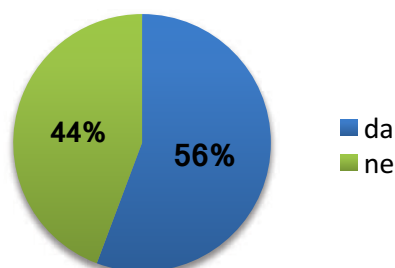
## REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Tablica 1. Prikaz dobi ispitanika.

Dob	N
18-21	607
22-26	620
26-30	101
<b>Ukupno = 1328</b>	

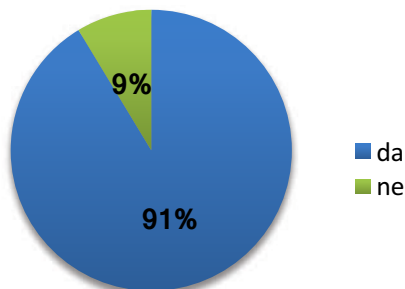
Starosna dob se kretala između 18-30 godina, od toga 18% muškog spola (n=233) te 82% ženskog spola (n=1095).

Tablica 2. Imate li informacije o postojanju Hrvatske donorske kartice?



740 (56%) ispitanika istraživanja informirano je o postojanju Hrvatske donorske kartice, a čak 588 (44 %) nije.

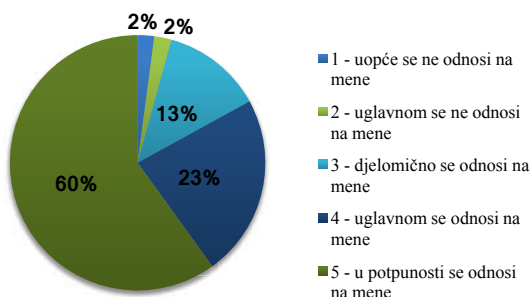
Tablica 3. Imate li Hrvatsku donorsku karticu?



Rezultati su pokazali da samo 115 (9%) ispitanika od ukupno 1328 koji su sudjelovali u ovom istraživanju posjeduje Hrvatsku donorsku karticu, a 1213 (91%) njih je ne posjeduju.

Tablica 4. Da li bi Vi donirali organe nakon smrti?

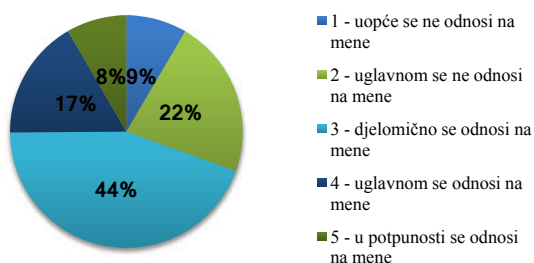
Donirao/la bi organe nakon smrti



Iako prema prethodno dobivenim podacima samo 9% ispitanika posjeduje Hrvatsku donorsku karticu, 796 (60%) njih potpuno pristaje na doniranje organa nakon smrti, a 360 njih (23%) bi to učinilo vrlo vjerojatno. 69 (13%) ispitanika se dvoumi oko moguće donacije, dok 57 (4%) njih ne bi doniralo svoje organe.

Tablica 5. Bi li Vi donirali svoje organe za vrijeme života?

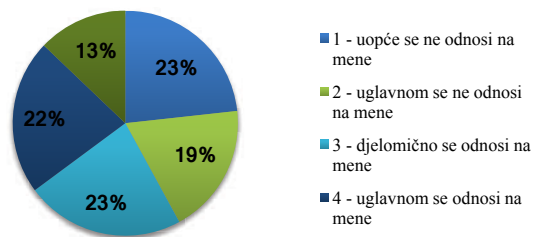
Donirao/la bi organ za vrijeme života



Ako se odgovori na ovo pitanje usporede s prethodnima (doniranje organa nakon smrti), onda je lako uočiti da se broj ispitanika koje bi u potpunosti pristale na doniranje organa za vrijeme života smanjuje za čak 53%, pa sada iznosi samo njih 111 (8%). Ovaj rezultat otvara mnoga pitanja i pruža mogućnosti za druga, detaljnija istraživanja. Dakle, najveći broj ispitanika ne želi donirati organe za vrijeme života.

Tablica 6. Donirao/la organa samo bližnjem!

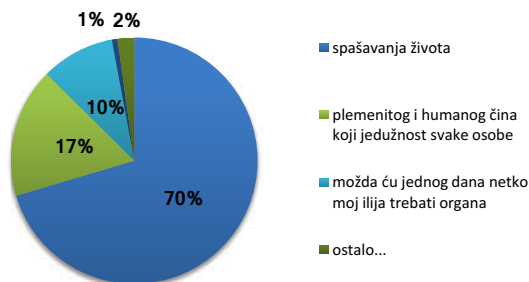
Organe bih donirao/la samo bližnjem



Rezultati istraživanja su pokazali su da najveći 311 (23%) ispitanika ne bi doniralo svoje organe bližnjima, dok bi njih 172 (19%) to učinilo. Kod najvećeg broja ispitanika postoje ozbiljne dvojbe.

Tablica 7. Navedite razloge zbog kojih bi donirali svoje organe?

Organe bih donirao/la zbog:



Kao najčešći razlog doniranja organa 935 (70%) ispitanika je navelo - spašavanje ljudskog života. 226 (17%) ispitanika smatra da je darivanje organa dužnost svake osobe, odnosno da je to plemenit i human čin, dok bi 10 % ispitanika učinilo jer bi donirani organ jednog dana trebao njima ili njihovim bližnjima.



Tablica 8. Navedite razloge zbog kojih ne bi željeli donirati Vaše organe?

Organe ne bih donirao/la zbog:



Razlozi koje su ispitanici naveli kao prepreku za doniranje organa su: strah da će se zdravstveno osoblje manje brinuti za one osobe koje imaju donorske kartice, strah od trgovanja organima, trenutno loše zdravstveno stanje i sl.

## RASPRAVA

Rezultati istraživanja u kojem je sudjelovalo 1328 osoba iz raznih gradova Republike Hrvatske, starosti od 18 do 30 godina, pokazali su:

- ✓ da je 740 (56%) ispitanika informirano o postojanju Hrvatske donorske kartice, no ipak je posjeduje samo njih 115 (9%).
- ✓ da bi 796 (60%) ispitanika potpuno pristalo na doniranje organa nakon smrti, 360 (23%) njih bi to učinilo vrlo vjerojatno.
- ✓ da se 69 (13%) ispitanika dvoumi oko moguće donacije organa nakon smrti, dok 57 (4%) njih ne bi doniralo svoje organe.
- ✓ da se broj ispitanika (111 odnosno 8%) koje bi u potpunosti pristali na doniranje organa za vrijeme života smanjuje za čak 53%.
- ✓ da najveći broj ispitanika, 311 (23%), ne bi doniralo svoje organe bližnjima, dok bi njih 172 (19%) to učinilo. Kod najvećeg broja ispitanika oko ovog pitanja postoje ozbiljne dvojbe.
- ✓ da kao najčešći razlog doniranja organa 935 (70%) ispitanika je navelo - spašavanje ljudskog života. 226 (17%) ispitanika smatra da je darivanje organa dužnost svake osobe, odnosno da je to plemenit i human čin, dok bi 10 % ispitanika učinilo jer bi donirani organ jednog dana trebao njima ili njihovim bližnjima.
- ✓ da su najčešći razlozi koje su ispitanici naveli kao prepreku za doniranje organa: strah da će se zdravstveno osoblje manje brinuti za one osobe koje imaju donorske kartice, strah od trgovanja organima, trenutno loše zdravstveno stanje i sl.

Rezultati istraživanja su pokazali da bi se trebalo puno više raditi na informiranju javnosti o važnosti i potrebama donacije organa. Također bi trebalo ukazati na indikacije transplantacije organa sa živog donora i transplantaciji organa s kadavera, kako bi se utjecalo na promjene stavova. Potrebno bi bilo da se organiziraju javne tribine u kojima bi ljudi mogli izraziti svoje dvojbe o doniranju organa i dobiti odgovore na njih.

## ZAKLJUČAK

Doniranjem organa pruža se mogućnost novog života, a najmanje što zdravstveni radnici mogu učiniti je širiti svijest o ovom plemenitom činu. Potrebe za doniranje organa su sve veće što iziskuje nužne promjene u stavovima ponajprije mladih. Zajednicu je potrebno uputiti u rad Hrvatske donorske mreže i načine kako se može postati potencijalnim donorima. Također važno je naglasiti kako se Hrvatska donorska mreža zalaže za uzimanje organa nakon smrti te kako nema potreba za strahom od mogućih štetnih posljedica koje je moguće vidjeti u medijima. Opće je poznato da se strah javlja iz neznanja pa je presudna uloga zdravstvenih djelatnika utjecati pozitivnim stavom na društvo te svakom pojedincu pružiti mogućnost vlastitog izbora koji treba prihvatiti s punim poštovanjem.

## LITERATURA

1. DeAvila, G.N., DeAvila, G.A., Ganer, G.J.C. Is th unfiled list system for organ transplant fair? Bioethichs 2003, 17. (5-6):425-431.
2. Mercer L. Improving the rates of organ donation for transplantation. Nurs Stand. 2013 Feb 27-Mar 5;27(26):35-40. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23540063>
3. Sherry W, Tremblay B, Laizner AM. An exploration of knowledge, attitudes and beliefs toward organ and tissue donation among the adult Haitian population living in the Greater Montreal area. Dynamics. 2013 Spring;24(1):12-8. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23691717>
4. Sque M, Long T, Payne S, Allardyce D. Why relatives do not donate organs for transplants: 'sacrifice' or 'gift of life'? J Adv Nurs. 2008 Jan;61(2):134-44. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04491.x. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18186905>



PRIPREMILE:

Biljana Kurtović i Cecilija Rotim

# ENC NOVOSTI



## 30. OBLJETNICA BEČKE DEKLARACIJE O SESTRINSTVU: PROMIŠLJANJE O POSTIGNUTOM NAPRETKU

Krajem 2018. godine obilježena je 30. godišnjica Bečke deklaracije o sestinstvu. Bečka deklaracija o sestinstvu usvojena je na Konferenciji o sestinstvu održanoj u Beču 1988. godine. Oko 110 predstavnika 32 članice Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) europske regije prisustvovalo je konferenciji na kojoj su medicinske sestre i primalje imale priliku razmijeniti različita stajališta o implikacijama nove razvojne strategije za sestinstvo i iznijeti različite prijedloge za buduće aktivnosti s ciljem pružanja zdravstvene skrbi za sve. Deklaracija se obvezala podržati novu ulogu medicinskih sestara u eri zdravstvene skrbi za sve, s tim da medicinske sestre djeluju kao partneri u donošenju odluka o planiranju zdravstva i igraju veću ulogu u osnaživanju pojedinaca, obitelji i zajednica da preuzmu odgovornost za vlastito zdravlje. Bečka deklaracija o sestinstvu pozvala je na promjenu stavova prema profesiji, podržavajući medicinske sestre da ostvare svoj puni potencijal.

