

**Visoka zdravstvena škola, Zagreb
Hrvatska udruga Viših medicinskih sestara
Škola za medicinske sestre Mlinarska**

**Upravljanje kvalitetom u
zdravstvenoj njezi**

ZBORNIK RADOVA

**Opatija, Grand hotel "Adriatic"
29. - 31. svibnja 2003.**

KAZALO

UPRAVLJANJE KVALITETOM ZDRAVSTVENE NJEGE U SUSTAVU ZDRAVSTVA U HRVATSKOJ Mr. sc. Sonja Kalauz	5
NADZOR RIZIKA - RISK MANAGEMENT Dr.sc. Bojan Biočina, dr.med.	9
ULOGA MEDICINSKE SESTRE U KLINIČKIM ISPITIVANJIMA Csaba Dohoczky dr. med	11
POVJERLJIVOST I TAJNOST PODATAKA BOLESNIKA Snježana Čukljek, vms	14
UPRAVLJANJE TROŠKOVIMA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI Ljubica Đukanović, dipl. iur.	16
ULOGA MEDICINSKE SESTRE U MEĐUNARODNOM PROJEKTU Mara Županić, vms	21
Radionica 1 ZAKON O SESTRINSTVU – RASPRAVA – Biserka Sedić, prof.	25
Radionica 2 RAZVOJ STANDARDA KOJI SE ODOSE NA POBOLJŠANJE KVALITETE Žarka Zalar, VMS	58
Radionica 3 <i>VREDNOVANJE POSTIGNUĆA U KLINIČKOJ NASTAVI</i> Romanita Milojević, prof.; Sanda Franković, vms	59
STRATEGIJA RAZVOJA PATRONAŽNE DJELATNOSTI U HRVATSKOJ Jadranka Pavić, vms	62
ZADOVOLJSTVO BOLESNIKA USLUGAMA U USTANOVAMA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU U KUĆI Vesna Kern, prof.	64
INDIKATORI KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE Marijana Juričev, vms; Gordana Stošić, vms	67
UPRAVLJANJE KVALITETOM TLJEKOM EKSPANTACIJSKO TRANSPLANTACIJSKOG POSTUPKA Sonja Pasini, vms	70
NADZOR NAD INFEKCIJAMA KIRURŠKE RANE KAO PARAMETAR KONTROLE KVALITETE Jasminka Horvatić, vms; Prof. dr. sci. Smilja Kalenić; mr. sc. Vesna Tripković; mr. sci. Vanda Plečko; Marija Medved, vms	71
NASTAVAK ZDRAVSTVENE SKRBI PACIJENTA NAKON OTPUSTA IZ BOLNICE KAO DIO KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE Vesna Sertić, vms	72
Što je zajedničko u priči o Pepeljugi i «Sestrinstvu»? Rosana Svetić-Čišić	74

“Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi”

Upravljanje kvalitetom je funkcija managementa u kojoj se rad prati, mjeri i poduzimaju korektivne radnje sa ciljem zadovoljavanja predviđenih ciljeva organizacije. Temelj svih programa ukupne kvalitete je upravljanje na osnovu činjenica.

Kad govorimo o upravljanju kvalitetom u zdravstvenoj njezi, onda prvenstveno mislimo na najbolje standarde prakse, odnosno na skup svih znanja i vještina utemeljenih na činjenicama (evidence base care), koje medicinske sestre prakticiraju u području zdravstvene njege, kako bi postigle najveću moguću razinu kvalitete rada, u najkraćem mogućem vremenu i uz najnižu moguću cijenu.

Okviri za donošenje standarda su:

Standardi strukture:

- regulacija sestrinske prakse
- organizacija sestrinske službe
- izbor i zapošljavanje
- neophodna oprema, pomagala i potrošni materijal
- statutarne i zakonske obveze

Standardi procesa:

- **plan zdravstvene njege**

-
- sestrinska anamneza
 - sestrinska dijagnoza
 - izvođenje propisanih specifičnih aktivnosti ili intervencija /smjernice

Pri tome se posebna briga mora voditi o bolesniku / interakcija medicinska sestra/bolesnik

Standardi ishoda / cilja

- pisane, očekivane promjene u stanju zdravlja bolesnog pojedinca nakon učinjenih sestrinskih intervencija

Nadam se da će III Stručni skup « Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi » odgovoriti na pitanja: gdje smo sada i kuda idemo/ što želimo? U slijedećim godinama očekujem da se razvije svrhovita i jasna strategija koja će nam omogućiti i kako ćemo tamo stići ?

