

ZBORNİK RADOVA SA STRUČNOG SKUPA

*"MANAGEMENT
U
SESTRINSTVU"*

*Opatija
GRAND HOTEL "ADRIATIC"
02. - 04. SVIBNJA 2002.*

“Management je znanstvena disciplina čija je svrha na najracionalniji način upravljati društvenim, odnosno privatnim sredstvima u okviru specifično društveno – političkog uređenja i ekonomskog položaja neke zemlje.”

Rječnik stranih riječi
Anić, Goldstein, Novi Liber, Zagreb, 1999., str. 834

Povijest kao prvog modernog managera bilježi rimskog cara Hadrijana. Zapisano je da se osobno brinuo o uvjetima života i rada svojih vojnika i radnika. Znao je da o njihovoj učinkovitosti ovise uspjesi Carstva. Zato je bio omiljen kod vojnika i puka, a omrznut kod državnih birokrata.

Vještina rukovođenja tijekom povijesti se usavršavala, ali uvijek s ciljem najracionalnije upotrebe raspoloživih sredstava. Management je prisutan u svakoj društvenoj aktivnosti, nije privilegija samo pojedinih društvenih slojeva niti pojedinih društvenih djelatnosti. Zabluda o izuzeću zdravstvene djelatnosti od uobičajenih društveno – ekonomskih odnosa ostale su duboko u 20. stoljeću. Management u hrvatskom zdravstvu suočen je s povijesnim nasljeđem:

- ◆ zdravstvo se ekstenzivno razvijalo
 - ◆ tradicija takozvanog neprofitnog poslovanja
 - ◆ ekstenzivno kadrovsko planiranje
 - ◆ dominacija bolničkog sustava
 - ◆ nepostojanje upravljanja kvalitetom,...
- Uloga medicinske sestre u reformi zdravstva nije adekvatno evaluirana.

Potreba za usavršavanjem managerskih vještina je neprijeporna. Stoga sam uvjeren da će i ovaj sastanak dati važan doprinos razvoju managementa u sestrinstvu.

Neka sljedeća misao W. Jonesa posluži kao moto: “Najveće otkriće moje generacije jest da ljudsko biće može promijeniti svoj život promjenom ponašanja!”

Prim. mr. sc. Josip Čulig, dr. med.

Predsjednik Stručnog odbora

'LEADERSHIP' – uloga lidera u modernom poslovanju

Vođenje je proces motiviranja i poticanja zaposlenih da izvršavanjem dogovorenih zadataka ostvare ciljeve organizacije u kojoj rade.

Vođa (leader), ovisno o hijerarhijskoj ljestvici u organizaciji, ispoljava različite tipove ponašanja. Ali bez obzira na položaj, on mora posjedovati i razvijati posebne sposobnosti, odnosno vladati konceptualnim vještinama: analiza i dijagnostika svih složenih stanja u kojima se organizacija može naći. Vođa ključno utječe na kreiranje vizije, strategije i postavljanja ciljeva organizacije. Mora ih uspješno delegirati podređenima, poticati ih na preuzimanje rizika i donošenje poslovnih odluka. Vlastitim primjerom treba promovirati kulturu međusobnog poštivanja i uvažavanja, poticati entuzijazam.

Stilovi vođenja ovisni su o pojedincu, a mogu se manifestirati autokratskim ili demokratskim ponašanjem. Tradicionalne osobine vođa su dominacija, znanje, inteligencija, samopouzdanje i visoki radni kapacitet. Kod modernog vođe, međutim, prvenstveno se ističe osobina ophođenja s ljudima. Vođa stvara vjeru, ima dugoročne ciljeve, planira što će se učiniti, jednostavno ČINI PRAVE STVARI.

Način vođenja u kojem se svakodnevno intervenira, a osnovni sustav mu je nagrada – kazna, naziva se transakcijski.

Transformacijsko vođenje karakterizirano je stalnim proširivanjem ciljeva sljedbenika čime se postiže njihovo povjerenje. Svakom se zaposleniku daje potrebna pozornost, čime se stimulira inteligencija, racionalnost i pažljivost u rješavanju svakodnevnih problema.

Nova paradigma vođa 21. stoljeća sastoji se od:

- ♦ informacijskog društva
- ♦ stalnih promjena
- ♦ delegiranja zadataka i odgovornosti – poticanja natjecateljske suradnje
- ♦ posvećenosti ljudima i njihovim međusobnim odnosima
- ♦ uvažavanja i korištenja različitosti.

Mr. sc. Sonja Kalauz
Visoka zdravstvena škola, Zagreb

MANAGEMENT KAO VAŽAN ELEMENT EDUKACIJE U SVJETLU REDEFINIRANE ULOGE MEDICINSKE SESTRE

Ako pođemo od definicije da je medicinska sestra osoba koja je prošla formalni program obrazovanja, prihvaćen od za to određenog državnog tijela, položila sve ispite predviđene programom, i ispunila sve druge uvjete za sticanje zvanja, ili je po predviđenim uvjetima legalno licencirala postojeći status, jasno je da može prakticirati one vještine u zdravstvenoj njezi koje su propisane programima za to akreditirane škole za medicinske sestre i koje su sastavnica djelokruga rada određene razine obrazovanja.

Faktori koji značajno utječu na edukaciju i dinamiku razvoja sestrinske prakse u određenoj zemlji su: ekonomski resursi, organizacija, financiranje i tehnologija unutar zdravstvenog sustava, politički, socijalni i kulturološki faktori, te demografski i epidemiološki pokazatelji.

Sestrinstvo u Hrvatskoj, kao i u drugim zemljama u tranziciji je još uvijek u fazi oslobađanja od okova socrealizma i traženja najboljih rješenja, što za posljedicu ima i redefiniranje uloge u pružanju zdravstvenih usluga.

Prvi značajni korak koji osigurava samostalnost i profesionalnost je: usklađivanje programa školovanja s potrebama razvoja struke, usmjeravanje sadržaja na ciljeve « Zdravlje za sve», osiguravanje znanja za multiprofesionalni timski rad, te kontrola kvalitete obrazovanja i evaluacija programa i provođenja. Istovremeno s redizajniranjem školskih programa potrebno je razvijati standarde sestrinske prakse i to: strukturu organizacije i upravljanja zdravstvenom njegom, standarde procesa zdravstvene njege, posebice standardne operativne procedure, te standarde ciljeva. Kvalitet i kvantitet rada medicinskih sestara mora biti mjerljiv. Na taj način se osigurava potreban broj medicinskih sestara za kvalitetno provođenje direktne i indirektno zdravstvene njege, što značajno olakšava organizaciju rada u smjenama (djelomično radno vrijeme, « na poziv » i dr.). Organizacija rada i upravljanje u sestrinstvu je djelokrug rada bolničkog sestrinskog managementa, a mora biti postavljen po uzoru na najuspješnije strukturirane radne organizacije. Funkcije, odgovornost i obaveze moraju biti jasno razrađene na svim strukturnim razinama, a sve u tom interaktivnom procesu mora biti usmjereno ka glavnom cilju: osiguranju najkvalitetnijeg liječenja i zdravstvene njege, te osiguranju najviše moguće kvalitete života.

SESTRA ORGANIZACIJSKI MANAGER
- iskustva iz privatne prakse -

Reformama zdravstva u svijetu i Hrvatskoj sve veće težište se stavlja na privatnu liječničku praksu. Ovakav trend se temelji na iskustvu da privatnici bolje raspolazu ograničenim resursima uz istu razinu kvalitete. Jedan dio liječnika se odlučio za čisti privatni oblik liječničke prakse. Kako za je njihovo poslovanje važnost sestara jednaka ili veća nego u velikim državnim zdravstvenim sustavima, sam opis posla sestara u privatnoj liječničkoj praksi je promijenjen.

Sestra preuzima veće odgovornosti nego u državnim zdravstvenim ustanovama. Opis stručno-medicinskih poslova se proširuje; sestra obavlja samostalno veći dio stručnih rutinskih poslova dok liječnik daje stručno mišljenje i nadgleda medicinske postupke da li se obavljaju u skladu sa postavljanom dijagnozom i pravilima struke.

Osim stručnih poslova, sestra dobija i veliki dio nemedicinskih poslova. U prvom redu, sestra je glavna kontakt osoba između liječničke prakse i pacijenta. U tom odnosu ona preuzima ulogu osobe za odnose s javnošću koja percipira stvarne potrebe korisnika. Nadalje, sestra koordinira medicinske procese kako bi se što usklađenije provodili čime se optimalno iskorištava radno vrijeme. Velika promjena je u sustavu nabave, gdje sestra samostalno donosi odluke za sva pitanja nabave osim za pitanja vezana uz kapitalne investicije. Sestra preuzima i ulogu glavnog kontrolora koji kontrolira raspodjelu resursa unutar ordinacije, te provodi kontrolu kvalitete i radnog učinka. Navedenim ulogama, sestra postaje rukovoditelj nemedicinskih aktivnosti u privatnoj praksi.

Kako bi sestre mogle uspješno preuzeti uloge managera u privatnoj praksi potrebna su im određena interdisciplinarna znanja, prvenstveno iz financija, marketinga, prava, psihologije i drugih struka shodno tržišnom segmentu privatne prakse. Za stjecanje navedenih znanja potrebno je redefinirati obrazovni program i sustav edukacije medicinskih sestara u koji bi trebalo uvrstiti dodatne nemedicinske predmete i nastavne programe.

Za stjecanje nove uloge nije dovoljna edukacija sestara, već i usklađivanje zakona vezanih za pitanje zdravstva kojima bi sestre trebale dobiti veću autonomiju u procesu provođenja zdravstvene zaštite.

Vlado Luburić, prof.
Zavod za unapređivanje školstva

PROMJENE U SREDNJEM STRUKOVNOM ŠKOLSTVU

Izgradnjom višestranačkog pluralnog i demokratskog društva Republika Hrvatska je danas, više nego ikada do sada, prihvatila istinu da naš daljnji razvoj, gospodarski, i duhovni te uključivanje u proces globalizacije u mnogome ovisi o našem vlastitom znanju.

Imajući to u vidu Vlada Republike Hrvatske u svojoj strategiji razvitka odgoju i obrazovanju dala je važnu ulogu u ukupnom razvoju hrvatskog društva.

U sklopu preobrazbe ukupnog odgoja i obrazovanja nužno i potrebno je odmah pristupiti preobrazbi srednjeg strukovnog školstva kao podsustava srednjeg školstva.