Danas je korisno razmisliti o proteklih 30 godina i izvijestiti o učinku od usvajanja Deklaracije. Prema riječima prof. Jürgena Osterbrinka, jednog od sudionika na predstojećem regionalnom sastanku Svjetske zdravstvene

organizacije o sestinstvu i primaljstvu, Bečka deklaracija o sestinstvu imala je značajan utjecaj na razvoj sestinstva kao profesije. Kako medicinske sestre imaju najviše kontakta s pacijentima, Bečka im je deklaracija o sestinstvu omogućila veći doprinos u pogledu planova skrbi o pacijentima, osiguravajući da pojedinci dobiju najbolju moguću skrb prilagođenu njihovim specifičnim potrebama. To uključuje fizičko i mentalno zdravlje, kao i društveno blagostanje.

Osim što je prepoznala potrebu za promjenom uloge medicinskih sestara, Bečka deklaracija o sestinstvu istaknula je važnost daljnjeg obrazovanja po sljedećim pitanjima: obrazovanje o zdravstvenoj skrbi u pogledu zdravstvenih potreba i razvoja, društvenih implikacija razvoja pacijenata i potrebe za osiguranjem jakog temelja za praksu sestinstva. Bečka deklaracija o sestinstvu također je poticala potrebna istraživanja u praksi sestinstva, kreirajući istraživačke politike i potporu na financijskoj osnovi, koja je prvenstveno uključivala medicinske sestre i njihov doprinos.

Prihvatanje Bečke deklaracije o sestinstvu doživjelo je pozitivnu promjenu u stavovima prema profesiji medicinskih sestara, a oni se i danas prilagođavaju jer medicinska sestra ulazi u eru digitalizacije. Umirovljenje *baby-boom* generacije zahtijevat će više skrbi tijekom sljedećih 20 godina, s medicinskim sestrama koje usvajaju prakse koje su sasvim različite od onih koje su postojale prije 30 godina.

Danas se svaka razina obrazovanja u sestinstvu, cijeni u okviru sestinske profesije. Međutim, digitalizacija zdravstvene skrbi stvara nove mogućnosti za medicinske sestre, jer će zahtijevati viši stupanj osposobljavanja kako bi se ovi moderniji koncepti zdravstvene skrbi implementirali u svakodnevnu praksu.

Bečka deklaracija o sestinstvu pružila je snažan stup razvoja sestinstva, podižući tu profesiju na cijenjeni položaj koji ne samo da je stekao više poštovanja, nego i odgovornosti za brigu o pacijentima.

## BELGIJA: KAKO ZAPOSLENICI U BANKAMA MOGU POSTATI MEDICINSKE SESTRE?

Uslijed restrukturiranja, belgijski bankarski sektor prisiljen je smanjiti svoju radnu snagu. Institucije su postigle dogovor sa sindikatima o promicanju koverzije profesija. Belgijske banke će po prvi put organizirati "transfer zaposlenika" tijekom 2019. godine, objavio je belgijski dnevnik L'Echo. Cilj je riješiti probleme radne snage u sektoru bankarstva. Da bi se to postiglo, sindikati zdravstvene skrbi potpisali su nedavno sporazum o "transferu iz bankarskog sektora".

Prvi ugovor sklopljen je sa sektorom zdravstva, koji je u nedostatku zaposlenika. Tako će, nakon 4 godine obrazovanja, ti zaposlenici

iz banaka postati medicinske sestre ili njegovatelj. Ukupno gledajući, u Belgiji, obrazovanje u zdravstvu seže od jedne do četiri godine, ovisno o profesiji.

Prva informativna kampanja bit će pokrenuta u ožujku ove godine, a prvi tečajevi obuke započet će u rujnu, također ove godine. Naravno, to će biti učinjeno na dobrovoljnoj osnovi uz individualne postupke obuke ili čak privremenih zadataka kako bi se testirale mogućnosti i sposobnosti za novu profesiju.

Ovaj eksperiment pokazuje transformaciju belgijskog bankarskog sektora. Iako se postupno oporavlja od krize, Belgija trpi usporavanje gospodarstva, sve veću digitalizaciju, a time i transformaciju u poslovanja.

Mijenjanje karijere je uvijek stresno za bilo koga tko se odluči, ili je na to primoran. Za ljude u četrdesetim i pedesetim godinama, promjena može biti zastrašujuća. U današnjem svijetu opsjednutim ciljevima i osiguranjem osnovnih uvjeta za život, mladi se odmah nakon studija zapošljavaju. Cilj je ostvariti karijeru, koja nije uvijek nužno prava. Različiti su razlozi koji mogu dovesti do razmišljanja o promjeni profesije. Belgijski primjer slučaja, nije novitet. Digitalizacijom, tehnološkim napretkom, susrećemo se s viškom radne snage.

Svjetski ekonomski forum (SEF) je među tristotinjak kompanija koje zapošljavaju 15 milijuna ljudi proveo anketu o razvoju tržišta rada u razdoblju od 2018. do 2022., a dobiveni rezultati ukazuju na znatne promjene koje će pogoditi većinu danas zaposlenih. Naime, objavili su izvještaj koji se bavi očekivanim kretanjima na tržištu rada u iduće četiri godine i predviđaju daljnji nastavak trenda zamjene ljudskog rada automatizacijom, robotima, računalima i strojevima. Dobiveni rezultati ukazuju kako će do 2022. čak 54 posto svih danas zaposlenih trebati ili prekvalifikaciju ili znatno dodatno obrazovanje kako

bi zadržali radno mjesto. Među njima najveći dio će trebati dodatno školovanje u trajanju do šest mjeseci, no deset posto zaposlenih će se morati dodatno obrazovati više od godinu dana, predviđaju direktori za upravljanje ljudskim resursima koji su odgovarali na anketu SEF-a. Glavni pokretači promjena koje su identificirali u izvještaju i koji će oblikovati razvoj tržišta rada idućih godina su: sveprisutni mobilni internet visokih brzina, umjetna inteligencija, široko prihvaćanje analize velikih količina podataka i tehnologije (informatičkog) oblaka.

---

## **ULOGA MEDICINSKIH SESTARA SPECIJALISTA U BORBI PROTIV ANTIMIKROBNE REZISTENCIJE (AMR)**

Unatoč brojnim sastancima na europskoj razini, te financiranja istraživanja i prikupljanja podataka, antimikrobna rezistencija (AMR) se i dalje tiče brojnih dionika u zdravstvu. Inicijative na razini EU-a i na nacionalnim razinama, u koje je uključena i Europska organizacija medicinskih sestara specijalista, kao i Zajednička akcija o AMR-u i infekcijama povezanim sa zdravstvenom skrbi važne su aktivnosti koje treba izdvojiti u događanjima u sestrinstvu u posljednje vrijeme. Postoji veliki broj podataka o trenutnom stanju i poziva na djelovanje, ali to nije dovoljno kako bi se pokrenula plima inicijativa – da se poduzmu konkretne aktivnosti za zaustavljanje širenja infekcija otpornih na lijekove. Sigurno vam vrlo često postavljaju pitanje: “Ako mi doktor ne može dati antibiotike, koja je alternativa?”. Nedovoljno se radi na edukaciji i podršci zdravstvenim radnicima ali i pacijentima, ili da se osigura da dobronamjerni planovi izrađeni na europskoj

ili nacionalnoj razini dostignu zadane ciljeve – zaustavljanje antimikrobne rezistencije. Problem zaraženih infekcija je mnogo veći nego što mnogi shvaćaju, a strahuje se da su prijavljeni slučajevi samo vrh ledenog brijega. ESNO (čiji je trenutni predsjednik Adriano Friganović, dipl. med.techn. iz RH) i njegovi članovi sastavili su niz planova i razvijaju odgovarajuće kompetencije, vještine i stavove. ESNO je izradio program edukacije i informiranja medicinskih sestara i trenutno razvija komunikacijski vodič. Također, čvrsto se zalaže za promjenu, ne samo u rješavanju problema AMR-a, nego i za podizanje svijesti o važnosti cijepljenja i sprječavanju bolesti na prvom mjestu. ESNO-ov Vodič za informacije i komunikaciju o AMR-u kako bi se osiguralo da medicinske sestre širom Europe mogu pristupiti točnim, dosljednim informacijama o otpornosti na lijekove će biti objavljen u travnju 2020. godine. Cilj je da sve medicinske sestre diljem Europe dobiju specifično obrazovanje o AMR-u. U interesu svih Europljana je razviti razumijevanje mikroba, naš stav prema zdravlju, gdje smijemo i gdje ne smijemo intervenirati, kada i kako koristiti a kada ne antimikrobne lijekove. Potpora i prepoznavanje važnosti kompetentnih zdravstvenih stručnjaka i medicinskih sestara specijalista zasigurno može pomoći u postizanju tog cilja.

---

## **HUNTER MILLER AGENCIJA ZA ZAPOŠLJAVANJE VJERUJE DA BI NHS MOGAO ŠKOLOVATI 40 000 MEDICINSKIH SESTARA U EU**

Londonska tvrtka za zapošljavanje Hunter Miller nudi povezivanje NHS (engleski zdravstveni



sustav) sa sveučilištima i fakultetima u Poljskoj i Bugarskoj koji žele školovati medicinske sestre za rad u Velikoj Britaniji. Prijedlog dolazi nakon najave Britanske komore medicinskih sestara da će smanjiti kriterije za polaganje testova engleskog jezika pri zapošljavanju medicinskih sestara iz drugih zemalja. Nedavni podatci o nedostatku medicinskih sestara u NHS govore o broju od 42000. Edukacija medicinskih sestara u istočnoj Europi i njihovo zapošljavanje u NHS-u moglo bi popraviti navedenu kadrovsku krizu tvrdi u Hunter Milleru. Trošak obrazovanja medicinske sestre u Poljskoj iznosi trećinu troška onog u Velikoj Britaniji, u kojoj se ionako nedovoljno ljudi želi baviti poslovima medicinske sestre. Čak 40000 dodatnih medicinskih sestara moglo bi se zaposliti izravno sa sveučilišta diljem EU kada bi NHS pristao pomoći u obrazovanju i zapošljavanju.