Mr. sc. Sonja Kalauz, prof.

Predsjednica Stručnog odbora

18

19

20

21

Mr. sc. Sonja Kalauz
Visoka zdravstvena škola, Zagreb

UPRAVLJANJE KVALITETOM ZDRAVSTVENE NJEGE U SUSTAVU ZDRAVSTVA U HRVATSKOJ

U današnjim novim društvenim i ekonomskim kretanjima, zdravstvo je suočeno s mnogim izazovima; od primjene novih vladinih propisa, preko zahtjeva za racionalnijom, kvalitetnijom i sve obuhvatnijom zdravstvenom zaštitom i njegom zdravog ili bolesnog pojedinca, do poboljšanja neposredne medicinske skrbi primjenom informacijsko-komunikacijskih tehnologija.

Posljednjih godina dogodile su se dramatične promjene u medicinskoj dijagnostici liječenju i zdravstvenoj njezi. Porast znanja u medicini, a i u drugim znanostima vezanim uz medicinu, uz ostalo pridonio je primjeni standarda kvalitete u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. Kako se proces u znanosti i tehnologiji nastavlja, vjerojatno će se sve više naglašavati stanovište da su liječnici, medicinske sestre i ostali stručnjaci, pozvani da rade na unapređenju zdravlja, sprječavanju bolesti, te da se usluge liječenja i zdravstvene njege moraju pružati uz primjenu vrhunske tehnologije i standardnih operativnih procedura.

Bolesnik je danas i sam u Republici Hrvatskoj bolje informiran i više zainteresiran za znanost i medicinu nego prije pa kriteriji usluga moraju biti na razini svjetskih standarda

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske teži uvođenju i primjeni ISO sustava u zdravstvu sa ciljem stalnog unapređivanja svojih medicinskih usluga ne samo bolesniku nego i zdravstvenim ustanovama. Stvaraju se strategije za akreditaciju i certifikaciju svih zdravstvenih ustanova. Ciljevi tog postupka je stalno poboljšanje i unapređenje kvalitete rada (CQI).

Globalni trendovi u zdravstvu i hrvatska stvarnost, su danas aktivne teme što se tiče primjene ISO standarda u zdravstvenom sektoru RH.

Standardi koji se primjenjuju u zdravstvenom sektoru obuhvaćaju područja:

- ravnateljstva zdravstvenih ustanova,
- kliničkih informatičkih sustava u primarnom zdravstvu te u bolničkim informatičkim sustavima,
- nadzora distribucije lijekova,
- sigurnost hrane, uključujući vodu za potrebe prehrane,
- sterilizaciju
- sigurnost tijekom anestezije,
- vodu, zrak, tekućine,
- sigurnost ljudi i prostorija, uključujući protupožarnu zaštitu i higijenu,
- specifične preventivne programe prikupljanja i zbrinjavanja bolničkog otpada,
- prijevoz organa za transplantaciju,
- prijevoz pacijenta putem hitne pomoći, helikoptera i sl.
- ostale kontrole poštivanja propisa (npr. Pridržavanje tehničkih specifikacija i protokola).

Organizacija mora identificirati i upravljati brojnim povezanim aktivnostima da bi funkcionirala djelotvorno. Aktivnost koja koristi resurse i s kojom se upravlja da bi se omogućila transformacija ulaza u izlaz može se smatrati procesom. Često je izlaz iz jednog procesa direktan ulaz u sljedeći proces.

Primjena sustava koji se sastoji od procesa u organizaciji, njihova identifikacija i međusobno djelovanje procesa te upravljanje njima može se tumačiti 'procesnim pristupom'.

Prednost procesnog pristupa jest osiguranje trajnog nadzora nad vezama između pojedinačnih procesa unutar sustava kao i nad njihovom kombinacijom i međusobnim djelovanjem.

GDJE SE NALAZIMO?

Zbog čega su ISO 9001:2000 smjernice važne za zdravstveni sustav Republike Hrvatske?

Opći je razlog ukupna potreba za usklađivanjem s propisima Europske unije, što je preduvjet Republici Hrvatskoj za ulazak u europske integracije. Mnogobrojni projekti i akcije su u postupku. Svi smo svjesni sa kolikim financijskim resursima raspolažemo, sa koliko improviziramo, a također i koji rizik uzimamo. Domaće zadaće su pred nama. Zakoni se trebaju ažurirati te novi pravilnici o standardima kvalitete u zdravstvenom sektoru primijeniti.