Srednje strukovno školstvo je jedan od najvažnijih dijelova školstva svakog modernog tržišnog društva pa tako i našega. Srednje strukovno školstvo obuhvaća oko 73 % upisane mladeži u srednje škole te zbog toga mu treba posvetiti posebnu pozornost što do sada nije bio slučaj.

Srednje strukovno školstvo opterećeno je velikim brojem problema kao što su: zastarjeli i usitnjeni programi, loša opremljenost i zastarjelost nastavnih sredstava i pomagala, nedostatak svake vrste opreme da ne govorimo o njejoj nestandardiziranosti, nedostatak udžbenika i drugih modernih izvora znanja, slaba selekcija nastavnika struke, često nestručna zastupljenost u pojedinim programima. Nadalje, ne postoji prava valorizacija nastavnih planova i programa, postoji veliki broj paralelnih i usitnjenih programa, čak po tri programa za isto zvanje.

Zbog navedenog i mnogih drugih problema, potrebno je žurno pristupiti promjenama u srednjem strukovnom školstvu.

U sklopu reforme ukupnog obrazovanja nužno je odmah pristupiti izradi strategijskih okvira za promjenu strukovnog obrazovanja i usavršavanja. U izradi tih strategijskih okvira potrebno je držati se osnovnih zamisli koncepta cjelokupnog preustroja obrazovanja uvažavajući mišljenja i preporuke socijalnih partnera (drugih ministarstava, veleučilišta, sveučilišta, strukovnih udruga, škola, komora, poslodavaca i sindikata) kao i iskustva razvijenih europskih zemalja uključujući i one tranzicijske.

Strategijski okviri moraju sadržavati glavne ciljeve iz odgojno-obrazovne politike glede poboljšanja kvalitete, učinkovitosti i provedivosti u sustavu srednjeg strukovnog obrazovanja. Ti okviri moraju definirati strateške probleme, kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve, institucije i socijalne partnere zadužene za provedbu.

Potrebno je prvo odgovoriti na pitanja ŠTO, KAKO, KADA I TKO. Na pitanje TKO odgovor je ZAVOD ZA UNAPREĐIVANJE ŠKOLSTVA, a odgovor na pitanje ŠTO mogao bi se iznijeti u desetak glavnih strategijskih problema:

1. Modernizacija sadržaja nastavnih programa
2. Fleksibilnost nastavnih programa
3. Modernizacija i standardizacija nastavne tehnologije
4. Razvoj obrazovnih standarda i kvalifikacijskog sustava
5. Poboljšanje kompetencija i kvalifikacija nastavnika
6. Unapređivanje sustava evaluacije i osiguranja kvalitete
7. Rekonstrukcija mreže programa i škola
8. Povećanje uloge socijalnih partnera

9. Razvoj novih oblika financiranja
10. Prilagodba zakonskih okvira

Na svaki od 10 navedenih problema potrebno je odgovoriti na pitanje KAKO? i KADA? što bi mogli sažeti u sljedećim točkama:

- Pojašnjenje razloga zbog kojih su promjene nužne
- Narav nužnih promjena
- Do sada postignuti rezultati
- Mjere što ih valja poduzeti
- Razlučivanje kratkoročnih, srednjoročnih i dugoročnih ciljeva
- Izbor institucija koje bi bile suodgovorne za izradu cjelokupnih promjena

U razrješavanju svih ovih pitanja potrebno je žurno pristupiti radu na sljedećim PROJEKTIMA:

1. NACIONALNA STANDARDNA KLASIFIKACIJA OBRAZOVANJA (NSKO)

Jedinstvena klasifikacija obrazovanja na nacionalnoj razini usklađena s međunarodnom standardnom klasifikacijom nužna je da bi se stanje i razvoj obrazovanja moglo pratiti na domaćem i međunarodnom planu. Klasifikacija obrazovanja koristi se za praćenje postojećeg obrazovnog sustava i za planiranje razvoja istoga.

Klasifikacija obrazovanja mora biti tako organizirana da obuhvaća sve prošle i sadašnje obrazovne programe, ali da bude i otvorena za nove programe, koji će tek biti uvedeni u sustav obrazovanja.

2. NOMENKLATURA ZVANJA (ZANIMANJA)

Nomenklatura zvanja obuhvaća popis zanimanja, razinu, složenost rada i tipične poslove u okviru pojedinog zanimanja.

Trenutno u našem obrazovnom sustavu postoji oko 430 programa i preko 300 različitih zanimanja što je u novom tehnološkom dobu neodrživo.

Postojeću nomenklaturu zanimanja na razini 3 NSKO (srednje školstvo) bit će potrebno redefinirati, nadopuniti, odnosno izraditi novu i na toj podlozi izraditi obrazovne programe.

Na razini 4 NSKO (obrazovanje nakon srednjeg koje nije ni više ni visoko) Ministarstvo prosvjete i športa nema niti jedan sustavno razrađen program odnosno zanimanje.

Na toj razini Ministarstvo za obrt, malo i srednje poduzetništvo izradilo je preko 50 programa za majstorska zanimanja. Naše ministarstvo izdalo je na stotine rješenja o osposobljavanju i usavršavanju, a nekoliko desetaka tisuća polaznika dobilo je javno priznate certifikate koji se ne mogu svrstati ni u kakvu standardnu klasifikaciju. Red se mora uvesti zbog polaznika kojih će u budućnosti biti više nego do sada. Na ovom projektu moraju se uključiti druga ministarstva, komore i sindikati. Bilo bi dobro uključiti NACIONALNI OPSERVATORIJ HRVATSKE, HRVATSKI ZAVOD ZA ZAPOLJAVANJE i DRŽAVNI ZAVOD ZA STATISTIKU u izradu metodoloških načela za izradu nomenklature zanimanja.

3. IZRADA OBRAZOVNIH PROGRAMA (modernizacija postojećih)

Na prihvaćenoj novoj nomenklaturi zanimanja kao podlozi potrebno je izraditi nove programe ili redefinirati postojeće za:

- nižu stručnu spremu
- srednju stručnu spremu četverogodišnjeg trajanja
- srednju stručnu spremu trogodišnjeg trajanja
- dvojni sustav obrazovanja
- rijetka i tradicionalna zanimanja
- programi tehničara «3+2», otvaranje vertikale
- programi na 4. razini obrazovanja koja nije više niti visoko obrazovanje (specijalistička zanimanja i majstorska zanimanja, program strukovnog doškolovala gimnazijalaca).

4. MATURA/DRŽAVNA MATURA; ZAVRŠNI ISPITI, STRUKOVNA MATURA I POMOĆNIČKI ISPITI

Potrebno je standardizirati mature i završne ispite i promišljati o eksternoj provedbi. Do sada je jedino Hrvatska obrtnička komora raspisala javni natječaj za izradu standardiziranih Pomoćničkih ispita za 25 zanimanja i od ove godine probno će obaviti Pomoćničke ispite za 10 zanimanja na ovaj novi način. Gdje smo mi?

Da bi se obavio ovaj posao nužno je najprije izraditi KATALOGE ZNANJA, a zatim KATALOGE ISPITNIH PITANJA I VJEŠTINA.

5. NASTAVNA TEHNOLOGIJA

Sklad modernih obrazovnih programa i kataloga znanja s nastavnom tehnologijom su garancija kvalitete i uspješnosti obrazovanja. Nastavnu tehnologiju također treba standardizirati i vezati je s mrežom programa i mrežom škola, a kao kruna svega potrebno je formirati TEHNOLOŠKE OBRAZOVNE CENTRE koji će ujedno poslužiti i socijalnim partnerima, a nama kao STRUČNO-METODIČKI CENTRI.

6. UDŽBENICI, DRUGA TISKANA I ELEKTRONIČKA NASTAVNA SREDSTVA

Odobrenje, izdavanje i provjera ovih nastavnih sredstava trebaju se ustrojiti na drugim osnovama. Potrebno je izgraditi sustav pogotovo za stimulaciju pisanja i izdavanja udžbenika malih naklada. Razmisliti o otkupu autorskih prava domaćih autora i stranih autora gdje imamo povoljnih ponuda npr. Njemačka.

7. UNAPREĐIVANJE IZOBRAZBE NASTAVNIKA

Modernizacija strukovnog obrazovanja zahtjeva obučene nastavnike čija se uloga prenošenja znanja postupno mijenja prema organizaciji okružja za učenje. Zato se edukacija nastavnika, koja se još uvijek provodi tradicionalnim metodama kojima je svojstvena nepovezanost između teorijske i praktične nastave, mora mijenjati.

Promjene u edukaciji mogle bi se sažeti u:

- Osvremenjivanje sustava obrazovanja nastavnika strukovnih predmeta prije stupanja u službu.

- Praćenje stažiranja, priprema i provedba polaganja stručnih ispita (Novi program stažiranja i praćenja rada pripravnika; Novi pravilnik o polaganju stručnih ispita).
- Izbor u službu.
- Razvoj sustava edukacije tijekom službe.
- Uvođenje nastavnika u postulate stručne didaktike.
- Jačanje veza između stručnih škola i poduzetništva.
- Priprava nastavnika za obrazovanje odraslih.
- Unapređivanje statusa, uvjeta rada i mogućnosti izgradnje karijere nastavnika. (Novi pravilnik o napredovanju u službi).
- Razviti sustav edukacije ravnatelja škola.

8. NACIONALNA KVALIFIKACIJA ZANIMANJA

- Potrebno je utvrditi načine stjecanja kvalifikacije za sva zanimanja u skladu s nomenklaturom zvanja odnosno zanimanja.
- Zbog različitih načina stjecanja kvalifikacije potrebno je izraditi STANDARDE STRUKOVNOG ZNANJA I VJEŠTINA odnosno KATALOGE ZNANJA I VJEŠTINA.

9. PROFESIONALNA ORIJENTACIJA

- Zavod za unapređivanje školstva treba uspostaviti suradnju s Državnim zavodom za javno zdravstvo u cilju definiranja zdravstvenih kontraindikacija za razna zanimanja i obnove Pravilnika o poslovima s posebnim uvjetima rada odnosno popis poslova s posebnim uvjetima rada, uvjetima koje moraju ispunjavati zaposlenici i rokovima za ponovnu provjeru sposobnosti zaposlenika (N.N. 5/84.).
- Suradnja s Ministarstvom rada i socijalne skrbi i njihovim službama za profesionalnu orijentaciju.
- Pokušati s nadležnim institucijama izraditi sustav za poticanje upisa u deficitarna zanimanja, rijetka zanimanja i stare zanate (izrada brošura, video filmova, dodjeljivanje stipendija, sufinanciranje smještaja u učeničkim domovima i slično).