“Problem u Velikoj Britaniji je u tome što nedovoljno ljudi želi raditi u zdravstvu,” izjavio je za Nursing Times Nick Miller, generalni direktor za međunarodno zapošljavanje u Hunter Milleru. Predložio je da njegova tvrtka može povezati NHS sa sveučilištima i školama diljem EU-a a s ciljem edukacije i zapošljavanja velikog broja medicinskih sestara u Velikoj Britaniji. Ljudima koji žive u tim zemljama biti će ponudeni poslovi u NHS-u koji će ispuniti broj slobodnih mjesta u sustavu obrazovanja u pojedinim europskim zemljama ali i broj slobodnih radnih mjesta u Velikoj Britaniji. U zamjenu za ponudu za posao, predlaže da NHS-u bude dopuštena određena kontrola nad onim što se podučava tijekom edukacije, kako bi se slagalo sa zahtjevima Velike Britanije. No, neizvjesnost oko budućnosti NHS-a i vanjskih odnosa nakon Brexita ne ulijeva veliko povjerenje NHS-a u ovaj prijedlog. Broj medicinskih sestara koje se prijavljuju iz EU za rad u NHS-u dramatično se smanjio u šest mjeseci nakon glasovanja

o Brexitu. Medicinske sestre iz NHS-a kontinuirano upozoravaju da će zdravstvo biti teško pogođeno ako vlada Velike Britanije ne zajamči sigurnost posla svima iz drugih zemalja, a nakon Brexita. Nedavno je otkriveno da neke bolnice NHS-a ukidaju pravilo o posjedovanju vize, kako bi zadržale medicinske sestre iz Europske unije. Tri velika bolnička centra u Londonu pristala su platiti vize za 1300 zaposlenika EU kako bi ih zadržali na radnim mjestima, za što se očekuje da će koštati više od 100000 funti.

U Hunter Milleru vjeruju da bi se više ljudi u EU obrazovalo da postanu medicinske sestre ako bi znali da imaju realne izgleda za rad u NHS-u, gdje je plaća veća. Kažu kako već pet fakulteta u Poljskoj i Bugarskoj, te dvije bolnice u NHS-u raspravljaju o navedenom prijedlogu.

---

## **INDUSTRIJA 5.0 ĆE DONIJETI NOVU PARADIGMU SURADNJE IZMEĐU LJUDI I STROJEVA**

Iako je industrija 4.0 još uvijek relativno novi koncept, mnogi stručnjaci već najavljuju petu industrijsku revoluciju koja će dovesti do nove paradigme suradnje i interakcije između ljudi i strojeva. Prema riječima Francisca Jaime Quesada, stručnjaka za inovacije i konkurenciju, ključna riječ bit će “suradnja”, mješavina konkurencije i suradnje između ljudi i robota koja će biti obilježje ove nove ere. U istom duhu, Martin Ciupa, glavni obavještajni časnik u Mindmazu, izjavio je da će čovječanstvo morati pronaći novu ulogu za sebe: “To će biti izazov, ali ne mora biti negativan: roboti za robotske poslove, ljudi za ljudske poslove”. Kompletna digitalizacija sustava koja je umrežila sve sudionike u jedinstveni lanac znatno je povećala produktivnost

i učinkovitost procesa u Industriji 4.0. Industrija 5.0 treba objediniti kreativnost i inovativnost ljudskog uma s naprednim, suvremenim i digitaliziranim industrijskim procesima. Trenutačno stanje na tržištu, kroz sustav povratnih informacija, ukazuje kako se kreativnost čovjeka ne može isključiti. S druge strane potrebno je ograničiti ljudski faktor s ciljem smanjivanja mogućnosti pojave neželjenih grešaka i gubitaka. Zajednička cjelina koja će objediniti ljudski um i najviši stupanj digitalnog procesa predstavlja industrijsku revoluciju pete generacije. Također je važno spomenuti društvene i etičke rizike ove nove industrijske revolucije, ali je opći konsenzus da je industrija 5.0 dobra prilika, sve dok se uzmu u obzir etička pitanja. Ian Cronin, voditelj projekta na Svjetskom gospodarskom forumu, inzistirao je na ulozi koju su vlade odigrale u procjeni društvenog utjecaja i izjavio da je “Europa ključna u davanju ljudskog dodira Industriji 5.0”.

Svjedoci smo rapidnih promjena koje zahvaćaju sve životne segmente čovjeka današnjice. Tehnologija mijenja svijet na osnovi *warp* brzine, a vrlo snažan utjecaj ima i na zdravstveni sustav. Postoje mnoge nove tehnologije koje će promijeniti praksu sestrištva u narednom desetljeću. Neke od njih su genetika i genomika, manje invazivni i točniji dijagnostički postupci, kao i za liječenje; 3-D tisak, robotika, biometrika, elektronički zdravstveni kartoni i sl. Od medicinskih sestara će se tražiti da na odgovarajući način reagiraju na nove tehnologije, uključujući mogućnost korištenja tehnologija koje olakšavaju mobilnost, komunikaciju i odnose; da posjeduju stručnost u informatičkom znanju, pronalasku i distribuciji podataka... Obzirom da je budućnost neizvjesna, jedino je relativno jasno da će se mnogo toga što ćemo doživjeti u budućnosti – prilično razlikovati od

prošlosti. Moramo shvatiti da neće informacije ili čak tehnologija proizvesti tu nevidenu promjenu, nego utjecaj tehnologije na sve aspekte ljudskog života; ne računala ili čak bitova i bajtova, nego sposobnost primjene i integriranja brze tehnološke promjene u svakodnevicu. U profesiji u kojoj se znanje svakih šest godina udvostručuje, medicinske sestre više ne mogu biti samo čuvari znanja. Postaje jasno da sestre sve više moraju biti stručnjaci za upravljanje informacijama, uključujući stjecanje/ prikupljanje i distribuciju/ dijeljenje znanja s drugima. Sestrinstvo kao profesija ne smije biti reaktivna, lideri u području sestrinstva moraju početi razmišljati o tome kako će nove tehnologije promijeniti praksu sestrinstva i proaktivno utjecati na programe razvoja u sestrinstvu koji su potrebni kako bi se osiguralo da medicinske sestre imaju kompetencije koje su im potrebne u savladavanju tih novih tehnologija.

## **EUROPSKI GRAĐANI PO PRVI PUT KORISTILI E-RECEPTE U DRUGIM DRŽAVAMA ČLANICAMA EU-A**

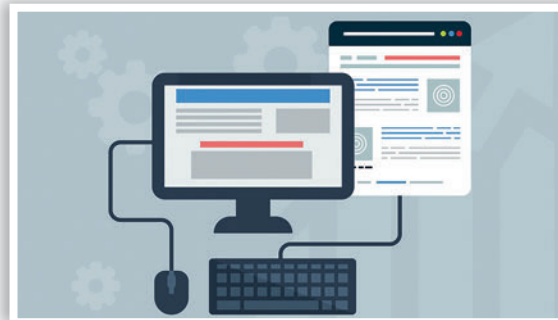
*Pacijenti iz EU-a mogu koristiti digitalne recepte koje im je izdao njihov liječnik obiteljske medicine kada posjećuju ljekarnu u drugoj zemlji EU: finski pacijenti sada mogu otići u ljekarnu u Estoniji i preuzeti lijekove koje je elektronički propisao njihov liječnik u Finskoj.*

Inicijativa se odnosi na sve recepte propisane u Finskoj i estonske ljekarne koje su potpisale sporazum. Novost ove inicijative je da su e-recepti elektronski vidljivi farmaceutima koji sudjeluju u primanju putem nove digitalne uslužne infrastrukture e-zdravlja, bez da pacijentu mora dati pisani recept. To je u skladu s

europskom politikom o digitalnom zdravlju i skrbi koja ima za cilj osnaživanje mobilnosti pacijenata osiguranjem pristupa zdravstvenim podacima i osiguravanjem kontinuiteta skrbi.

Andrus Ansip, potpredsjednik za jedinstveno digitalno tržište čestitao je Finskoj i Estoniji što su pokazale put suradnji u e-zdravstvu između država te je iskrao želju da ih i druge zemlje uskoro slijede. Pacijenti bi trebali moći koristiti svoje e-recepte preko granica. Slobodno kretanje je temeljno načelo EU: treba čim više ljudima olakšati da dobiju tretman ili lijekove u inozemstvu u EU, a sljedeći veliki korak će biti pojednostavljenje pristupa pacijentima njihovim vlastitim zdravstvenim podacima, razvijanje zajedničkog formata za razmjenu elektroničkih zdravstvenih podataka među zemljama Europske unije. Marija Gabriel, povjerenica za digitalnu ekonomiju i društvo, također je pohvalila ovu inicijativu i rekla kako je to izvršna polazna točka za bolju skrb za europske građane, nešto što je za njih nedvojbeno vrlo važno. Sažetci povijesti bolesti i e-recepti mogu spasiti živote u slučaju izvanrednih situacija. Tehnička rješenja koja se koriste za te razmjene, još jednom pokazuju koliko je važno i koliko je blisko svakodnevnom životu građana.

Europske institucije su 2011. godine usvojile Direktivu 2011/24 kojom se osigurava kontinuitet skrbi za europske građane preko granica. Direktiva daje državama članicama mogućnost razmjene zdravstvenih podataka na siguran, učinkovit i interoperabilan način. Sljedeće prekogranične zdravstvene usluge postupno se uvode u svim državama članicama EU: e-recepti i e-uputnica omogućuju bilo kojem građaninu EU-a da uzme svoje lijekove u ljekarni koja se nalazi u drugoj državi članici EU-a, zahvaljujući elektroničkom prijenosu recepta iz njegove / njene zemlje prebivališta u zemlju



putovanja. Zemlja prebivališta se zatim obavještava o preuzetom lijeku u posjećenoj zemlji. Sažetci povijesti bolesti daju osnovne informacije o važnim aspektima vezanim uz zdravlje, kao što su alergije, trenutni lijekovi, prethodne bolesti, operacije itd., što ih čini digitalno dostupnim u slučaju medicinskog (hitnog) primitka u zdravstvenu ustanovu u drugoj zemlji. To je sažetak veće zbirke zdravstvenih podataka nazvanih Europski zdravstveni zapis. Kako bi se to ostvarilo, Komisija će uskoro predstaviti Preporuku o Europskom formatu za razmjenu elektroničkih zdravstvenih zapisa. Pravila o zaštiti podataka strogo se poštuju i pacijenti će morati dati svoj pristanak prije pristupa tim uslugama.