To je dugoročan cilj, ali zbog opsežnosti posla na njemu treba raditi što prije, dakle odmah.



ISO 9001:2000 Model procesa Upravljanja Kvalitetom



Norma minimalnih zahtjeva sadrži 8 poglavlja i 20 točaka:

1. Predmet i područja primjene;
2. Veza s drugim dokumentima;
3. Pojmovi i definicije;
4. Sustav upravljanja kvalitetom;
5. Odgovornost uprave ili posloводства;
6. Upravljanje resursima;
7. Realizacija proizvoda;
8. Mjerenja, analize i poboljšanja.

Zahtjevi za dokumentaciju:

Dokumentacija treba sadržavati:

- Dokumentiranu izjavu o politici i ciljevima.
- Poslovnik kvalitete.
- Dokumentirane postupke (SOP's).
- Dokumente koje su potrebne zdravstvenoj organizaciji.
- Zapise kvalitete (NCR's, itd.).

Literatura:

1. Prijedlozi za akreditaciju bolnica, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2002.
2. Radni materijali radne grupe za unapređenje kvalitete u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske

Dr.sc. Bojan Biočina, dr.med.
Klinička bolnica Dubrava, Zagreb

NADZOR RIZIKA - RISK MANAGMENT

Zbog pojave nepovoljnih događaja tijekom liječenja i iatrogenih ozljeda postoji opasnost od sudskih tužbi koje podižu bolesnici i njihove obitelji. U svrhu sprečavanja navedenih provodi se nadzor rizika tzv. risk managment. Nadzor rizika podrazumijeva djelatnosti usmjerene na sprečavanje podnošenja legalnih zahtjeva bolesnika za odštetu zbog iatrogenih ozljeda, a istodobno je to i mehanizam za poboljšanje kvalitete koji preko naputaka bolesnicima i obiteljima o čimbenicima rizika za nepovoljne događaje, te smanjenjem i proučavanjem nepovoljnih događaja i njihovih uzroka, pridonosi njihovom sprečavanju (*Gestion et prevention des risques* – franc; *Risikomanagment*; *Verfahren bei Risiko* - njem. Nepovoljan događaj (*adverse event*) znači štetu nanесenu bolesniku liječenjem, dok pojam *sentinel events* (stražarski događaji) označava događaje koji kao čuvari ili stražari javljaju da nešto nije u redu, i da je nužno znanstveno planirano i kontrolirano proučavanje njihovih uzroka. To je jasan signal da je potrebno provesti analizu osnovnog uzroka ("root cause analysis") što je sustavna metoda pronalazjenja osnovnih, a ne površinskih, vidljivih uzroka. Njezin osnovni cilj je trajno rješavanje problema. Ukoliko se ne istraži osnovni uzrok, pribjegava se skupim i privremenim rješenjima kao što su inspekcija ili dodatno obučavanje djelatnika, a koji nisu bili potrebni jer možda ne predstavljaju osnovni uzrok problema u kvaliteti. Rezultat analize osnovnog uzroka nije samo razumijevanje razloga nedostatka, već postavljanje sebe u položaj da se problem i otkloni. Nadzor rizika u zdravstvu je proces otkrivanja, procjene, nadzora i evoluiranja rizika u svrhu smanjivanja štete, ozljeda ili oštećenja, a radi smanjivanja naknadnih potencijalnih štetnih događaja. Nosioци medicinske skrbi, njezinog provođenja su liječnici jer oni je neposredno primjenjuju, te upućuju druge da je primjenjuju. Cilj medicinske skrbi je sustavni, neprekidni nadzor vrsnoće u svrhu poboljšanja, za što je potrebno provoditi slijedeće radnje: Procjena (*assessment*); Upletanje (*intervention*); Provjera (*verification*); Ciklus poboljšanja skrbi. Svaka od navedenih faza ima svoje specifičnosti provedbe, a nužno je njihovo neprekidno trajanje.

Neprekidno poboljšavanje kvalitete (*CQI* – *continuous quality improvement*) je neprekidno, rastuće poboljšavanje kvalitete koje vodi njezinu povišenju i stalnom održavanju. Kod *CQI* pristupa naglasak nije na pojedinačnim pružateljima medicinske skrbi, nego na djelotvorno organiziranim procesima koji se na prijateljski način odnose prema korisnicima medicinskih usluga, naglasak je na optimalnom timskom radu, suradnji i kulturni vrsnoće ustanove, te na poboljšanju ustroja i provedbe pružanja optimalne skrbi bolesniku.