Zavod za unapređivanje školstva trebao bi za potrebe Odjela za strukovno školstvo osnovati Savjet za strukovno školstvo kojeg bi sačinjavali predstavnici raznih ministarstava i drugih institucija i stručnih udruga.

Za izradu programa i predmetnih kurikulumata i pedagoškog standarda potrebno je formirati veći broj komisija i angažirati veći broj pojedinih stručnjaka. Bilo bi dobro ovim komisijama ili stručnjacima pojedincima povjeriti praćenja kvalitete udžbenika i ostale stručne literature.

Svi ovdje navedeni poslovi i novi kadrovi zahtijevat će i drugačije financiranje iz proračuna i traženje novih izvora financiranja preko socijalnih partnera i donacijskih fondova iz Europske Unije.

Sanda Franković, vms.

Teodora Not, prof.

Škola za medicinske sestre Mlinarska, Zagreb

OBRAZOVANJE MEDICINSKIH SESTARA - POGLEDAJMO ZAJEDNO U BUDUĆNOST -

Autorice navode kako društveno gospodarske i političke promjene svake države utječu na obrazovanje, zdravlje i zdravstvenu zaštitu, ali i na sestrinstvo kao jedinstvenu profesiju.

Nametanje jedinstvenog programa sestrinske izobrazbe nije nikako najbolje rješenje, ali onda se uvjetuje državi pronalaženje rješenja koje najbolje odgovara njenim zdravstvenim potrebama, imajući u vidu ograničenja koja se javljaju kroz postojeće zakone, dokumente potpisane na međunarodnoj razini, te obveze i mogućnosti koji otuda proizlaze. Dokumenti traže da se poštuju vlastite socijalno ekonomske, gospodarstvene, demografske prilike i kulturološka obilježja.

Promjena obrazovanja za medicinske sestre zahtjeva prilagodbu škole i obrazovanja u skladu s vlastitim okolnostima i vlastitim potrebama kao i spoznajama o potrebama svih zainteresiranih strana reforme.

Obzirom na navedeno sudionici skupa (kao predstavnici zainteresiranih strana reforme) bit će pozvani na rad u radionicu s istom temom.

Prof. dr. sc. Mladen Havelka,
Doc. dr. sc. Jasminka Despot Lučanić,
Lada Perković, prof.
Visoka zdravstvena škola, Zagreb

UPRAVLJANJE SUKOBIMA

Sukob je pojam koji označava situaciju u kojoj postoje suprotna zbivanja, tendencije, ponašanja, čuvstva tj. nesuglasnost ciljeva, želja ili načina njihova ostvarenja. Uvijek kada su dvije ili više osoba u interakciji, postoji mogućnost javljanja sukoba. Medicinske sestre svakodnevno kontaktiraju s brojnim osobama različitih obilježja, s pacijentima i s kolegama na poslu. Sukobi među kolegama na poslu mogu proizići iz njihovih različitih uvjerenja, filozofskih pristupa životu, načina života, načina rješavanja problema, različitih viđenja problema ili različitih ciljeva.

Sukobi u kojima se reagira konstruktivno mogu dovesti do boljeg sagledavanja problema i poticanja novih, uspješnih rješenja. Kako bi se sukob uspješno riješio potrebno je razumjeti ga, detaljno ga analizirati, koristiti primjerene tehnike za rješavanje problema i unaprijediti vještine posredovanja u sukobu. Cilj je radionice upoznati sudionike s načelima konstruktivnog rješavanja sukoba, prepoznati vlastiti pristup rješavanju sukoba, razmijeniti iskustva u rješavanju sukoba. Rad se odvija u malim grupama.

Biserka Sedić, prof.
Visoka zdravstvena škola, Zagreb

TIMSKI RAD

Prema dostupnim rezultatima brojnih istraživanja glavni posao današnjih rukovoditelja je upravljanje ljudima. Burni razvoj informacijskih i drugih tehnologija nameću potrebu za usvajanjem novih znanja koja će omogućiti učinkovito vođenje i upravljanje radnim procesima i ljudima. Promjene u društvu i sustavu zdravstvene zaštite i pred medicinske sestre stavljaju zahtjeve za većom učinkovitošću, smanjenjem troškova i povećanjem zadovoljstva bolesnika liječenjem. Jedna od mogućih metoda za postizanje tih ciljeva jest metoda timskog rada. Tim je mala grupa ljudi komplementarnih znanja i vještina usmjerenih zajedničkim poslovnim ciljevima za koje se smatraju uzajamno odgovornima. (Katzenbach). Karakteristike tima koje brojni autori smatraju poželjnim su: ravnoteža uloga, jasno definirani ciljevi, standardi rada, otvorenost i iskrenost između članova tima, konstruktivno razrješavanje sukoba, donošenje učinkovitih odluka, cjeloviti pregled rada tima. Izgradnja i održavanje tima je vrlo težak i zahtjevan posao. Često se događa da se tim koji nema vještog rukovoditelja u kratkom vremenu raspadne, najčešće zbog unutarnjih sukoba među članovima tima. Za uspješan tim ključne su sljedeće uloge: vođa tima, osoba s idejama, promatrač - procjenjivao, podupiratelj, organizator i finalizator. Prednost timskog rada je u tome što tim okuplja ljude koji su različitog stupnja znanja, sposobnosti i različitih karakteristika te su stoga u stanju suočiti se s većim brojem različitih problema, pri čemu treba voditi računa o uravnoteženosti karakteristika. Timski rad pomaže i potiče uspjeh tima, ali sam po sebi ne čini tim. Tumačenje kako bilo koja skupina koja zajednički radi na ostvarenju nekog zadatka predstavlja tim, nije točno. Timovi se razlikuju od radnih grupa. Karakteristike pravog tima uz već navedene su: organizacija rada, logično delegiranje, kontrola rada i napredovanja, vođenje tima, usmjerenost na ljude i zadatak, sudjelovanje članova u planiranju i odlučivanju, pozitivna timska atmosfera, sklad razlika - različiti ljudi i timske uloge, aktivan, pošten i otvoren nastup svakog člana tima, učinkovita komunikacija, prisutnost motivacijskih procesa, kreativnost i inventivnost, razvijena potreba za trajnim usavršavanjem, te pozitivne norme u timu. Promjene koje se očekuju u radu medicinskih sestara potrebne su i nužne. Međutim, kao i mnogi drugi ljudi sestre se opiru promjenama jer one izazivaju neizvjesnost i potrebu usvajanja novih znanja i vještina. Medicinske sestre u zemljama koje su napravile prvi korak prema promjenama ili su već duboko zagazile u novi sustav rada, naglašavaju kako su upravo timskim radom olakšale implementaciju novog sustava uvidjevši pri tome: smislenost osobnog rada, svrsishodnost rada grupe, pripadnost "pravoj" grupi, sigurnost, stabilnost, poštenu raspodjelu koristi, privlačnost zajedničkog rada, stremljenje zajedničkim ciljevima, međusobno povjerenje, uvažavanje, odanost, stručni napredak i osobni razvoj.

Pozitivne učinke timskog rada uviđaju i rukovodne strukture koje uz socioemocionalne aspekte naglašavaju i ekonomske pozitivne učinke timskog rada i uviđaju da jednak broj ljudi čini više i bolje, da je veća mogućnost iznalaženja rješenja za složene probleme, prisutan kreativni razvoj kroz izravnu komunikaciju, zajedničko otkrivanje novih spoznaja, veće zadovoljstvo članova tima, te da su ostvarene osobne i zajedničke potrebe članova tima.

UPRAVLJANJE KVALITETOM USLUGA U ZDRAVSTVU

Pojam kvalitete , iako udomaćen u svakodnevnom životu i žargonu, te potpuno etabliran u industrijskim procesima , nije do danas zaživio u našem zdravstvenom sistemu. Razlozi za to su mnogostruki : nedostatak precizne definicije kvalitete , pseudosocijalna teorija o zdravlju koje " nema cijene" , nedostatak konkurentnosti u zdravstvu , odnosno pogrešna premisa da se zbog prirode posla i humanih poriva samog zdravstvenog poziva svi rade najbolje (vjerojatno najbolje što mogu , ali se volja i trud ne može poistovjećivati sa rezultatima, odnosno kvalitetom.)

U stvari , kvaliteta zdravstvenog procesa ili usluge se može mjeriti kao i kvaliteta bilo kojeg drugog procesa ili finalnog proizvoda . Ono što se često pogrešno interpretira kao " nemogućnost " primjene instrumenata i alata za upravljanje kvalitetom u zdravstvu su u biti samo ograničenja alata za osiguranje kvalitete u ovom etički osjetljivom poslu, odnosno modifikacija i "omekšanje" uvjeta u odnosu na nemilosrdnu industrijsku praksu upravljanja kvalitetom.

Upravljanje kvalitetom u zdravstvu se u biti ne razlikuje od upravljanja kvalitetom u industriji ; sastoji se od dvije osnovne skupine alata . Prva je velika skupina alata za mjerenje i detekciju promjena u kvaliteti , tradicionalno se dijele na indikatore , standarde i tehnike evaluacije istih. Druga je velika skupina alata i metoda za mijenjanje postojećeg stanja – korekciju nepravilnosti i unapređenje dosadašnje prakse ; tradicionalno se dijele na edukativne mjere, stimulativne mjere i destimulativne ili kaznene mjere.

Liječenje i njega bolesnika se može shvatiti kao radni ili industrijski proces , a zdravlje kao proizvod toga procesa ili usluge. Ne postoji nikakav razlog da se proizvodnje neke nematerijalne usluge (npr. glazbena produkcija ili edukacija u školi) po principima uspostavljanja kvalitete razlikuje od " proizvodnje " zdravlja , odnosno zadovoljavanja potreba korisnika –pacijenta. Rezultati procesa su mjerljivi, zadovoljstvo krajnjeg korisnika je mjerljivo , uloženi resursi, materijalni i nematerijalni su također mjerljivi. U ovom su radu sustavno prikazani instrumenti i alati za upravljanje kvalitetom u zdravstvu, njihova primjena na modelu , te konačno primjeri iz naše, nažalost preoskudne, prakse.

Prim. mr. sc. Josip Čulig, dr. med.
 Gradski zavod za javno zdravstvo

UPRAVLJANJE I ODLUČIVANJE

Uloga sestre pri donošenju odluka u svakodnevnoj praksi, zapostavljena je tema u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Medicinske sestre imaju dovoljno znanja i iskustva za upravljanje i procjenjivanje jednostavnih medicinskih postupaka kojima bi se mogli smanjiti troškovi liječenja i unaprijediti fleksibilnost zdravstvenih ustanova. Nadalje, uz odgovarajuće obrazovanje, sestre bi mogle zamijeniti liječnike pri obavljanju jednostavnijih zdravstvenih postupaka, uz istu razinu učinkovitosti.