Obje usluge omogućene su zahvaljujući digitalnoj uslužnoj infrastrukturi e-zdravlja koja povezuje nacionalne usluge e-zdravlja, omogućujući im razmjenu zdravstvenih podataka, a koja se financira sredstvima Europske komisije za povezivanje Europe. 22 države članice dio su digitalne uslužne infrastrukture e-zdravlja i očekuje se da će razmijeniti e-recepte i sažetke o pacijentima do kraja 2021. 10 država članica (Finska, Estonija, Češka, Luksemburg, Portugal, Hrvatska, Malta, Cipar, Grčka i Belgija) mogu započeti te razmjene do kraja 2019. godine.

Mreža e-zdravlja (tijelo vlasti za e-zdravstvo u EU-u) nedavno je dalo zeleno svjetlo Finskoj i Estoniji za početak razmjene e-receptata i Češkoj i Luksemburgu kako bi primili povijesti bolesti pacijenata-stranih državljana.

PRIPREMIO: Mario Gazić, magistar sestrinstva,  
Predsjednik Vijeća HKMS

## SASTANAK RADNE GRUPE CEPLIS-A

CEPLIS kao organizacija koja predstavlja profesionalna zanimanja Europske unije organizirala je sastanak Radne grupe koja je izradila Memorandum koji će biti predstavljen u Europskom parlamentu. U izradi memoranduma kao član grupe je sudjelovao Mario Gazić, magistar sestrinstva, kao generalni tajnik Europske federacije regulacijskih tijela u sestrinstvu (ENC). Radna grupa je održala sastanak u uredu Ceplisa 29. siječnja 2019. g. i donijela nacrt Memoranduma. Na inicijativu CEPLIS-a drugi dan, 30. siječnja je održan i sastanak u Europskom parlamentu na kojem su sudjelovali zastupnici u Europskom parlamentu, predstavnici Europske komisije te predstavnici CEPLIS-a i radne grupe.

Tema koja je okupila toliko dionika našeg sektora bila je: „Zakonodavstvo EU o uslugama i liberalnim profesijama EU dvije godine nakon donošenja paketa usluga“. Pod pokroviteljstvom Intergrupe za mala i srednja poduzeća Europskog parlamenta naš je događaj uključivao četiri glavna govora s ciljem poticanja dijaloga s sudionicima. Rumunjska zastupnica u Europskom parlamentu, gđa Maria Grapini, potpredsjednica europske skupine za mala i srednja poduzeća, bila je prva koja je preuzela riječ.

Gospođa Grapini potvrdila je potrebu uključivanja Europskog parlamenta u praćenje provedbe direktiva o uzajamnom priznavanju i proporcionalnosti.

Predsjednik CEPLIS-a gđin. Kolbe pozivajući se na Direktivu o proporcionalnosti naglasio je da profesije nisu tu da brane zastarjele i ekskluzivne propise koji dolaze iz drugog stoljeća, nego da se pobrine da svi razumiju da oni propisi koji donose dodatnu vrijednost klijentima / pacijentima ne krše pravila jedinstvenog tržišta. Rudolf Kolbe zatražio je i od Komisije i od Parlamenta da koriste praćenje direktiva kako bi ublažili probleme kao što su oni koji proizlaze iz nepravovremenog prenošenja u nacionalno zakonodavstvo. Također je pozvao institucije EU-a da profesijama pruže smjernice koje se odnose na posljedice Brexita u našem sektoru. Govornik Rudolfa Kolbea uslijedio je govor predsjednika Odbora za raznolikost EGSO-a. G. Metzler predstavio je rad Grupe za raznolikost prema široko prihvaćenoj definiciji liberalnih profesija i istaknuo napore EGSO-a da raspravi sve izazove s kojima se suočavaju profesionalci na jedinstvenom tržištu, posebice kroz organizaciju događaja kao što je Dan liberalnih profesija. Posljednji od govornika, direktor Europske komisije za obnovu i rast jedinstvenog tržišta, g. Hubert Gams izrazio je stajalište da se Europska komisija ne bori za manje propisa i da ne želi ukinuti propise, već pokušava izbjegavati nepotrebne propise. Promicati odgovarajuće propise kako bi se ojačalo jedinstveno tržište. Ravnatelj Glavne uprave za rast nije odbijao automatsku kritiku prihvaćajući da Europska komisija nije učinila dovoljno kako bi uvjerala dionike i tijela država članica o jakim točkama nekih svojih prijedloga u okviru „Paketa usluga“. U raspravi koja je uslijedila svi su sudionici potvrdili važnost profesija kao kreatora rasta i zapošljavanja u Europskoj uniji. Kao što je gospodin Metzler istaknuo, liberalne profesije svake godine rastu za 7%, unatoč činjenici da su one jako regulirane jer su njihovi propisi o kvaliteti i konkuriraju za kvalitetu. Snažan argument za regulirano tržište, a ne tržište po svaku cijenu, jasna je veza između regulacije i kvalitete, kao što je istaknuo predsjednik ECEC-a g. Klaus Thurriedl.

## ŠPANJOLSKO SESTRINSTVO - U CRVENIM BROJEVIMA

Sindikata medicinskih sestara Španjolske je iznio podatke kako je u Europskoj uniji na 1000 stanovnika 8,8 medicinskih sestara dok Španjolska jedva doseže prosjek od 5.3. Predsjednik sindikata španjolskih medicinskih sestara, Manuel Cascos, predstavio je studiju koja pokazuje da Španjolska treba uključiti 131 000 medicinskih sestara u zdravstveni sustav, od čega bi 87 000 trebalo biti u mreži javnog zdravstva. Riječ je o predmetnoj studiji, koja uključuje podatke Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD), koja Španjolsku postavlja na poziciju 24 od ukupno 28 država članica. Samo u Španjolskoj, populacija starija od 65 godina bit će viša od 25% u 15 godina i 30% u 40 godina, što će posljedično rezultirati povećanjem broja kroničnih bolesnika i ljudi ovisnih o pomoći druge osobe. Navode kako je hitno potrebno promijeniti model u Nacionalnom zdravstvenom sustavu koji mora uključiti veći broj medicinskih sestara.

Prema Sindikatu, to povećanje broja medicinskih sestara značilo bi godišnji trošak od 3.100 milijuna eura, odnosno 4,5% potrošnje. Također, naglašavaju potrebu jačanja strategije sustava promicanja zdravlja i prevencije bolesti, kao i jačanje primarne zdravstvene zaštite što bi dodatno poboljšalo kvalitetu i učinkovitost španjolskog zdravstvenog sustava. Dodaju da samo s takvim poboljšanjem pristupa, postoji mogućnost uštede iznosa od čak 12 milijuna eura godišnje.





## **SLOVENIJA: ZA ZNANOST I ISTRAŽIVANJE PRVI PUT U POVIJESTI, VIŠE OD 200 MILIJUNA EURA**

Slovenija odlučna u namjeri da se razvija kao država u kojoj bi znanost i tehnologija trebale biti ključni pokretači gospodarskog napretka.

Sredstva za znanstveno-istraživačku djelatnost u Sloveniji, rebalansom proračuna povećana su za 24,44 milijuna eura, od čega više od 22 milijuna eura za istraživanje. Ministar obrazovanja, znanosti i sporta Jernej Pikalo je oduševljen što je slovenska vlada odlučila potrošiti više od 200 milijuna eura za znanost i istraživanje, po prvi put u povijesti Slovenije. Smatra da će navedeno biti od iznimne važnosti za ubrzanje slovenskog gospodarskog i društvenog razvoja. Ističe da je za postizanje razvoja, potrebno snažno ojačati financiranje znanstvenih i istraživačkih aktivnosti u sljedeće tri godine. Slovenskom ministarstvu obrazovanja, znanosti i sporta su glavni prioriteti u području znanosti sustavno financiranje znanstveno-istraživačke djelatnosti u 2019. godini, promicanje uključenosti slovenskih istraživača u europsko istraživačko područje, financiranje postdoktorskih projekata u inozemstvu te doprinos izgradnji vrhunske europske istraživačke infrastrukture.

## **TRI MILIJUNA MEDICINSKIH SESTARA FOKUSIRA SE NA IZBORE U EUROPSKOM PARLAMENTU U SVIBNJU 2019. G.**

Sustavi zdravstvene i socijalne skrbi u EU-u suočeni su sa sve većim pritiskom zbog potrebe poštivanja održivosti sustava uz istovremeno postizanje što boljih rezultata. To direktno utječe na tri milijuna medicinskih sestara EU-a koje su dužne "učiniti više s manje". Stoga, obzirom na predstojeće izbore u Europskom parlamentu, tri milijuna medicinskih sestara EU-a poziva nacionalne i EU političare da donesu konkretnu potporu medicinskim sestrama kako bi mogle ostvariti najbolje rezultate za građane i pacijente EU-a.

### **BITI ANGAŽIRAN U MODERNIZACIJI**

Znajući da je profesija sestrinstva jedna od naj-mobilnijih, ključno pitanje za medicinske sestre je njihovo slobodno kretanje diljem EU-a. Kako bi se osigurala mobilnost dostatne, motivirane, visokokvalificirane radne snage u sestrinstvu, važno je navesti Direktivu 2013/55/ EU o priznavanju profesionalnih kvalifikacija koje vode do razvoja članka 31., jačajući postojeće minimalne uvjete za obrazovanje medicinskih sestara.



Međutim, ključno je osigurati prenošenje zakonske modernizacije u nacionalno zakonodavstvo. Usklađenost s Direktivom 2013/55/EU je ključna kako bi se osiguralo da medicinske sestre koje su završile obrazovni program za medicinske sestre mogu prakticirati u cijeloj EU. Ako kurikulumi za obrazovanje medicinskih sestara nisu u skladu s moderniziranom direktivom, te medicinske sestre neće imati koristi od uzajamnog priznavanja stručnih kvalifikacija, već će biti obuhvaćene općim sustavom, što često dovodi do toga da budu priznate kao zdravstveni asistenti prilikom preseljenja u druge države članice. To se može smatrati ozbiljnim posljedicama neusklađenosti s direktivama EU od strane država članica.