Pojam *CQI* vrlo je blisko povezan pojmom upravljanja ukupnom kvalitetom (*TQM* – *total quality managment*). *TQM* pojedinca smatra središnjim elementom o kojem ovisi pružanje usluge te on stvara uvjete i klimu u kojima je olakšano izvođenje djelatnosti za poboljšanje kvalitete skrbi.

Usprkos svemu tome, čak i u najbolje zamišljenim i organiziranim sustavima javlja se izvjestan postotak nepovoljnih ishoda, jer postoje bezbrojne međusobno povezane staze koje mogu dovesti do njih.

Literatura

1. Wilson CRM: *Strategies in HealthCare Quality*, WB Saunders Co, Toronto 1992.
2. Carey RG, Lloyd RC: *Measuring Improvement in HealthCare: a guide to statistical process control applications* Quality Resources, New York 1995.
3. Walshe K. Adverse events in health care: issues in measurement. *Qual Hlth Care* 2000;9:47-52
4. Eldar R. Understanding and preventing adverse events. *Croat Med J* 2002;43:86-88
5. Brennan TA, Localio RJ, Leape LL. Identification of adverse events occurring during hospitalization. *Ann Int Med* 1990;112:221-226
6. Kelly M.J. *Upravljanje ukupnom kvalitetom (total quality managment)*, Potecon, Zagreb 1997
7. Brassard M, Ritter D. *The Memory Jogger II*, Informator, Zagreb 1997

Csaba Dohoczky dr. med.
Ministarstvo zdravstva RH

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U KLINIČKIM ISPITIVANJIMA

Istraživanje i razvoj (*liR*) novih lijekova usmjeren je prema otkrivanju sigurnih i učinkovitih lijekova. To je dugotrajan, rizičan i vrlo skup proces. Prosječno trajanje razvoja novog lijeka je danas oko 14 godina. U to vrijeme uključena su sva laboratorijska, pretklinička te klinička ispitivanja. Usprkos razvoju znanosti to vrijeme se produljuje (prosječno trajanje *liR* lijeka u šezdesetom godinama bilo je 8 godina). Produljenje *liR* je uzrokovano zahtjevom za velikim brojem bolesnika u kliničkim ispitivanjima u postupku dokazivanja učinkovitosti novog lijeka (danas oko 4500 bolesnika) te povećanjem broja samih kliničkih ispitivanja (danas oko 70 kliničkih studija), a same kliničke studije postaju zahtjevnije u smislu broja pregleda kod pojedinog ispitanika kao i broja pretraga (porast od 40 % u odnosu na razdoblje prije 5 godina). Farmaceutska industrija ulaže ogromne napore u *liR* i velik broj otkrivenih molekula ulazi u proces odabira (eng. screening) i pretkliničkih ispitivanja. Od 5000 – 10000 novo sintetiziranih molekula samo jedna od njih se razvije u novi lijek. No usprkos velikom znanstvenom naporu i rigoroznim ispitivanjima u toku procesa *liR* novi lijek dokazuje svoju sigurnost tek u širokoj primjeni nakon njegovog dolaska na tržište. Sustav praćenja nuspojava omogućava otkrivanje rizika primjene pojedinog lijeka, što u konačnici može rezultirati i povlačenjem s tržišta već odobrenih lijekova zbog neprihvatljivih nuspojava (npr. cisaprid povučen 2000., a na tržištu je bio od 1993.). Kompleksnost i dugotrajnost *liR* novih lijekova zahtjeva vrlo velika sredstva. Uspoređujući troškove s 1987. kada su iznosili oko 230 mil. US \$ današnji troškovi su se više nego utrostručili na oko 800 mil US \$.

Područje istraživanja lijekova je vrlo detaljno regulirano brojnim zakonima, pravilnicima, uputama, deklaracijama. Standardi kvalitete su međunarodni i mogu se povezati s glavnim grupama aktivnosti: pretkliničke (npr. Dobra laboratorijska praksa), kliničke (npr. Dobra klinička praksa) te proizvodnja (npr. Dobra proizvođačka praksa). Glavni kreatori standarda kvalitete na međunarodnom planu su EU, SAD i Japan te njihove agencije (EMA; FDA i MHW) čiji zahtjevi se objedinjavaju i usklađuju kroz ICH (International Conference on Harmonisation). U Hrvatskoj područje lijekova regulirano je Zakonom o lijekovima i pravilnicima koji proizlaze iz tog zakona. Područje kliničkih ispitivanja regulirano je Dobrom kliničkom praksom (DKP). DKP je vodeći standard za kliničke pokuse koji uključuje plan, provedbu, završetak, kontrolu, analize, načine izvješća i dokumentaciju istraživanja na čovjeka kojim se osigurava da su pokusi znanstveno i etički utemeljeni te da su kliničke značajke lijeka i medicinskog proizvoda koji se ispituje za dijagnostiku, liječenje ili prevenciju na odgovarajući način dokumentirani.