Treba istraživanjem utvrditi autonomiju i odgovornost medicinskih sestara u procesu donošenja odluka u primarnoj i sekundarnoj razini zdravstvene njege i definirati područja s mogućnostima osposobljavanja medicinskih sestara u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Navedeno bi istraživanje trebalo definirati ostale sudionike u procesu donošenja odluka, kao i njihov odnos sa medicinskim sestrama, autonomiju pri donošenju odluka i proces upravljanja (vođenja) internom politikom zdravstvenih ustanova.

Istraživanje je usmjereno na reprezentativan uzorak od 820 registriranih medicinskih sestara u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene njege. Sestre su odabrane na temelju radnog iskustva, položaja u hijerarhiji i ustanova uključenih u istraživanje. Istraživanjem je obuhvaćen jedan klinički bolnički centar, dvije kliničke bolnice, tri regionalne bolnice, dvije specijalne bolnice i četiri centra primarne zdravstvene zaštite. Ovaj uzorak pokriva približno 10 % cjelokupnog broja zaposlenih registriranih sestara u Republici Hrvatskoj.

Medicinske sestre uglavnom obavljaju svakodnevne poslove s malom ili nikakvom autonomijom u procesu donošenja odluka. Njihova odgovornost nije razmjerna autonomiji u procesu odlučivanja. Ključne su osobe pri donošenju odluka liječnici. Medicinske sestre imaju ograničenu ili uopće nemaju autonomiju u upravljanju ostalim aspektima interne politike (npr. financijama).

Medicinske su sestre neadekvatno raspoređeni zaposlenici, koji bi mogli puno više doprinjeti svakodnevnoj kliničkoj praksi. Nužan preduvjet za osposobljavanje medicinskih sestara jasno su definirane uloge i odgovornosti, zajedno sa smjernicama medicinske prakse koje omogućavaju osposobljavanje medicinskih sestara. Sa sestrinske strane, nužno je izvršiti reformu obrazovnog sustava namjenjenog medicinskim sestrama. Naglasak bi trebalo staviti na interdisciplinarni pristup obrazovanju, stručnoj praksi medicinskih sestara ili managerskim vještinama.

STYLING: MEDICINSKA SESTRA – IZMEĐU MAŠTE I ZBILJE

Imidž (lat. imago – slika) prema Spinozi je najniži stupanj spoznaje koji se zasniva na osjetilnim utiscima i koja nije stvarna, jer do stvarne apstraktno-pojmovne spoznaje možemo doći samo pomoću uma. Bolesnici, članovi njihovih obitelji, liječnici i mnogi drugi stvaraju ili imaju već stvorenu osobnu sliku o medicinskim sestrama koja uvelike ovisi o zadovoljstvu s uslugom koja im je pružena i «poruci» koju su primili u kontaktu s medicinskim sestrama.

Albert Mehradian u svojim istraživanjima o utjecaju komunikacije na stvaranje slike o nekoj osobi je utvrdio da se: 55 % slike sastoji od onoga što osoba vidi ili misli da vidi, 38 % od onoga što čuje ili misli da čuje, a samo 7 % od onoga što je tog trenutka stvarno izgovoreno. Dakle, vizualni utisak je najznačajniji za stvaranje slike o nekome ili nečemu.

Povijesno gledajući, slika o medicinskim sestrama (tko su, kakvo im je porijeklo, što rade, kakve su im osobine ličnosti, kako se odijevaju, uljepšavaju ...) se mijenjala. U kasnom srednjem vijeku medicinske sestre su bile članice crkve, polagale su zavjete siromaštva, čistoće i poslušnosti, i bile su odjevene u crkvenu odjeću. Vrhovno biskupsko tijelo je propisivalo regulativu i legislativu u provođenju i organizaciji zdravstvene njege. Naziv «sestra» je označavao nekoga tko je njegovao bolesnike i često se poistovjećivao s pojmom «anđeo milosrđa».

U Engleskoj su u 15. stoljeću mnoge crkve prestale postojati, pa su se počele organizirati bolnice u kojima su radile neobrazovane žene iz najniže društvene klase. Radile su teške i prljave poslove, vrlo bijedno su bile plaćene i stoga izrazito potkupljive. Slika o medicinskoj sestri je promijenjena, a zvanje je bilo na najnižoj društvenoj ljestvici.

Tek u 19. stoljeću, pojavom Florence Nightingale, zvanje medicinske sestre počinje dobivati na važnosti. Zdravstvena njega se počela razvijati kao samostalna djelatnost. Škole za medicinske sestre su pohađale društveno priznate i inteligentne žene, koje su kasnije stvarale poštovanja vrijedne karijere. U prvoj polovici 20. stoljeća, slika o medicinskoj sestri je doživjela veliki preobražaj, posebice za vrijeme Krinskog rata gdje je medicinska sestra doživljena kao heroina koja sudjeluje u obrani domovine.

Pedesetih godina prošlog stoljeća je došlo do naglog razvoja telekomunikacija, pa su medicinske sestre često prikazivane na televiziji i na filmu u različitim ulogama, najčešće kroz stereotip inteligentne, zdrave i izrazito ženstvene žene. Općenito, najveći broj ljudi je putem televizije, kroz različite časopise ili razglednice doživljavao medicinsku sestru kao osobu slabog karaktera, žrtvu vlastitih osjećaja i često izvan kontrole, seksi i promiskuitetnu mladu ženu.

Rijetke su fotografije prikazivale medicinske sestre u stvarnim i životnim situacijama, uz krevet bolesnika. Školovanje, klinička praksa, organizacija i upravljanje zdravstvenom njegom nisu bile teme filmova ili novinskih fotografija. Slika o medicinskim sestrama danas, gotovo da se nije promijenila.

Medicinske sestre su najveća grupa zdravstvenih radnika, no vrlo se rijetko piše o njima, a vrlo rijetko imaju priliku predstavljati sebe i svoju profesiju u mas medijima. Tko se pojavljuje u ozbiljnim televizijskim emisijama? Jesu li medicinske sestre ravnopravno zastupljene u različitim godišnjim izvještajima ili drugim relevantnim dokumentima ustanova u kojima rade?

Čak i oslovljavanje medicinskih sestara je drugačije nego oslovljavanje pripadnika drugih profesija. Medicinske sestre se najčešće oslovljavaju samo imenom, za razliku od drugih profesija dr (prezime), ing (prezime), gospodine (prezime). Sestrinski management u zdravstvenim ustanovama se mora potruditi da se prikaže stvarna slika o medicinskim sestrama, na različitim odjelima, u različitim ulogama i u različitim situacijama. Također, mora podučavati kako stvoriti željenu sliku koja će odaslati željenu «poruku». Javnost mora biti senzibilizirana stvarnošću.

« Poruka » koja se šalje u javnost mora glasiti: «naše medicinske sestre su kompetentne, savjesne i profesionalne».

Verbalne poruke moraju biti u skladu s vizualnim izgledom, make upom i držanjem tijela. Poruka « naše medicinske sestre su kompetentne, savjesne i profesionalne » neće dati rezultata ako je na fotografiji medicinska sestra s vrlo kratkom suknjom, uskom bluzom, cipelama s visokim potpeticama i s pretjeranim make –upom.

Iskustva ustanova koje su formirale radne grupe medicinskih sestara za suradnju sa odjelima zaduženima za odnose sa javnošću su vrlo pozitivna. Slanjem točnih informacija i slanje primjerenih « poruka » različitim stručnim i znanstvenim publikacijama kao i dnevnim novinama, radiju i televiziji, značajno su pridonijeli promjeni slike « imagea » medicinske sestre.

PROCJENA RADNOG UČINKA

Ostvarivanje poslovnih ciljeva ovisi o funkciji svakog pa i najmanjeg kotačića u ukupnom mehanizmu radne organizacije. Menadžer – rukovoditelj mora definirati ciljeve za svakog radnika u pojedinom vremenskom razdoblju. Obavezan je ciljeve jasno komunicirati, usuglasiti unutar svog tima, korigirati tijekom izvršavanja zadataka. Obaveza formalnih razgovora i pregovora s članovima tima potiče dobru komunikaciju te međusobno upoznavanje, što nedvojbeno utječe na ukupan rezultat.

Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba donio je Pravilnik o radu, plaćama i ostalim materijalnim pravima radnika prema kojem se mjesečna zarada sastoji od stalnog dijela određenog koeficijentom i varijabilnog dijela, ovisnog o ocjeni ukupnog radnog učinka. Analize pokazuju da takav pristup oslobađa ljudske potencijale iznad uobičajenog prosjeka, stimulira kreativnost i na kraju povećava ukupni rezultat.

Radni učinak procjenjuje neposredni rukovoditelj i tako slijedom organizacijske strukture do vrha organizacije. U mnogim se organizacijama procjenjivanje vrši jednom godišnje i u skladu s tim se isplaćuje postignuti bonus. Mi smo pristalice sustava stalnog procjenjivanja. Stalno procjenjivanje (jednom mjesečno) pruža priliku za brže popravljivanje kvalitete rada i doprinosa svakog pojedinca. Doduše, takav je sustav naporniji za rukovoditelja – menadžera, ali s obzirom da često komunicira s članovima svog tima na dnevnim rutinskim zadacima, mislimo da mu ne smije predstavljati problem procjenjivati i bilježiti učinak. Osim toga, opasnost godišnjeg procjenjivanja je u zanemarivanju izvršenja kratkoročnih i hitnih zadataka, često neplaniranih, davno učinjenih, koji su naša svakodnevnica. Prva iskustva govore u prilog sustavu mjesečnog procjenjivanja koji primjenjujemo.

VAŽNI PREDUVJETI ZA DOBRO PROCJENJIVANJE

Iako je procjenjivanje radnog učinka jedna od ključnih funkcija rukovoditelja, nevoljko je prihvaćaju i osjećaju se nelagodno. Najbolji lijek za otklanjanje takvog osjećaja je temeljita PRIPREMA.

Idealno je postaviti svakom pojedincu zadatak na početku razdoblja u kojem se procjenjivanje primjenjuje. Međutim, ako to ne uspije, ne može biti izlika članu tima, jer mu je osnovni zadatak već postavljen opisom radnog mjesta. Ali, neophodno je definirati STANDARDNE KRITERIJE za procjenjivanje učinka. Standardi kvalitete i kvantitete koji će se primjenjivati za sve učesnike radnog procesa, objektivizirat će ocjenu i učvrstiti PRAVEDNOST sustava.