U tom smislu, napravljen je korak naprijed s usvajanjem direktive o testu proporcionalnosti prije usvajanja novih propisa o profesijama, s ciljem da se spriječi nacionalne vlade u stvaranju novog zakonodavstva bez uključivanja glasa medicinskih sestara. Usvajena Direktiva o proporcionalnosti stoga se smatra novim pravnim alatom, zajedno s Direktivom 2013/55/EU, kako bi se ojačalo sestrinstvo kao profesija.

Projekt ENS4Care, koji financira EU, pokazao je da su medicinske sestre i socijalni radnici, sa svojim znanjem i vještinama, u dobroj poziciji da dodaju značajnu vrijednost inovacijama, stvarajući važnu vezu između tehnoloških inovacija, promicanja zdravlja i boljih ishoda. Proliferacija alata i tehnologija e-zdravstva zahtijeva da medicinske sestre i socijalni radnici razumiju bazu dokaza na kojoj se nalaze raspoloživi alati, te da osiguraju da se oni odaberu i koriste na odgovarajući način, tako da se pravi ishodi mogu pratiti i vrednovati.

## PROBLEMATIKA EU MEDICINSKIH SESTARA ZA HITNO RJEŠAVANJE

Kada se razmatraju glavni izazovi s kojima se suočava profesija sestrinstva, jasno je da je jedan od najvećih izazova ovaj koji se odnosi na plaće. Smanjenje financiranja zdravstvenih sustava u EU ima negativan utjecaj na zdravstvene ishode, a od medicinskih sestara se očekuje da pruže istu kvalitetu skrbi, ako ne i bolju, s manje resursa, što dovodi i do izgaranja medicinskih sestara. Dok je praktično svakoj državi članici potrebno više medicinskih sestara, malo se radi na postizanju boljih uvjeta rada koji zadržavaju medicinske sestre u tom poslu. Iznimno je hitno i važno da političari na razini EU-a i na nacionalnim razinama preokrenu trendove u kojima su medicinske sestre itekako potplaćene za poslove koje rade na svim razinama zdravstvene zaštite.

## UNIFIKACIJA JE KLJUČNA ZA MEDICINSKE SESTRE EUROPSKE UNIJE

Jedinstveni glas od tri milijuna medicinskih sestara ključan je za rješavanje politika EU-a o obrazovanju medicinskih sestara, sestrinskoj radnoj snazi i zdravstvenim ishodima bolesnika te za nastavak izgradnje povjerenja s građanima EU-a s ciljem poboljšanja zdravstvenih i socijalnih sustava. Od presudne je važnosti da političke odluke donesene na Vijeću, Parlamentu i Komisiji bolje odražavaju potrebu i zabrinutost dio političke rasprave i da daju informacije o procesu kreiranja politike.

Zdrave radne sredine za sve medicinske sestre potrebne su za njihov razvoj u cijeloj Europi, s naglaskom na podršku obrazovanju, praksi i u konačnici ishodima zdravstvene skrbi.

## UMJETNA INTELIGENCIJA: EUROPSKA PERSPEKTIVA

Tek smo na početku razdoblja brze transformacije ekonomije i društva zbog konvergencije mnogih digitalnih tehnologija. Umjetna inteligencija (engl. *Artificial Intelligence*, AI) je ključna za ovu promjenu i nudi velike mogućnosti poboljšanja naših života. Najnoviji razvoj AI rezultat je povećane procesorske snage, poboljšanja algoritama i eksponencijalnog rasta volumena i raznolikosti digitalnih podataka. Mnoge primjene umjetne inteligencije počele su ulaziti u naše svakodnevne živote, od strojnih prijevoda, do prepoznavanja slika i stvaranja glazbe, te se sve više primjenjuju u industriji, politici i trgovini. Povezana i autonomna vozila i medicinska dijagnostika uz potporu umjetne inteligencije su područja primjene koja će uskoro biti uobičajena pojava. U SAD-u, Kini i Europi postoji jaka globalna konkurencija kada je riječ o AI-u. SAD vode za sada, ali Kina brzo sustiže i ima za cilj voditi do 2030. Za EU nije toliko pitanje pobjede ili gubitka utrke, nego pronalaženje načina za prihvaćanje mogućnosti koje nudi AI na neki način koji je usmjeren na čovjeka, etičan, siguran i istinit našim temeljnim vrijednostima. Zemlje članice EU i Europska komisija razvijaju koordinirane nacionalne i europske strategije, priznajući da jedino zajedno možemo uspjeti. Općenito se zna da umjetna inteligencija može cvjetati samo ako je podržana robustnom računalnom infrastrukturom i kvalitetnim podacima:

- Što se tiče računalstva, utvrđene su prilike za Europu da uloži u novu paradigmu računalstva raspoređenu prema rubovima mreže, pored centraliziranih objekata. To će podržati i buduću implementaciju 5G-a.



- Što se tiče podataka, argumentirana je korist učenja od uspješnih internetskih tvrtki, otvaranja pristupa podacima i razvijanja interaktivnosti s korisnicima, a ne samo emitiranja podataka.

Trebamo prihvatiti mogućnosti koje pruža AI, ali ne i nekritički. Karakteristike crne kutije većine vodećih AI tehnika čine ih neprozirnim čak i stručnjacima. Sustavi umjetne inteligencije trenutno su ograničeni na uske i dobro definirane zadatke, a njihove tehnologije nasljeđuju nesavršenosti svojih ljudskih kreatora, kao što je dobro poznati efekt pristranosti prisutan u podacima.

Etički i sigurni algoritmi ključni su za izgradnju povjerenja u ovu disruptivnu tehnologiju, ali je također potreban širi angažman civilnog društva na vrijednostima koje treba ugraditi u umjetnu inteligenciju i smjerovima za buduću razvoj. Ovaj društveni angažman trebao bi biti dio napora za jačanje naše otpornosti na svim razinama, od lokalnih, do nacionalnih i europskih, preko institucija, industrije i civilnog društva. Razvijanje lokalnih sustava vještina, računanja, podataka i aplikacija može potaknuti angažman lokalnih zajednica, odgovoriti na njihove potrebe, iskoristiti lokalnu kreativnost i znanje te izgraditi ljudski usmjerenu, raznoliku

i društveno usmjerenu AI. Još uvijek vrlo malo znamo kako će AI utjecati na način na koji razmišljamo, donosimo odluke, međusobno se odnosimo i kako će to utjecati na naše poslove. Ova nesigurnost može biti izvor zabrinutosti, ali je također znak mogućnosti. Budućnost još nije napisana. Možemo je oblikovati na temelju naše zajedničke vizije o tome kakvu bismo budućnost željeli imati. AI će svakako svakim danom imati sve veći utjecaj na razvoj medicine i tehnologije u medicini, te će mijenjati pristup liječenju bolesnika. Treba imati na umu, da sestrinstvo također pri tome neće ostati netaknuto – što nam postavlja nebrojena pitanja:

Hoće li AI zamijeniti ljudsku ruku u medicini? U kojoj mjeri?

Kako će izgledati skrb za bolesnika u konačnici?

Mogu li umjetna inteligencija i holistički pristup zajedno? Kako?

<https://ec.europa.eu/jrc/en/publication/eur-scientific-and-technical-research-reports/artificial-intelligence-european-perspective>

Science Areas: Information Society Innovation and growth





PRIPREMILA: Ljiljana Pomper

# IZ STRANE LITERATURE



## PERIFERNI INTRAVASKULARNI KATETERI UMETNUTI U HITNIM SITUACIJAMA: PROJEKT POBOLJŠANJA KVALITETE

SKRAĆENI PRIKAZ ČLANKA

Leanne Ruegg, Mark Faucett and Keat Choong (2018)

Emergency inserted peripheral intravenous catheters: a quality improvement project; *British Journal of Nursing, IV Therapy Supplement 27 (14): 28-30*

### SAŽETAK

Vaskularni pristupni uređaji neophodni su u pružanju zdravstvene zaštite, ali njihova uporaba predstavlja značajan rizik od infekcije. Uvađanje perifernih intravaskularnih katetera (PIVC-ova) u vozilima hitne pomoći/ hitnim slučajevima povećava rizik od infekcije krvotoka povezane s kateterom (CRBSI) zbog nemogućnosti održavanja asepsa tijekom postupka umetanja. Iako je preporuka lokalnih smjernica (Queensland, Australija) uklanjanje ili zamjena PIVC-ova umetnutih u tim situacijama u roku od 24 sata, rutinske provjere ukazale su na kašnjenje tih provedbi. Stoga je uveden projekt poboljšanja kvalitete koji uključuje uvođenje naljepnica za brzo identificiranje PIVC-ova uvedenih u vozilima hitne pomoći/ hitnim slučajevima i edukaciju osoblja odjela, kako bi se omogućila identifikacija te skupine visokog rizika. Revizije nakon provedbe pokazale su značajno smanjenje broja PIVC-ova uvedenih u vozilima hitne pomoći/ hitnim slučajevima koji su ostali nepromijenjeni duže od 24 sata.

**Ključne riječi:** periferni kateter / kanila, infekcija krvotoka povezana s kateterom, hitna pomoć, predbolnička njega

Periferni intravenski kateteri (PIVC-ovi) su najčešće korišteni medicinski proizvodi kod čak 70% pacijenata (Rickard et al, 2012), a indicirani su tijekom boravka pacijenata u australskim bolnicama za davanje lijekova, tekućine, krvi ili kontrasta (Hawkins et al, 2018). Iako je zabilježeno da PIVC-ovi imaju manju incidenciju infekcija krvotoka povezanih s kateterom (0,1% ili 0,5 epizoda u 1000 dana) od centralnih venskih katetera (4,4% ili 2,7 epizoda u 1000 dana katetera), i dalje se javljaju komplikacije uključujući flebitis i infekcije krvotoka povezane s PIVC-ovima (Maki et al, 2006). Da bi se smanjio rizik od infekcija povezanih s PIVC-ovima koji su umetnuti u hitnim predbolničkim zbrinjavanjima pacijenata, potrebno je pridržavati se preporuka najbolje prakse koje uključuju: higijenu ruku, uporabu čistih, nesterilnih rukavica, antisepsu kože s vremenom sušenja prije umetanja i aseptičnu tehniku bez dodira pri umetanju uređaja (O'Grady et al, 2011; Loveday i sur., 2014; Ministarstvo zdravstva Queenslanda, 2015; Royal College of Nursing, 2016; Zhang et al, 2016).