Neophodno je sustavno praćenje, upozoravanje na negativne aspekte i redovito KOMUNICIRANJE, kako bi se izbjegli eventualni nesporazumi pri procjenjivanju.

Ljubica Đukanović, dipl. iur.
Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

PROMJENE U SUSTAVU ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA - osnovnog i dopunskog -

Zakon o zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine", broj: 94/02. - u daljnjem tekstu: Zakon) osniva se na ustavnom načelu da se svim građanima Republike Hrvatske jamči pravo na zdravstvenu zaštitu. Prema odredbama Zakona, koji se primjenjuje od 1.1.2002. godine, stječu se prava i obveze u korištenju zdravstvene zaštite, kao i druga prava i obveze iz osnovnog zdravstvenog osiguranja.

Osnovna načela na kojima se temelji Zakon su načelo uzajamnosti i solidarnosti. Zakon je uveo tri vrste osiguranja: osnovno osiguranje dopunsko i privatno osiguranje.

Osnovno zdravstveno osiguranje

Osnovno zdravstveno osiguranje prema odredbama Zakona je obvezno za razliku od dopunskog i privatnog zdravstvenog osiguranja koja su dobrovoljna. Dopunsko zdravstveno osiguranje osigurava svim osiguranim osobama Zavoda razliku do pune vrijednosti zdravstvenih usluga koje osigurane osobe ostvaruju na osnovi odredaba Zakona.

Privatnim zdravstvenim osiguranjem osiguravaju se druga prava iz zdravstvenog osiguranja koja nisu obuhvaćena osnovnim zdravstvenim osiguranjem. Osnovno zdravstveno osiguranje provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod), dok dopunsko zdravstveno osiguranje provodi Zavod i društva za osiguranje. Privatno zdravstveno osiguranje, koje se provodi osnovom odredaba Zakona, isključivo provode društva za osiguranje.

Opseg osnovnog zdravstvenog osiguranja obuhvaća dva osnovna prava, a to je pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade. Opseg prava na zdravstvenu zaštitu utvrđuje se Programom mjera zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu i njega donosi Vlada Republike Hrvatske na prijedlog ministra zdravstva. Novim Zakonom o zdravstvenom osiguranju više se ne osigurava pravo za pomoć na opremu novorođenog djeteta, kao i pravo na naknadu za pogrebne troškove iako ta prava nisu osigurana novim Zakonom, on ih i ne ukida već svojim završnim odredbama zadržava njihovo provođenje u okviru osnovnog zdravstvenog osiguranja putem Zavoda, dok se ta prava posebnim zakonima ne prenesu na druga nadležna tijela.

Dopunsko zdravstveno osiguranje

Osim osnovnog zdravstvenog osiguranja Zakonom se uvodi, u odnosu na dosadašnje propise, novi oblik zdravstvenog osiguranja - dopunsko zdravstveno osiguranje. Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurava se plaćanje razlike do pune vrijednosti zdravstvenih usluga koje u okviru osnovnog zdravstvenog osiguranja ne podmiruje Zavod. U okviru tog oblika zdravstvenog osiguranja osigurane osobe Zavoda mogu se osigurati i na veći opseg prava na zdravstvenu zaštitu koja nisu obuhvaćena osnovnim zdravstvenim osiguranjem.

MJERENJE UČINKA U ZDRAVSTVU - značaj za sestrinski kadar -

Pritisak na smanjivanje troškova zdravstvene zaštite i pružanje zakonom zajamčenih usluga pacijentima manageri u zdravstvenim ustanovama su prisiljeni na uvođenje i razvoj sustava za procjenu učinaka. Iako inicijativa za procjenu učinka potiče od managementa, ona direktno utječe na rad svih djelatnika u zdravstvenim ustanovama, pa tako i na rad sestrinskog kadra.

Razlozi za uvođenje sustava za procjenu učinka temelje se u jednoj od ključnih funkcija managementa – kontroli. Temeljem kontrole definiranih pokazatelja učinka management planira korektivne akcije kao bi zdravstvena ustanova radila prema planu i očekivanjima zainteresiranih strana. Proces mjerenja učinka se sagledava prvenstveno kroz perspektivu neprofitnih organizacija u čiju kategoriju spada većina zdravstvenih ustanova. Neprofitne organizacije svojim specifičnostima stvaraju okvir za osmišljavanje prikladnog sustava procjene učinka.

Specifičnosti mjerenja učinaka u zdravstvu su određene, osim vrstom zdravstvene ustanove, i okruženjem odnosno populacijom za koju skrbi zdravstvena ustanova čime sustav procjene učinka u zdravstvu postaje od općeg društvenog interesa.

Mjere učinka se svrstavaju u kategorije financijskih i nefinancijskih mjera. Financijske mjere, primjerice povrat na investicije, uglavnom nisu prikladne kao mjera učinka za zdravstvene ustanove jer su temeljene na profitu. Preduvjet za korištenje financijskih mjera u zdravstvu su jasno definirani standardni postupci svih struka, pa tako i sestrinske. Time se stvara temelj za razvoj financijskih pokazatelja u zdravstvu vezanih za kontrolu troškova zdravstvene zaštite. Nefinancijske mjere učinka su specifične za svaku pojedinu ustanovu čime je otežana usporedba uspješnosti pojedinih zdravstvenih ustanova, ali su najzastupljenije s obzirom na specifičnosti procesa zdravstvene zaštite.

Sestrinski kadar je nezaobilazan segment koji je potrebno uvažavati tijekom cijelog procesa dizajniranja sustava za procjenu učinka. Doprinos sestrinskog kadra učinku se sagledava kroz troškove, vrijeme i kvalitetu pružanja zdravstvenih usluga. Dobro dizajniran sustav za procjenu učinka trebao bi motivirati sestrinski kadar za provođenje najkvalitetnije zdravstvene skrbi.

Ključne riječi: mjerenje učinka, sestrinstvo, zdravstvo, financijski pokazatelji, nefinancijski pokazatelji

*Vesna Veger vms.,
Ružica Jandrić vms., sa suradnicima*

Zdravstvena ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući Vesna Veger

TIMSKI RAD U ZDRAVSTVENOJ NJEZI U KUĆI

Kućno liječenje i zdravstvena njega bolesnika u kući je vid zdravstvene zaštite u okviru koje se pružaju određene zdravstvene usluge u kući prema definiranim indikacijama. Pored liječenja i zdravstvene njege u kući, ono obuhvaća i rehabilitaciju bolesnika u kući.

Suvremene težnje zdravstvene zaštite su neposredno uključivanje obitelji bolesnika u njegovo liječenje, proces oporavljanja i rehabilitacije. Time je bolesnik pošteđen stresa koji izaziva premještanje u novu, bolničku sredinu, što posebno važi za djecu i starije osobe, kojima se i inače loše zdravstveno stanje može još dodatno pogoršati. Omogućavanje liječenja, zdravstvene njege i rehabilitacije u kući proizlazi iz potrebe da se zdravstvene usluge što više približe bolesnicima u njihovoj sredini, čime se poboljšava kvaliteta života liječenog i njegovanog bolesnika. Ciljevi liječenja, zdravstvene njege i rehabilitacije u kući moraju biti jedinstveni i znače postizanje bolje kvalitete života bolesnih i bespomoćnih ljudi, humanizaciju odnosa, i pružanje pomoći za život u prirodnoj okolini.

Takođe se moramo osvrnuti na financijski moment, jer u sredini gdje postoji dobra koordinacija među zdravstvenim ustanovama – bolnica – obiteljski liječnik – patronaža – zdravstvena njega u kući, bolesnik je dobro i kompletno zbrinut u kući, te se tako smanjuje broj bolničkih dana, koji su tri puta skuplji u odnosu na zdravstvenu njegu u kući.

Prilikom provođenja liječenja i zdravstvene njege u kući, zdravstveni radnici primjenjuju u praksi socio-medicinski pristup uz poštivanje slijedećih načela:

- načelo stručnosti – zasniva se na savremenim dostignućima medicine i drugih nauka,
- načelo realnosti – zasniva se na odnosu stanja i potreba bolesnika i njegove obitelji, i objektivnih mogućnosti stručne pomoći,
- načelo poštivanja ličnosti bolesnika i osoba koje se brinu o njemu,
- načelo samopomoći – je usmjeravanje i odgoj bolesnika i obitelji da osobno budu maksimalno angažirani u rješavanju problema i potreba bolesnika,
- načelo svestranosti – je obveza svestranog upoznavanja stanja i situacije bolesnika i njegove obitelji i pozitivno korištenje tih spoznaja u radu na zbrinjavanju bolesnika,
- načelo kontinuiteta u provođenju zdravstvene njege.

Zdravstvena njega u kući indicirana je kod bolesnika kojima je kućno liječničko zbrinjavanje zajedno sa zdravstvenom njegom u kući dostatno, te nije potrebna hospitalizacija:

- kao nastavak hospitalnog liječenja,
- kod bolesnika koji već kao nužnost koriste zdravstvenu njegu u kući zbog kronične bolesti ili invaliditeta.

Rad medicinske sestre u kućnoj njezi je gotovo identičan radu sestre u drugim zdravstvenim ustanovama u pogledu stručne educiranosti, znanja i vještine, ali je u nekim segmentima bitno drugačiji. Dolazeći u kuću bolesnika sestra ulazi u njegovu prirodnu okolinu i to zahtijeva drugačiji pristup bolesniku. Važno je pokazati poštovanje bolesniku i njegovoj obitelji, ali profesionalno i stručno obavljati svoje poslove i tako steći povjerenje i poštovanje od strane bolesnika i njegove obitelji. Medicinska sestra mora biti maksimalno educirana u svojoj profesiji. Profesionalna sestrinska praksa znači :

- obavljanje poslova u promatranju, zaštiti i savjetovanju bolesnih,
- održavanje zdravlja i sprječavanje bolesti,
- nadgledanje i poučavanje drugih osoba u obavljanju njege bolesnika,
- davanje lijekova i provođenje oblika liječenja koje je propisao liječnik.

Zahtijeva se odgovarajući stupanj specijaliziranih procjena i vještina temeljenih na poznavanju i primjeni načela biološke, fizikalne i socijalne znanosti.

Ovo ne uključuje sposobnost postavljanja dijagnoze ili propisivanja terapijskih ili korektivnih mjera.

Pri provođenju zdravstvene njege i rehabilitacije u kući treba naglasiti važnost timskog rada svih zdravstvenih ustanova sa kojima bolesnik dolazi u kontakt. Pri otpustu iz bolnice, pored otpusnog pisma liječnika, sestrinsko otpusno pismo bi trebalo predstavljati važnu informaciju i dati smjernice za njegu. Ustanovi koja će nastaviti provoditi zdravstvenu njegu u kući bolesnika. Obiteljskom liječniku medicinska sestra daje povratne informacije o zdravstvenom stanju bolesnika, o djelovanju propisane terapije, o pojavi nekih novih simptoma kod bolesnika, o psihofizičkom i socijalnom stanju bolesnika i njegove obitelji, što je neophodno za daljnje planiranje liječenja i zdravstvene njege u kući.

U taj proces je uključena i patronažna sestra, koja na osnovu svojih posjeta bolesniku u kući, takođe sudjeluje u planiranju, provođenju i evaluiranju zdravstvene njege u kući bolesnika.

Medicinska sestra u kući bolesnika na posebne liste upisuje vitalne znake i postupke zdravstvene njege provedene kod bolesnika. Ova lista ostaje u kući bolesnika i dostupna je liječniku ili patronažnoj sestri koji imaju uvid u proteklo razdoblje bolesnikovog zdravstvenog stanja.

Medicinska sestra u kućnoj njezi ima veliku odgovornosti i mora biti dovoljno educirana da može samostalno procijeniti koje su pojave normalne kako u zdravlju, tako i u bolesti. Koristeći svoje znanje sestra će usporediti određene pojave kod bolesnika i znati procijeniti odstupaju li od normale. Ovisno o težini problema, uputiti će bolesnika da potraži liječničku pomoć, ili će samostalno napraviti plan zdravstvene njege. Da bi u tome bila uspješnija, neophodna je saradnja i komunikacija u samoj Ustanovi za zdravstvenu negu. Zbog same prirode posla – terenski rad – svaka medicinska sestra samostalno obavlja zdravstvenu negu u kući bolesnika – i komunikacija je otežana, pa su neophodni svakodnevni sastanci u Ustanovi, gdje iznosimo probleme koji su se pojavili, rješavamo ih na najbolji mogući način, tražimo savjete i pomoć koja nam je potrebna, uspoređujemo iskustva, te se stručno educiramo obrađujući različite stručne teme, što sve doprinosi boljoj i kvalitetnijoj zdravstvenoj njezi bolesnika.

Odnos medicinske sestre i bolesnika u kućnoj njezi je po mnogo čemu specifičan. Već samim tim što sestra svakodnevno dolazi u u kuću bolesnika, dolazi u njegovu prirodnu okolinu, te se razvija odnos povjerenja bolesnika prema sestri, što je bitno za uspjeh zdravstvene njege i poboljšanje zdravstvenog stanja bolesnika. Često bolesnik sestri povjerava svoje emocionalne i obiteljske probleme, svoje frustracije vezane uz bolest i socijalne prilike u kući. U takvim prilikama sestra se mora profesionalno postaviti, što znači saslušati bolesnika, ali se ne smije uplitati u obiteljske probleme; može eventualno dati neki savjet, ali se ne vezivati emocionalno uz bolesnika iz sažaljenja prema njemu. Bolesniku koji živi sam, koji je zanemaren od obitelji ili nema nikoga medicinska sestra u kućnoj njezi često je najbolji prijatelj, oslonac i nada, dokaz da ipak nije potpuno zaboravljen i napušten od svih, da postoji netko tko se brine o njemu. Često je sestra jedina osoba koja mu otvori vrata i unese malo svjetlosti u njegov život. Uz zdravstvenu negu, lijep riječ i osmijeh puno znače tim bespomoćnim i bolesnim ljudima.

Korektan i profesionalan odnos medicinske sestre prema bolesniku i njegovoj obitelji, vezan uz stručno i kvalitetno obavljanje poslova u provođenju zdravstvene njege bolesnika, sa naglaskom na kvalitetan i kontinuiran timski rad svih zdravstvenih ustanova – bolnica – obiteljski liječnik – patronaža – zdravstvena nega u kući, su jedini put ka uspješnom ostvarenju kompletnog liječenja i zdravstvene njege u kući bolesnika, čime se bitno poboljšava kvaliteta njegovog života.

Rosana Svetić-Čišić,vms

Božena Vlašić,vms

Specijalna bolnica za bolesti dišnog sustava djece i mladeži, Srebrnjak

INSTRUMENTI I ALATI U MJERENJU KVALITETE KLINIČKOG UČINKA

Procjena kvalitete kliničkog učinka veliki je izazov u medicini danas.

Kako mjeriti kvalitetu?

Koji su instrumenti za procjenu?

Pitanja su koja se svakodnevno nameću.

Da bismo mogli mjeriti kvalitetu potrebno je odrediti što taj pojam podrazumijeva.

Ima li to isto značenje za sve nas, ili je možda kvaliteta osobni stav, osobna vrijednost za svakog pojedinca.

U bolnici Srebrnjak pokušali smo mjeriti kvalitetu rada medicinskih sestara.

Glavni instrument za mjerenje kvaliteta rada bio je obrazac opis poslova, uključivao je dva poglavlja:

- *zdravstvenu njegu* :

osnove njege i medicinska dokumentacija, podjela terapije, medicinski zahvati i suzbijanje bolničkih infekcija,

- *standardi profesionalne prakse*:

komunikacija – pružanje emocionalne podrške bolesniku, kolegijalnost- suradnja, etika, edukacija, poboljšanje kvalitete rada.

Za mjerenje kvalitete kliničkog učinka medicinskih sestra važna je standardizacija poslova. Primjena standarada u radu, ujednačenih na državnom nivou, te opis poslova koji uključuje zdravstvenu njegu, ali i holistički pristup bolesniku, sa svim što čini medicinsku sestru onakvom kakvom želim da je danas na svom poslu.

Pisani protokoli, dokumentacija, standardizirani mjerljivi postupci, metode su kojima je moguće uspješno provoditi procjenu kvalitete rada.

Elkaz Čehajić dipl.inž.
Klinička bolnica Dubrava

**DOPRINOS TEHNIČKI UREĐENOG SUSTAVA / bolničke signalizacije/ U
POVEĆANJU KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE U SUVREMENIM
BOLNIČKIM CENTRIMA**

1. STRUKTURA BOLNIČKE SIGNALIZACIJE ACKERMANN
 - * topologija sustava BS
 - * vrste i tipovi terminalne,signalne i računalne opreme
 - * način rada sustava
2. VRSTE POZIVA I POSLUŽIVANJE
 - * pozivi od strane pacijenata
 - .normalan poziv
 - .poziv iz kupaone ili wc-a
 - .prioritetni poziv
 - * poziv od strane osoblja
 - . poziv u pomoć/ hitni slučajevi
 - .dijagnostički poziv
3. EVIDENCIJA POZIVA I KONTROLA POSLUŽIVANJA PACIJENATA
 - *evidencija svih poziva u sustavu
 - *kontrola brzine posluživanja pacijenata po pojedinim grupama /odjelima
4. DOPRINOS TEHNIČKI UREĐENOG SUSTAVA BS-a U KVALITETI USLUGE
 - *povećanje brzine posluživanja
 - *mogućnost argumentiranja da je pacijent bio poslužen s točnim danom, satom,minutom ,sekundom
 - * mogućnost da se analizira brzina posluživanja po pojedinim odjelima.

POSEBNO JE VAŽNO RAZVIJANJE NATJECATELJSKOG DUHA I MOGUĆNOST
STIMULACIJE ZA NAJBOLJI ODJEL

Prof. dr. Arif Smajkić,
Viši ass. mr.sc. Nada Spasojević,
Suada Švrakić, vms
Prof. dr. Fatima Čustović-Begović,
Visoka zdravstvena škola Sarajevo

SADRŽAJI EDUKACIJE IZ ZDRAVSTVENOG MANAGEMENTA U SESTRINSTVU

Ključne riječi: Management, zdravstvo, sestrinstvo, edukacija, sadržaji praksa.

Autori u radu razmatraju sadržaje koji bi trebali predstavljati okosnice edukacije iz zdravstvenog managementa u sestrinstvu.

U radu se daje nomenklatura poslova u bolničkoj i izvanbolničkoj sestrinskoj praksi i u skladu s tim poslovima definiraju se i edukativni sadržaji koji bi u oblasti zdravstvenog managementa u sestrinstvu morali biti zastupljeni u nastavi svih nivoa sestrinskog obrazovanja.

Date su definicije i ciljevi edukacije iz zdravstvenog managementa u sestrinstvu izneseni su stavovi, pogledi, potrebe i mogućnosti koje se očekuju od edukacije iz zdravstvenog managementa u sestrinstvu.

U radu se navode i preduvjeti za uspješnu edukaciju iz zdravstvenog managementa u sestrinstvu. Istaknute su i najvažnije discipline iz zdravstvenog managementa.

Na kraju autori iznose osnove plana, programa metoda i sadržaja edukacije iz zdravstvenog managementa na primjerima modula za obuku i usavršavanje iz zdravstvenog managementa.

Ivan Vodopija,
 Marina Polić-Vižintin,
 Radovan Vodopija
 Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba

ZLATNE RUKE SESTRINSKE

Od trenutka rađanja i novog života pa do zadnjeg trenutka življenja i sklapanja očiju umrlome, sestra je uvijek uz bolnički krevet. Te «zlatne ruke» brišu znoj bolesniku s vrućicom, peru nemoćne stare i nepokretne, hrane male i one kljenute, govorom ohrabruju patnike.

Te «zlatne ruke» svakoga dana obavljaju mnogo posla i dodiruju bolesnike s neizlječivim bolestima. To se odnosi na one oboljele od AIDS-a, oboljele od malignih bolesti, one koji boluju od teških visoko rezistentnih infekata, kao i na sve oboljele u terminalnom stadiju bolesti.

U knjizi Starog Zavjeta (Knjiga Sirahova, 3,7) nalazimo slijedeću rečenicu: «Tko griješi pred Stvoriteljem svojim, neka padne u ruke liječničke». Nigdje međutim, u pisanim djelima od Antike pa do današnjih dana, nemamo tako teških riječi koje bi se odnosile na medicinske sestre. Za njih imamo samo riječi pohvale, posebno u doba velikih ratova o čemu govore zapisi Florence Nightingale iz Krimskog rata.