Zbog prethodnih istraživanja koja pokazuju veću učestalost infekcija PIVC-ova postavljenih na terenu (Lawrence i Lauro, 1988; Halter i sur., 2000), bez obzira na preporuke iz centara za prevenciju i kontrolu bolesti (O'Grady i sur., 2011) da PIVC-ove treba mijenjati svakih 72-96 sati (osim u djece i pacijenata s lošim venama), kada je aseptička tehnika dovedena u pitanje, uklanjanje PIVC-ova se preporučuje ranije (O'Grady et al, 2011; Royal College of Nursing, 2016).

Zbog sličnih razloga, autorove lokalne smjernice zagovaraju uklanjanje/ zamjenu PIVC-ova umetnutih u hitnim situacijama u roku od 24 sata (Queensland Government Department of Health, 2015). Ponekad pri postavljanju PIVC-ova u hitnim situacijama i nekontroliranom okruženju nije moguće poštivati najbolju praksu, što predstavlja rizik (O'Grady et al, 2011; Loveday i sur., 2014; Ministarstvo zdravstva Queenslanda, 2015; Queensland Ambulance Service, 2016). Neodgovarajuća higijena ruku zdravstvenih radnika izravan je faktor rizika za infekciju PIVC-ova (Loveday i sur., 2014; Zhang et al, 2016). Lokalne revizije u zdravstvenoj službi autora pokazale su da su PIVC-ovi umetnuti u vozilima hitne pomoći često bili zadržani duže od preporučenih 24 sata, a jedna od prepreka neuklanjanju bila je nemogućnost identificiranja tih PIVC-ova (u vozilima hitne pomoći i u bolnici korišteni su isti uređaji).

Ovaj članak opisuje rezultate projekta poboljšanja kvalitete kako bi se olakšalo pravodobno uklanjanje PIVC-s u vozilima hitne pomoći/ hitnim situacijama.

Cilj projekta poboljšanja kvalitete je bio smanjiti broj PIVC-ova postavljenih u vozilima hitne pomoći koji su ostali umetnuti dulje od 24 sata, a proveden je od rujna 2015. do rujna 2017. u regionalnoj bolnici s 450 postelja. Nakon razdoblja od 12 mjeseci prije provedbe, uslijedila je intervencija za poboljšanje kvalitete, s revizijom nakon provedbe za 12 mjeseci od strane službe za nadzor i obrazovanje vaskularnog pristupa (VASE). Prikupljeni su podaci o tome koji je profesionalac (liječnik, medicinska sestra ili djelatnik hitne pomoći) umetnuo PIVC (djelatnik u vozilu hitne pomoći ili djelatnik unutar bolnice) i evidentirano je vrijeme zadržavanja venskog katetera. Ako je PIVC revidiran i ustanovljeno je da ne udovoljava lokalnim smjernicama, odmah je obaviješten liječnički tim. Lokalne smjernice uključuju uporabu higijene ruku, aseptičnu tehniku bez dodira, antiseptu kože, jasnu dokumentaciju o umetanju PIVC-ova i pregled uređaja (adekvatnost zavoja, potreba i komplikacije) u svakoj smjeni. Dodatno, PIVC se mora zamijeniti svakih 72-96 sati, osim olakšavajućih okolnosti, kao što je nemogućnost dohvaćanja daljnjeg pristupa (Queensland Government Department of Health, 2015).

## INTERVENCIJE

Od početka projekta bili su uključeni svi dionici, od lokalne ambulante službe, do višeg osoblja hitne pomoći i službenika za hitnu medicinsku pomoć i raspravljeno je o razlozima projekta i predloženoj intervenciji, a posebno o rezultatima lokalnih revizija i nemogućnosti medicinskog i sestrinskog osoblja da razlikuju PIVC-ove umetnute u vozilima hitne pomoći od onih postavljenih rutinski. S ambulantom službom pregledane su mjere prevencije i suzbijanja infekcija u vezi s umetanjem intravaskularnih uređaja.

Nakon toga, razvijene su sljedeće intervencije:

Osmišljena je naljepnica za identifikaciju PIVC-ova postavljenih u vozilima hitne pomoći/ hitnim situacijama (Slika 1) i stavljena je na raspolaganje u područje trijaže, te je dogovoreno je da se postavi na bilo koji PIVC koji je bio umetnut u predbolničkom dijelu skrbi pacijenta. Da bi se poboljšalo korištenje naljepnica, osoblje ambulante je obrazovano, te je poboljšana komunikacija putem njihovog tjednog biltena, putem edukatora bolničara, a na području trijaže postavljeni su znakovi, kao i čuvari zaslona u području pisanja bilješki.

Svi zaposlenici bili su upoznati s naljepnicama i educirani su da se PIVC-ovi označeni tim naljepnicama moraju ukloniti ili zamijeniti u roku od 24 sata od prijema pacijenta u bolnicu, ako je to klinički prikladno. Obrazovanje je bilo opsežno, provedeno na različite načine, uključujući čuvare zaslona na bolničkom intranetu, do brošura i letaka u kliničkim područjima samo za osoblje. Za širenje informacija o ovom projektu svim zapolsnicima, bili su zaduženi voditelji medicinskih odjela i medicinke sestre.

*Slika 1. Naljepnica upozorenja za označavanje: Queensland Ambulance Service - intravenska kanila QAS-IVC*



## REZULTATI

Revizije prije provedbe od rujna 2015. do rujna 2016. godine pokazale su da je od 437 revidiranih PIVC-ova, njih 32 identificirano kao umetnuti u hitnoj pomoći; od toga je 75% ostalo umetnuto duže od 24 sata. Rutinskim praćenjem bakterijemija povezanih sa zdravstvenom skrbi tijekom perioda prije primjene, uočeno je da su 2 bakteriemije *Staphylococcus aureus*om povezane s zdravstvenom skrbi (HCA-SAB) pripisane PIVC-ovima (0,26 na 10 000 zauzetih dana kreveta (OBD)), od kojih su 2 (0,13 na 10 000 OBD) bili su PIVC-s umetnuti u vozilima hitne pomoći.

Tablica 1: Rezultati pregleda

	Period prije imple- mentacije n (%)	Post-implementacijski period n (%)	p vrijednost
Broj pregledanih PIVC-ova	437	343	
Broj PIVC- ova umetnutih u vozilima hitne pomoći	32 (7,3%)	21 (6,1%)	0,509
Broj PIVC- ova umetnutih u vozilima hitne pomoći > 24 sata	24 (75%)	6 (28%)	< 0.001

Tijekom razdoblja nakon provedbe, od rujna 2016. do rujna 2017., revizije su pokazale da je od 343 PIVC-a, njih 21 identificirano kao umetnuto u vozilima hitne pomoći, a samo ih je 6 (29%) zadržano dulje od 24 sata. Smanjenje broja PIVC-ova umetnutih u hitnoj pomoći koji su ostali umetnuti dulje od 24 sata bilo je statistički značajno ( $p = 0,0009$ ). U istom razdoblju bilo je 4 HCA-SAB (0,31 na 10 000 OBD) povezanih s PIVC-ovima, ali nijedna nije bila povezana s PIVC-ovima umetnutim u hitnoj pomoći. Razlika u broju HCA-SAB-a povezanih s PIVC-ovima uvedenim u ambulanti nije bila statistički značajna ( $p = 0,1$ ) (Tablica 1).

## OGRANIČENJA

Postoji nekoliko ograničenja u ovom projektu. Prikupljeni su samo podaci o broju PIVC-ova, a nisu uključeni podaci o kliničkim ishodima, kao što je flebitis; međutim, tijekom perioda nakon provedbe nisu zabilježene bakteremije povezane s PIVC-ovima u bolničkim podacima nadzora. To nije bilo statistički značajno zbog malog broja događaja, budući da projekt nije bio pokrenut da bi se otkrila statistička značajnost u povezanosti između HCA-SAB-a i PIVC-ova umetnutih u hitnoj pomoći.

Osim toga, u isto vrijeme postojale su i druge obrazovne aktivnosti i aktivnosti za poboljšanje kvalitete koje se odnose na upravljanje PIVC-ovima, koje su mogle pridonijeti smanjenju produženog trajanja PIVC-ova zbog povećane svijesti o tim pitanjima. Kako su lokalne revizije pokazale lošu usklađenost s dokumentacijom u planu skrbi za PIVC-ove usmjerene na odrasle osobe, bilo je dodatnih edukacija za medicinsko i sestrinsko osoblje o važnosti dokumentiranja skrbi i održavanja PIVC-ova.

## ZAKLJUČAK

Prema nalazima revizije, naljepnica upozorenja značajno je smanjila broj PIVC-ova umetnutih u vozilima hitne pomoći/ hitnim situacijama koji su

ostali umetnuti duže od 24 sata. Prema verbalnim povratnim informacijama iz kliničkih područja, prisutnost crvene naljepnice upozorenja olakšala je identifikaciju PIVC-ova umetnutih u hitnoj pomoći koji zahtijevaju promptno ukljanjanje. Povratne informacije kliničkim područjima i vozilima hitne pomoći/ hitnoj službi bile su važna i bitna komponenta ovog projekta, te se smatra opravdanim daljnje proučavanje i uključivanje ove vrste aktivnosti poboljšanja kvalitete u skupni pristup upravljanju PIVC-ovima.