Sestrinske ruke su temelj na kome leži cjelokupna skrb o bolesniku. Zbog naročite opasnosti za ruke i zdravlje sestara usmjeravamo pažnju onim sestrama koje rade u kirurškim jedinicama, odjelima za liječenje imunokompromitiranih bolesnika i terminalnu skrb, jedinicama intenzivne njege, a nadalje u zaraznim odjelima na kojima se između ostalih liječe HIV-pozitivne osobe te oboljeli od AIDS-a. Treba također istaknuti da je skrb o oboljelom od bjesnoće posebno delikatan problem, zbog težine same bolesti i isključivo fatalnog ishoda.

Zaštita sestrinskih ruku podrazumijeva nekoliko postupaka. Prvenstveno se upotrebljavaju rukavice raznih vrsta, a najčešće izrađene od tanke, prozirne plastike za jednokratnu upotrebu, uz obvezu mijenjanja nakon obrade svakog pojedinog bolesnika. U jedinicama intenzivne skrbi i u kirurškim salama, upotrebljavaju se tanke gumene rukavice. Radi potpunije zaštite i boljeg opipa na ove se rukavice dodatno navlače i pamučne. U visoko temperiranim prostorijama s ovako omotanim rukama, vrlo brzo dolazi do znojenja kože ruku uz moguću maceraciju. To zapravo predstavlja kritični trenutak opasnosti širenja rezistentnih bakterija. Zbog toga treba često mijenjati rukavice, a ruke praktički neprekidno prati.

Često pranje ruku, bilo sapunom, bilo raznim detergentnim sredstvima, oštećuje keratinski sloj epidermisa, čime on postaje propusan za prodor i invaziju raznih bakterija. To predstavlja poseban problem na odjelima kao što su npr. urološki, na kojima prevladavaju hospitalni infekti prouzročeni patogenim i visoko rezistentnim mikroorganizmima kao što je *Pseudomonas aeruginosa*.

O ovoj problematici su napisani mnogi radovi te je objavljeno nedavno provedeno komparativno istraživanje o iritaciji kože na rukama medicinskih sestara u jednoj kliničkoj bolnici u državi Rhode Island (SAD) i to nakon upotrebe običnog sapuna i vode, u odnosu na upotrebu antiseptičkog alkoholnog gela. Nakon šestotjednog praćenja dobiveni rezultati iritacije i suhoće kože ruku, ukazuju na statistički značajnu razliku među skupinama. Skupina koja je za dezinfekciju ruku koristila antiseptički gel imala je značajno manje problema s kožom ruku u odnosu na skupinu koja je rabila obični sapun i vodu, te su u cilju zaštite sestrinskih ruku, a time i sprječavanja hospitalnih infekcija, donesene preporuke da bi takva kvalitetna dezinfekcijska sredstva trebala biti što dostupnija medicinskom osoblju zdravstvenih ustanova. Rezultati istraživanja provedenog u australskim bolnicama o učestalosti pranja ruku među medicinskim osobljem, ukazuju da medicinske sestre značajno češće peru ruke u odnosu na drugo medicinsko osoblje, uključujući čak i liječnike. Interesantno je da žene češće peru ruke od muškaraca, pogotovo među nezdravstvenim osobljem.

Rezultati jednog drugog, objavljenog istraživanja temeljenog na mikrobiološkoj kontroli dlanova na agaru, i to prije i poslije pranja ruku medicinskog osoblja u bolnicama u Japanu, sugeriraju liječnicima i medicinskim sestrama upotrebu odgovarajućih dezinficijensa prilikom pranja ruku, jer su efikasniji u baktericidnom smislu od običnog sapuna i vode.

Zbog svega navedenog, treba racionalno pristupiti svim postupcima pranja i dezinfekcije ruku sestara, kao i njihove zaštite raznim dezinfekcijskim sredstvima i nezaobilaznim kremama.

U cilju stjecanja saznanja o dominantnim bakterijama koje se nalaze na koži ruku medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih djelatnika u našim klinikama i bolnicama, korisno bi bilo uvesti sustavno uzimanje briseva ili otisaka ruku za mikrobiološke pretrage. Potrebno je napomenuti da se taj postupak koji predstavlja važnu javnozdravstvenu mjeru prevencije hospitalnih infekcija, provodio u Zagrebu pred dva desetljeća u suradnji sa sanitarnom inspekcijom.

Zbog toga je zaključak ovog rada potreba za formiranjem odgovarajućeg stručnog tijela za izradu programa mjera koje bi svakako trebale uključiti mikrobiološko praćenje flore s kože ruku medicinskih sestara i drugog zdravstvenog osoblja koje sudjeluje u liječenju i njezi oboljelih u stacionarnim zdravstvenim ustanovama. Navedene mjere bi poslužile u dobivanju epidemiološke slike o rasprostranjenosti rezistentnih bakterija, kao i učestalosti bolničkih infekcija, a ujedno bi predstavljale izvrsnu preventivnu mjeru u zaštiti zdravlja sestrinskih ruku.

Mirta Stojaković, ms.
Klinička bolnica Osijek

Koliko je važan timski rad u radu medicinskih sestara

Danas često slušamo o timskom radu. Sve što radimo, radimo timski. Kad spomenemo riječ timski rad jasno je da se radi o nekom međusobnom odnosu među ljudima. Međutim, uza sva saznanja o timskom radu i obilju njegovih mogućnosti ipak ima nedostataka u smislu timskoga rada.

Sve to me je potaklo i dalo mi razlog napisati rad i istražiti kolika je zastupljenost timskog rada između sestara u Kliničkoj bolnici Osijek. Da bi istraživanje bilo uspješno koristila bi se metoda anketiranja gdje bi se ispitivale medicinske sestre na Odjelima KB Osijek. Ankete se sastoje od dvadeset pitanja s kombiniranim tvrdnjama gdje ispitanici zaokružuju odgovor koji smatraju ispravnim (DA, NE, UVIJEK, PONEKAD, UGLAVNOM, VRLO RIJETKO, ZADOVOLJAVAJUĆI, NEZADOVOLJAVAJUĆI, IZVRSNI).

Cilj ankete je određivanje zastupljenosti timskog rada između medicinskih sestara. Ispitano bi bilo najmanje 200 medicinskih sestara, prilikom čega bi bodovali ankete da bi mogli doći do statističkih podataka, ali i do shematskih prikaza. Ovim radom nastoji se razraditi koliko je važan i zašto je potreban timski rad u radu medicinskih sestara, što njime postižemo, što je dobar timski rad, što loš i na kraju što je to uspješan timski rad.

Nadam se da će ovaj rad pridonijeti uspješnijem timskom radu između sestara jer bi imao moto «Timski rad je najmoćnije sredstvo koje stoji na raspolaganju u čuvanju zdravlja i liječenju bolesti».

ULOGA DEZINFEKCIJE RUKU U KONTROLI BOLNIČKIH INFEKCIJA

Bolničkim infekcijama se smatraju infekcije stečene u bolničkoj sredini. Danas se pod ovaj pojam mogu svrstati i infekcije stečene tijekom kućnog i ambulantnog liječenja, te tijekom boravka u institucijama za kronično liječenje, rehabilitaciju i zbrinjavanje, lako postoje od vremena prvih bolnica, bolničke infekcije predstavljaju jedan od najvećih izazova suvremene medicine. Uzrokovane su pretežito bakterijama rezistentnim na najčešće primjenjivane antimikrobne lijekove. Razlog su povećanog morbiditeta, mortaliteta i produženog trajanja hospitalizacije. Prema procjenama iz SAD-a, bolničke infekcije se javljaju u najmanje 5% hospitaliziranih i povećavaju troškove liječenja za dvije milijarde dolara godišnje. Smatra se da se u zemljama u razvoju može spriječiti oko 40%, a u razvijenim zemljama oko 20% bolničkih infekcija. Zbog navedenih razloga posljednjih tridesetak godina se naglašava njihova važnost i razvija se sustav mjera za njihovu kontrolu. Jedna od najvažnijih mjera kontrole bolničkih infekcija jest higijena ruku. Ona obuhvaća više postupaka kojima se uklanjaju ili uništavaju mikroorganizmi na koži ruku. Njezin utjecaj na smanjenje rizika za stjecanje infekcija je nepobitno dokazan u različitim institucijama - bolnicama, ustanovama za rehabilitaciju i kronično liječenje, ali i u nebolničkim ustanovama kao što su škole i dječji vrtići. Međutim, usprkos tome stoje važnost higijene ruku dobro poznata, ona nije dovoljno prihvaćena među zdravstvenim djelatnicima. Pridržavanje preporuka za higijenu ruku (tzv. compliance) među zdravstvenim djelatnicima iznosi oko 40%, stoje nedopustivo nisko. Brojna istraživanja su ukazala na mnoge zapreke provođenju higijenskih postupaka. Neke od njih su: oštećenja kože uzrokovana dezinficijensima, davanje prednosti potrebama bolesnika u odnosu na higijenu, nedostupnost umivaonika, uporaba rukavica uz koje svakako treba primjenjivati dodatne higijenske postupke, nedostatak vremena, velika količina posla, manjak osoblja, nepoznavanje protokola za higijenu, nepostojanje uzorog ponašanja nadređenih i kolega, neprepoznavanje rizika za prijenos uzročnika putem ruku, nedostatak znanstveno utemeljenih informacija o utjecaju higijene na smanjenje učestalosti bolničkih infekcija, te jednostavno zaboravnost. Na koži ruku se mogu naći različiti mikroorganizmi, tzv. bakterijska flora. Oni se iz didaktičkih razloga mogu svrstati u tri osnovne skupine; stalna flora - bakterije niskog stupnja patogenosti koje žive i razmnožavaju se na normalnoj koži i važan su čimbenik u održavanju normalne ravnoteže mikroorganizama (koagulaza negativni stafilokoki, mikrokoki, apatogeni korinebakteriji), prolazna flora - bakterije većeg patogenog potencijala koje povremeno kontaminiraju kožu ruku (*E. coli*, *P. aeruginosa*), te tzv. infektivna flora - bakterije koje uzrokuju infekcije kože i mekih tkiva (*S. aureus*, BHS-B). Higijena ruku je prvenstveno usmjerena prema smanjenju kolonizacije prolaznom florom i obuhvaća više postupaka od kojih svaki ima svoje prednosti i nedostatke. Danas primjenjivani postupci u higijeni ruku jesu:

- pranje ruku - pranje običnim sapunom i vodom - uklanjanje mikroorganizama i nečistoće,
- higijensko pranje ruku - pranje deterdžentom kojem je dodano antiseptičko sredstvo,
- higijensko utrljavanje - utrljavanje male količine (2-3 ml) vrlo učinkovitog, brzodjelujućeg antiseptika,