## KLJUČNE TOČKE

- Periferni intravenski kateter (PIVC) umetnut tijekom predbolničkog liječenja može predstavljati veći rizik za infekcije zbog uvjeta rada u nekontroliranoj okolini. Tijekom hitne situacije, provodi se analiza rizika i koristi, a neki aspekti najbolje prakse mogu biti ograničeni (npr. mogućnost da se antiseptik osuši na koži)
- Naljepnica upozorenja koja označava PIVC, u kombinaciji s obrazovanjem i kampanjom za podizanje svijesti rezultirala je statistički značajnim smanjenjem broja PIVC-ova umetnutih u hitnoj pomoći koji su ostali na mjestu duže od 24 sata
- Uključivanje i obrazovanje svih sudionika sudionika ključni su za uspjeh aktivnosti poboljšanja kvalitete





# UPRAVLJAČKE KOMPETENCIJE GLAVNIH MEDICINSKIH SESTARA: MODEL I ALAT ZA PROCJENU

Autori: Nader Markazi Moghaddam, Sanaz Zargar Balaye Jame, Sima Rafiei, Ali Asghari Sarem, Ashraf Ghamchili i Milad Shafii; University of Medical Sciences, Tehran, Iran

British Journal of Nursing, 2019., Vol. 28 (1), (30:37)

## SAŽETAK

Glavne medicinske sestre igraju važnu ulogu u uspješnom radu bolnica. Potrebno je identificirati i odrediti prioritetne menadžerske kompetencije koje su potrebne za ove supervizore i ocjenjivati njihova potignuća na toj osnovi. Cilj ovog istraživanja bio je pružiti valjano sredstvo za procjenu menadžerskih kompetencija medicinskih sestara bolničkih odjela. Najprije je kroz pregled literature, Delphi tehniku i ekspertni panel, razvijen model kompetencija. Zatim su korištenjem analitičkog hijerarhijskog procesa kompetencije bile procijenjene i poredane

po važnosti. Konačno, na temelju modela, osmišljen je instrument za mjerenje kompetencija glavnih medicinskih sestara. Provjerena je valjanost i pouzdanost instrumenta. Predloženi okvir uključivao je 27 kompetencija kategoriziranih po četiri glavna upravljačka zadatka: planiranje, organiziranje, vodstvo i kontrola. Nalazi su otkrili da je najveći prioritet dat strateškom razmišljanju (0.1221), a najmanji prioritet bio je donošenje odluka utemeljenih na dokazima (0,007). Na temelju rezultata ocjene utjecaja i rezultata valjanosti sadržaja dokazana je valjanost sadržaja svih pitanja. Nadalje, korištenjem indeksa valjanosti sadržaja izostavljeno je ili



izmijenjeno 11 pitanja. Studija predstavlja validan i sveobuhvatan model za procjenu menadžerskih kompetencija medicinskih sestara bolničkih odjela kako bi se učinio važan korak prema poboljšanju njihovih performansi.

**Ključne riječi:** Upravljanje, Procjena, Kompetencije, Vodstvo, Glavne sestre

Postojanje učinkovitog i djelotvornog sustava ocjenjivanja za prepoznavanje kompetencija i sposobnosti osoblja može igrati značajnu ulogu u smanjenju troškova organizacija i pružanju usluga s višim razinama kvalitete (Meretoja i Leino-Kilpi, 2003; Shafii et al, 2016). Poboljšanje uspješnosti upravljanja možda neće biti postignuto ako ne postoji odgovarajući model za procjenu uspješnosti

temeljen na točnim i primjenjivim pokazateljima. Takav model pruža mogućnost pravilnog i načelnog odabira i obuke rukovoditelja koji su sposobni organizirati procese pružanja zdravstvene skrbi kako bi bili učinkoviti, djelotvorni i odgovorni (Pillay, 2010; Liang et al, 2013).

Iako postoje različite metode ocjenjivanja, nekoliko je studija usmjereno na pristupe utemeljene na kompetencijama za procjenu uspješnosti menadžera zdravstvene skrbi, posebno medicinskih sestara - to jest, glavna medicinska sestra za svaki pojedini klinički odjel (Arcand i Neumann, 2005; Cowan et al, 2005; Liu i sur., 2007; Cummings i sur., 2010; Pillay, 2010; Dadgar i sur., 2012; Wongprasis, 2014). Posljednjih nekoliko godina značajnija uloga glavnih medicinskih sestara u usmjeravanju poslova brige o pacijentima i osiguravanju zdravog radnog okruženja za medicinsko osoblje istaknuta je više nego ikad (Hu, 2010). Zapravo, bolničke medicinske sestre, ili menadžeri medicinskih sestara, ne samo da moraju ispuniti svoju kliničku praksu, već su i dužni obavljati administrativne poslove koji su im povjereni zbog njihove odgovornosti za upravljanje. Kako bi učinkovito ispunili zadatke, oni bi trebali biti opremljeni ključnim kompetencijama koje će ih voditi u tom smjeru. Nadalje, budući da menadžeri medicinske sestre čine značajan broj zdravstvenih menadžera na zdravstvenom tržištu i njihova poboljšanja u performansama potencijalno rezultiraju izvrsnošću u bolnici, razvoj logičkog modela za ocjenjivanje menadžerskih kompetencija bio bi značajno koristan (Liu et al, 2007). Unatoč tome, u zemlji autora nije razvijeno valjano i sveobuhvatno mjerno oruđe za procjenu upravljačkih kompetencija ove profesionalne skupine (Parry, 1997; Meretoja i Leino-Kilpi, 2003; Khomeiran i sur., 2006). Stoga je u ovoj studiji cilj bio pružiti valjano sredstvo za procjenu menadžerskih kompetencija medicinskih sestara bolničkih odjela.

## MATERIJAL I METODE

Ova deskriptivno-analiitička studija je provedena 2017. godine u šest faza:

- 1) pregled literature (baze podataka Web of Science, PubMed, Science Direct, Scopus, Emerald, Proquest) korištenjem sljedećih ključnih riječi: glavna sestra, medicinska sestra, kompetencija, ocjenjivanje uspješnosti, procjena kompetencija, menadžerska sposobnost. Na temelju toga je sastavljen radni popis upravljačkih kompetencija potrebnih za bolničku medicinsku sestru.
- 2) Radni popis je (koristeći Delphi metodu) analiziran od strane istraživača te 16 dodatnih stručnjaka (uključujući i 11 medicinskih sestara s najmanje 5 godina radnog iskustva)
- 3) Tako revidirani popis je pregledao panel od 5 stručnjaka, s ciljem da se izbace dvosmislena i eventualno besmislena pitanja.
- 4) Ponovo je korištena Delphi metoda za verifikaciju kompetencija i dimenzija koje je potrebno ponovno ispitati, a stručnjaci su pitanja ponderirali koristeći metodu AHP (Analytic hierarchy process – analitički hijerarhijski proces). Dobiveni podaci su analizirani koristeći program Excel, a kompetencije su razvrstane prema prioritetu.
- 5) Tako dobiven popis kompetencija raspravljen je od strane 7 stručnjaka (5 istraživača + 2 stručnjaka za menadžment).
- 6) Na temelju svih prethodnih analiza i korekcija, osmišljen je upitnik za ocjenjivanje menadžerskih kompetencija glavnih medicinskih sestara, pa je potom provjerena njegova valjanost i pouzdanost.

Način provjere valjanosti i pouzdanosti detaljno je opisan u izvornom članku (a rezultati prikazani u izvornoj Tablici 2), no ovdje nam pozornost valja usmjeriti na konačnu verziju tako dobivenog upitnika te same rezultate ovog istraživanja i njihove implikacije.

## REZULTATI

Identificirano je ukupno 27 menadžerskih kompetencija potrebnih za glavne medicinske sestre, a te su kompetencije razvrstane u 4 glavne kategorije koje se odnose na upravljačke funkcije: planiranje, organiziranje, vodstvo i kontrola (Tablica 1, Tablica 3).

Analiza tih kompetencija je pokazala da su stručnjaci najveći prioritet dali za: sposobnost strateškog promišljanja; sposobnost rukovođenja i raspodjele resursa; ocjenjivanje uspješnosti; sposobnost kritičkog razmišljanja. U Tablici 1 je prikazan model razvijen za analizu menadžerskih kompetencija glavnih medicinskih sestara, a u tablici 3 su prikazana pitanja uključena u završnu verziju upitnika.

## RASPRAVA

U ovom radu, autori su razvili vrijedan model za procjenu menadžerskih sposobnosti glavnih medicinskih sestara, a primjenom modela u praksi su utvrdili i koje od potrebnih kompetencija i kvalifikacija su prioritetne. Slični rezultati su dobiveni i u prethodnim studijama (Wood 2011, Munro 2005, Munyewende i sur. 2006, Tongmuangtunyatep i sur. 2015). Zaključak većine prethodnih studija jest sljedeći: procjena uspješnosti menadžera na temelju analize identificiranih kompetencija povećava točnost i transparentnost procesa evaluacije. Isto tako, transparentan i primjeren sustav ocjenjivanja povećava odgovornost medicinskih sestara u obavljanju posla (za pregled vidi Kantanen i sur. 2007). I one medicinske sestre koje su pouzdane i stručne u području općih i profesionalnih kompetencija, ipak trebaju dodatno uvježbati i osnažiti svoje menadžerske kompetencije i sposobnost vođenja.

Rezultati ove studije su pokazali da je sposobnost vođenja (leadership) iznimno bitna, posebice kad je u pitanju usmjeravanje podređenih ka realizaciji utvrđenih ciljeva, pružanju kvalitetne usluge te osiguravanju najviših standarda rada. Do sličnih rezultata su došle i druge studije (Afandi 2014, Ghamari-Zare i sur. 2011; Pillay 2011; Curtis i sur. 2011). Sposobni voditelji znaju kako uključiti pomoćno osoblje u postizanje organizacijskih ciljeva te stvarati poticajne vizije i ciljeve za medicinsko osoblje; te vizije treba ostvariti kroz upravljanje resursima, izradu odgovarajućih politika te njihovo praćenje. Dobro vođenje podrazumijeva strateško razmišljanje, pogled u budućnost, fleksibilnost i pozitivan stav prema promjenama, sposobnost pregovaranja i učinkovite komunikacije. U ostvarenju svih tih ciljeva, dobro osposobljene glavne medicinske sestre mogu igrati iznimno važnu ulogu (Curtis i sur. 2011; Pillay 2011; Ghamari-Zare i sur. 2011).

Ukratko, brojna istraživanja su pokazala da bi medicinske sestre trebale posjedovati umijeća strateškog planiranja, kako bi mogle viziju, misiju, ciljeve i strategije suradnicima prikazati na poticajan način. Medicinske sestre također trebaju biti u stanju učinkovito organizirati poslove i s njima povezane resurse, te precizno kontrolirati radne aktivnosti (Hutchinson i Purcell 2010, Asamani i sur. 2013).