- kirurško pranje ruku - poseban postupak pranja kojim se osim smanjivanja prolazne flore smanjuje i stalna flora ruku. Idealan postupak trebao bi biti brz, smanjivati kontaminaciju ruku na najnižu moguću razinu i ne izazivati neželjene pojave na koži zdravstvenog djelatnika. Najveće epidemiološko istraživanje o provođenju mjera higijene ruku, provedeno 1999. god. u Švicarskoj ukazalo je na više problema koji utječu na nedostatan pridržavanje mjera higijene ruku, te na moguća rješenja koja bi trebala rezultirati poboljšanjem. Ovo istraživanje je ukazalo na nedostatke pranja ruku (pranje običnim sapunom i higijensko pranje). To su: često nedostupna oprema (umivaonici), vrijeme potrebno za ispravno provođenje postupka, te česta pojava iritativnog dermatitisa. Navedene činjenice stavile su u prvi plan utrljavanje dezinficijensa, novu metodu - tzv. "vwaterless alcohol-based hand rub". Ovom zaključku su pridonijela i druga istraživanja koja su pokazala da je utrljavanje dezinficijensa u redukciji kožne flore učinkovitije od jednostavnog pranja vodom i sapunom, te da značajno utječe na uštedu vremena budući da vrijeme potrebno za pranje ruku prosječno iznosi oko 16% radnog vremena. Za ispravno pranje ruku potrebno je 1 do 2 min. (obično ne traje dulje od 8 do 20 s), dok je za utrljavanje dezinficijensa potrebno oko 20 s. Pri izboru dezinficijensa za utrljavanje na prvom mjestu se nalaze alkoholi zato što djeluju brzo, imaju dobar antimikrobni spektar (djeluju na vegetativne oblike gram-pozitivnih i gram-negativnih bakterija, na *M. tuberculosis*, gljive i virus hepatitisa B), lako su dostupni uz bolesnički krevet, ne zahtijevaju uporabu umivaonika, mogu se lako i ravnomjerno nanositi, brzo hlape s površine kože, kod utrljavanja nema kontaminacije površina oko umivaonika i odjeće zdravstvenog djelatnika. Alkoholi se lako kombiniraju s emolijensima. Kombinacija alkohola i emolijensa ima daljnje prednosti - uzrokuje manju iritaciju i isušivanje kože nego uobičajeno rabljeni deterdženti (dokazano mjerenjem električne kapacitacije rožnatog sloja kože i mjerenjem transepidermalnog gubitka vode). Ovo svojstvo je vrlo važno budući da poboljšava prihvatanje postupka dezinfekcije, te smanjuje kolonizaciju oštećene kože mikroorganizmima. Osim toga, moguć je utjecaj emolijensa na djelomično očuvanje trajne flore i ravnoteže mikroorganizama na površini kože. Na taj način se smanjuje mogućnost kolonizacije patogenim mikroorganizmima.

Ovaj način dezinfekcije ruku je jednostavan. Pripravak predstavlja kombinaciju alkohola i emolijensa (npr. etanol i kokosovo ulje) u obliku pjene. Malu količinu pripravka (2 do 3 ml) treba ravnomjerno rasporediti na koži ruku i svakako utrljati u prostore ispod noktiju. Doziranje je jednostavno, budući da se pritiskom na dispencer oslobađa točno potrebna količina. Dispencer može biti postavljen uz bolesnički krevet ili se može rabiti manje, džepno pakiranje koje je osobito pogodno za potrebe zdravstvene njege u kući. Važno je naglasiti da se higijenskim utrljavanjem dezinficijensa nečistoća ne može ukloniti, osobito ne vidljiva nečistoća. Stoga, vidljivo nečiste ruke treba svakako oprati.

Higijena ruku se smatra jednostavnom mjerom koja ima veliki učinak. Problem poboljšanja higijene ruku je usprkos svim navedenim argumentima kompleksan. Da bi se postiglo bolje pridržavanje pravila o higijeni ruku nisu dovoljne samo pojedinačne mjere (npr. samo dostupnost dezinficijensa za utrljavanje ili samo obavijesti i upozorenja). Problemu treba pristupiti na više načina i multidisciplinarno. Da bi se postiglo poboljšanje potreban je veliki trud i temeljita promjena ponašanja svelikog zdravstvenog osoblja. Da je napredak moguć pokazuje nekoliko istraživanja provedenih od 1977. do 2000. god. Vrlo je ilustrativan Pittetov primjer u kojem je u Sveučilišnoj bolnici u Genevi sprovedena dvogodišnja kampanja za poboljšanje higijene ruku. Zahvat je bio usmjeren prema tri glavna razloga za nepridržavanje higijene ruku, podrazumijevao je laku dostupnost sredstva za higijensko utrljavanje (dispenceri uz svaki bolesnički krevet, preporuka

nošenja specijalno dizajniranih plosnatih bočica u džepu), te stalno podsjećanje na važnost higijene ruku putem postera čije su crteže i poruke dizajnirali sami zdravstveni djelatnici. Osobita pozornost je posvećena izravnom uključivanju zdravstvenih djelatnika u kampanju kako bi se uspješno identificirali s općim ciljem kampanje. Kampanja je rezultirala povećanim pridržavanjem mjera dezinfekcije ruku, te istodobnim smanjenjem broja bolničkih infekcija i prijenosa MRSA. Projekt se također pokazao ekonomski isplativim jer su sprječavanjem nastanka bolničkih infekcija uštedjena značajna sredstva. Problem poboljšanja higijene ruku svodi se u svojoj biti na promjenu ponašanja. Paradoksalno je da su načini ostvarivanja i ciljevi dobro poznati, a da se ipak ne ostvaruju. U razvijenim zemljama su formirane skupine koje imaju zadaću promjene ponašanja zdravstvenih djelatnika kako bi se poboljšala njega pacijenata.

U Hrvatskoj trenutno nema epidemioloških istraživanja koja bi pratila higijenu ruku, ni jasno formuliranih zajedničkih protokola za provođenje higijenskih postupaka, pa tako nemamo niti podataka na temelju kojih bi se mogle osmisliti aktivnosti za unaprjeđenje kvalitete higijene ruku. Od nekud se ipak mora početi. Inozemni primjeri govore da je korist višestruka što je vrlo značajno obzirom na nazočne ekonomske poteškoće i pokušaje reorganiziranja zdravstva.

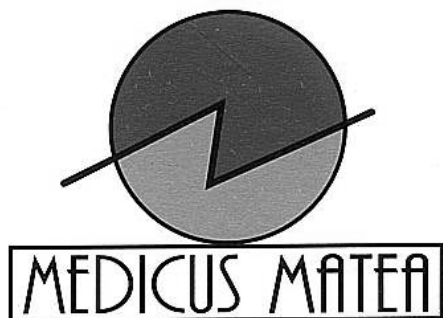
ABENA SKINCARE, vrhunska medicinska kozmetika iz Švedske, nudi DESIFOAM, dezinfekcijsku pjenu za dezinfekciju ruku. Ona predstavlja kombinaciju etilnog alkohola koji dezinficira i kokosovog ulja koje djeluje protiv isušivanja kože. Za dezinfekciju je potrebno u kožu ruku ravnomjerno utrljati 2 do 3 ml pjene kroz 20 do 30 s, dok pjena ne nestane. Pjena nema mirisa i ne ostavlja tragove. Dostupna je u bočicama aerosola od 140 i 250 ml, te uz dispenzerima. Dispenzer se može jednostavno montirati uz bolesnički krevet čime se vrlo jednostavno prevladava problem manjka umivaonika.

Pri organizaciji tombole sudjelovali su:

3 M, Zagreb
 Algoritam, Zagreb
 Aroma vita, Zagreb
 dr.sc. Bojan Biočina
 Ekologija "Maržić" – Zagreb
 Foto SOFT - Zagreb
 Franck, Zagreb
 Fructal, Zagreb
 Frizerski salon Ana, Staglišće 33, Zagreb
 Gradsko poglavarstvo grada Opatije
 Grand hotel «Adriatic», Opatija
 Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu - Zagreb
 Hypo banka , Zagreb
 Knjižara AGM, Zagreb
 Kozmetički salon «San», Pakošćanska 5, Zagreb
 Kraš, Zagreb
 KŠR «Jarun», Zagreb
 Lek, Zagreb
 Naklada Slap, Jastrebarsko
 Nestle - Zagreb
 Medicus Matea, Zagreb
 Medilab, Zagreb
 Octal pharma, Zagreb
 Optika Kraljević, Zagreb
 Papirna konfekcija Branko Jagić - Sesvete
 Pauk- Plet, Bedekovčina
 Pharmateka, Zagreb
 Retel, Zagreb
 Simbex d.o.o., Zagreb
 Školska Knjiga, Zagreb
 "Unilever" - Zagreb
 Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući «Domnius»
 "VIP" – Zagreb
 Velebit doo.
 Zdravstvena ustanova za njegu i rehabilitaciju u kući «Tobia»
 Wulf sport, Zagreb

**Zahvaljujemo svima koji su se na bilo koji način uključili u
 organizaciju tombole!**

ORGANIZACIJSKI ODBOR



Diagnostics

EUROALBA 
Humana



URIHO
ustanova za rehabilitaciju
hendikepiranih osoba,
profesionalnom
rehabilitacijom
i zapošljavanjem
Zagreb, Avenija M. Držića 1
Svojim partnerstvom
u poslovanju omogućujete i
razvoj ove ustanove koja ima
više od 500 zaposlenih od kojih
su oko 60 posto invalidne osobe

savjeti i pomagala pri inkontinenciji



Andrije Hebranga 10,
10000 Zagreb
Tel./fax: (01) 45 55 613
Besplatni telefon: 0800 206 206
E-mail: simbex1@zg.hinet.hr
Web stranica: www.simbex.hr



NUK®

REMEDIUM SESVETE
ZDRAVSTVENA USTANOVA ZA NJEGU U KUĆI
SESVETE, GLAVNA 9. Tel. 01/2002-008

P&G

STIL
STOLARIJA ILIĆ

Zagreb, Vrbanići 5
Tel.: 2980 - 139



Stoma medical d.o.o.

3M



PODUZEĆE ZA GRAĐEVINARSTVO,
VANJSKU I UNUTARNJU TRGOVINU d.o.o.



servis za čišćenje
ŽAGAR

10040 Zagreb, Novačka 75
Tel/Fax:01 2982-842, Mob:098 276 046



DELKO
ORTOPEDIJA DELKO



FRUCTAL
u suradnji s prirodom