Tablica 1. Model razvijen za analizu menadžerskih kompetencija  
glavnih medicinskih sestara

UPRAVLJAČKE FUNKCIJE I ULOGE		KOMPETENCIJE	
Upravljačke funkcije	Planiranje	Sposobnost planiranja (sposobnost sudjelovanja u planiranju i sposobnost razumijevanja akcijskih, taktičkih i strateških planova)	
		Strateško razmišljanje (definiranje vizije, ciljeva i strategija)	
		Postavljanje ciljeva (sposobnost primjene odobrenih programa prema utvrđenim ciljevima)	
	Organiziranje	Koordinacija (sposobnost koordinacije pojedinaca i aktivnosti)	
		Delegiranje uloga i funkcija (naglašavanje meritokracije i razmatranje sposobnosti osoblja u raspodjeli radnih dužnosti)	
	Upravljačke funkcije	Upravljanje	Dodjela resursa (sposobnost učinkovitog i djelotvornog korištenja resursa)
			Učinkovita komunikacija (sposobnost prevladavanja komunikacijskih prepreka kroz identificiranje pristupa poboljšanja)
			Team building (sposobnost stvaranja timskog rada i djelotvorna uloga člana tima)
			Upravljanje promjenama (sposobnost provođenja učinkovitih aktivnosti u cilju olakšavanja odgovarajućih izmjena u organizaciji)
			Upravljanje konfliktima (sposobnost identificiranja i rješavanja organizacijskih sukoba, rješavanje suprotnih stavova i vođenje timskog rada prema zajedničkim ciljevima organizacije)
			Pregovaranje (sposobnost postizanja konsenzusa pri raspravljanju pitanja i uvjeravanju pojedinaca)
			Upravljanje organizacijskom klimom i kulturom (sposobnost identificiranja glavnih čimbenika vezanih uz organizacijsku kulturu i razvoj odgovarajućeg radnog okruženja koje podržava organizacijske ciljeve i vrijednosti)
			Inspiracija (sposobnost promicanja motivacije, profesionalnog interesa, predanosti i odaziva u sebi ili drugima)
			Povjerenje i vjerodostojnost (sposobnost stjecanja povjerenja zaposlenika, kupaca i kolega)
Profesionalnost (pridržavanje principima, vrijednostima, uvjerenjima, propisima, stalnom usavršavanju i razvoju)			
Kontrola	Predanost kupcima (vrednovanje pacijenata, sposobnost identificiranja i zadovoljavanja njihovih potreba i poštivanje njihovih prava)		
	Samoupravljanje (sposobnost identificiranja i kontrole emocija, dominacija ponašanja i usmjeravanje prema pozitivnom načinu)		
	Ocjenjivanje uspješnosti (sposobnost određivanja ključnih kriterija za procjenu stvarne izvedbe na njihovoj osnovi)		
Upravljačke uloge	Upravljanje	Povratne informacije (sposobnost pružanja i dobivanja korisnih povratnih informacija i reforma poslova na njihovoj osnovi)	
		Rješavanje problema (sposobnost identificiranja i rješavanja organizacijskih problema)	
		Kritičko razmišljanje (sposobnost logičnog razmišljanja o različitim pitanjima i ispravno prosuđivanje o njima)	
		Sustavno razmišljanje (sposobnost razmišljanja o različitim organizacijskim pitanjima sustavno kroz prepoznavanje međusobnih odnosa između njih)	
		Analiitička kompetencija (sposobnost analiziranja i interpretacije dostupnih podataka)	
		Informacijska pismenost (sposobnost prikupljanja i analize valjanih informacija u odgovarajuće vrijeme)	
		Donošenje odluka na temelju dokaza (sposobnost donošenja odluka i pronalaženje odgovarajućih rješenja na temelju valjanih dokaza)	
		Kreativnost i inovativnost (sposobnost korištenja novih razmišljanja u menadžerskom planiranju)	
Odnos prema stalnom poboljšanju (vjerovanje u provedbu aktivnosti poboljšanja s vremenom)			

*Tablica 2. Pitanja koja su uključena u završni alat za ocjenjivanje menadžerskih kompetencija glavnih medicinskih sestara*

Kompetencije	Pitanja Skala s pet točaka za odgovore: vrlo slabo, slabo, umjereno, dobro, vrlo dobro
Sposobnost planiranja	Sudjelovanje u aktivnostima, taktičko i strateško planiranje
	Razumijevanje bolničkih planova i politika
	Redovito ažuriranje programa na temelju promjena u okolišu
Strateško razmišljanje	Percepcija bolničke vizije, cilja i strategije
	Utvrđivanje ciljeva ustrojbene jedinice na temelju vizije i utvrđenih ciljeva
Postavljanje ciljeva	Provedba programa na temelju utvrđenih ciljeva
Koordinacija	Svijest o sestrinskoj organizacijskoj shemi
	Učinkovito sudjelovanje na raznim sastancima o pitanju koordinacije sestrinskog osoblja
	Međusektorska koordinacija
	Intrasektorska koordinacija
	Stvaranje razumijevanja između radnih odjela
Delegiranje uloga i funkcija	Razviti suradnju i koordinaciju između medicinskog osoblja i bolničkih odjela
	Meritokracija (odabir odgovarajućih pojedinaca za poduzimanje različitih aktivnosti)
	Podjela rada na temelju sposobnosti pojedinca
	Određivanje ključnih kompetencija potrebnih za obavljanje uloga u organizaciji
Raspodjela resursa	Planiranje sukcesije (uključujući razvoj rukovodećih i upravljačkih vještina među osobljem)
	Učinkovito i djelotvorno korištenje resursa
Učinkovita komunikacija	Procjena potreba odjela u smislu resursa i objekata
	Učinkovita verbalna i neverbalna komunikacija
	Rješavanje komunikacijskih prepreka
	Govorničko umijeće (koja ima moć govora i sposobnost da se dobro prezentira)
	Jasno prenošenje stavova i uvjerenja
Gradnja tima	Umijeće učinkovitog slušanja
	Stvaranje učinkovitog timskog rada
	Raditi kao učinkovit član tima
Management promjena	Voditi i motivirati članove tima da zamisle svoju najvišu razinu izvedbe
	Spomenuti promjenu kao priliku
	Ocjenjivanje unutarnje i vanjske radne okoline
	Izrada učinkovitih promjena za rješavanje organizacijskih izazova
Rješavanje sukoba	Uključivanje ključnih dionika u osmišljavanje i provedbu promjena
	Upravljanje otporom zaposlenika prema promjenama
Pregovaranje	Identificiranje organizacijskih sukoba
	Rješavanje sukoba i njihovo usmjeravanje prema organizacijskim ciljevima
Upravljanje organizacijskim klima i kultura	Sposobnost postizanja konsenzusa o raspravljanju i uvjeravanju pojedinaca
	Učinkovito i učinkovito upravljanje sastancima
Upravljanje organizacijskim klima i kultura	Sposobnost učinkovitog rada s pojedincima različite rase, roda i kulture
	Stvaranje poštenog radnog okruženja

Inspiracija	Stvaranje interesa za vlastitu ulogu (podizanje svijesti i motivacija u ulozi)
	Stvaranje motivacije, predanosti i odaziva među zaposlenicima za postizanje postavljenih ciljeva
	Djelovanje kao mentor i uzor za osoblje
Povjerenje i vjerodostojnost	Sposobnost stjecanja povjerenja zaposlenika, kupaca i kolega
	Sposobnost stjecanja povjerenja među zaposlenicima, klijentima i kolegama kroz razvoj organizacijskog povjerenja
	Izgradnja povjerenja i okruženje poštovanja među zaposlenicima
Profesionalnost	Posvećenost kontinuiranom učenju
	Shvaćanje načela, vrijednosti, uvjerenja i propisa
	Razmatranje etičkih pitanja u odlučivanju i organizacijskoj komunikaciji
	Pružanje mogućnosti za profesionalni razvoj zaposlenika
	Upravljanje vremenom
Predanost klijentima	Tehnike upravljanja stresom
	Poštivanje prava pacijenata
Samostalno upravljanje	Sposobnost kontrole emocija i reguliranja ponašanja
	Sposobnost identificiranja vlastitih snaga i slabosti i napora u pravcu poboljšanja
	Učenje iz pogrešaka i nastojanje da se one isprave u odgovarajućem vremenu
Ocjena rada	Utvrđivanje ključnih kriterija za ocjenu uspješnosti
	Vrednovanje vlastitih aktivnosti temeljenih na standardima za profesionalnu izvedbu
	Provođenje korektivnih radnji u slučaju neispravnosti
Povratne informacije	Davanje i primanje učinkovite povratne informacije
Rješavanje problema	Identificiranje organizacijskih problema na učinkovit način
	Prepoznavanje glavnih uzroka organizacijskih problema
	Prepoznavanje uzroka i utvrđivanje prioritetnih problema
	Donošenje brzih odluka za rješavanje organizacijskih problema
Kritičko razmišljanje	Sposobnost logičnog i kritičkog razmišljanja
	Pružanje točnih zaključaka iz prikupljenih podataka
Sistematično razmišljanje	Imati sustavan stav
	Cjelovit pristup obavljanju institucionalnih uloga
Analitička sposobnost	Pažljivo analiziranje teškog pitanja i njegovo pojednostavljenje u pronalaženju odgovarajućih rješenja
Informacijska pismenost	Traženje informacije
	Prikupljanje točnih i točnih podataka u odgovarajućem vremenskom okviru
	Procjena valjanosti prikupljenih podataka
	Analiza prikupljenih podataka na prikladan i pravodoban način
	Odgovarajuća i pravodobna upotreba podataka za pripremu valjanih izvješća
Donošenje odluka utemeljenih na dokazima	Korištenje računala za upravljanje informacijama
	Donošenje odluka u složenim i dvosmislenim uvjetima korištenjem valjanih informacija
Kreativnost i inovativnost	Korištenje znanstveno valjanih dokaza u donošenju organizacijskih odluka
	Sposobnost razvijanja novih ideja
Odnos prema stalnom poboljšanju	Sposobnost korištenja novih ideja u praksi
	Vjerovanje u uspješnu i postupnu primjenu aktivnosti poboljšanja





## ZAKLJUČAK

U današnjim zdravstvenim ustanovama, glavne medicinske sestre, uz svoju kliničku praksu, obavljaju i brojne administrativne zadatke, u sklopu svojih upravljačkih odgovornosti. Da bi te upravljačke zadatke uspješno obavile, medicinske sestre moraju vladati specifičnim kompetencijama. No, da bi se za to osigurala odgovarajuća edukacija i povećala uspješnost, prijeko je potrebno imati valjane modele za procjenu uspješnosti na temelju točnih i primjenjivih pokazatelja.

Autori ovog rada su razvili vrijedan i sveobuhvatan instrument kojim se osigurava kvaliteta rada

medicinskih sestara te stvaraju temelji za buduće tečajeve usavršavanja i osnaživanja uloge glavne medicinske sestre. Korištenjem ovog instrumenta moguće je uočiti postojeće nedostatke u menadžerskim vještinama glavnih medicinskih sestara te područja srodnih kompetencija na kojima je potrebno dodatno raditi. U ovom radu je identificirano 27 menadžerskih kompetencija potrebnih za uspješan rad glavne medicinske sestra, a te su kompetencije razvrstane u četiri glavne kategorije koje se odnose na funkcije upravljanja: planiranje, organiziranje, vodstvo i kontrola.