Proces kliničkog ispitivanja uključuje pribavljanje svih neophodnih odobrenja prije rada s ispitanicima (odobrenje bolničkog povjerenstva za lijekove, etičkog povjerenstva te Ministarstva zdravstva). To je dužnost naručitelja ispitivanja (najčešće farmaceutske industrije) te glavnog istraživača. Na samom početku provođenja studije naručitelj organizira sastanak/edukaciju o svim provedbenim aktivnostima vezanih uz studiju (eng. Study initiation visit). Ova

edukacija je ključna za ispunjavanje zahtjeva plana ispitivanja i u nju moraju biti uključeni svi sudionici ispitivanja (liječnici, sestre, tehničari, laboratorijsko osoblje). Prije poduzimanja bilo kojeg postupka s bolesnikom **istraživač je dužan** od ispitanika dobiti pismeni pristanak (vlastoručno potpisan te datiran od ispitanika). Ispitanik mora biti u potpunosti informiran o kliničkoj studiji, mora biti informiran o lijeku koji se ispituje, mora biti upoznat sa svim potencijalnim neugodama uzrokovane studijom (npr. broj i količina uzoraka krvi koje se uzimaju za vrijeme studije ili broj biopsija), mora biti obaviješten o tome da će se svi njegovi osobni podaci smatrati tajnom te da toj vrsti podatka uz liječnika imaju pristup isključivo državni organi, mora mu biti obaviješten o svom pravu da istupi iz ispitivanja u bilo kojem trenutku te da takva odluka neće imati utjecaj na njegovo buduće liječenje. Nakon dobivenog pristanka ispitanika započinju aktivnosti propisane protokolom. Za uspjeh studije ključno je poštivanje rasporeda aktivnosti i rokova u tome je vrlo je važna uloga educirane medicinske sestre koja uz ispitivača brine o provedbenim detaljima (raspored pretraga, ugovaranje pretraga, prikupljanje nalaza, upitnika, organiziranje prijevoza itd.). U vrijeme trajanja studije održavanje kvalitetnog kontakta s ispitanikom doprinosi uspješnijem savladavanju raznih teškoća koje mogu biti uzrokovane npr. pogoršanjem osnovne bolesti, neizvjesnošću. To je zadatak čitavog tima uključenog u ispitivanje, a pogotovo educirane medicinske sestre. Sukladno DKP tok kliničkog ispitivanja nadzire motritelj (eng. Monitor), nadzor (eng. Audit) te inspekcija. Njihova uloga je da provjere etičnost postupanja (postojanje informiranih pristanaka), pridržavanje zahtjevima protokola, točnost unosa zapisa/podataka i nalaza u odnosu na originalne nalaze i povijest bolesti, provjeriti da li su svi dokumenti potpisani i datirani te provesti inventuru lijekova. Dijelovi procesa koji predstavljaju završetak kliničkog ispitivanja je zatvaranja ispitivačkih mjesta s završnom posjetom monitora (eng. Close down visit) što uključuje kompletiranje svih podataka o ispitaniku u test listama te konačnu inventuru utroška lijekova. Po zatvaranju ispitivačkog mjesta prikupljene podatke obrađuju statističari. Temeljem njihovih rezultata priprema se završno izvješće o studiju. Završno izvješće se uključuje u registarcionu dokumentaciju uz rezultate ostalih studija te podnosi državnom tijelu nadležnom za odobravanje stavljanja lijeka u promet. U toku pregledavanja dokumentacije nadležno državno tijelo može poslati na istraživačko mjesto inspekciju koja provjerava vjerodostojnost i točnost cjelokupne prikupljene dokumentacije. Inspekcijski nadzor najčešće dolazi više godina nakon završetka aktivnosti na pojedinom istraživačkom mjestu. Po završetku svih provjera te pozitivnih nalaza raznih inspekcija državno tijelo odobrava stavljanje lijeka u promet.

Literatura:

1. Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA), *Pharmaceutical Industry Profile 2003* (Washington, DC: PhRMA, 2003). http://www.phrma.org/publications/publications/annualreport/2002/phrma_annreport2001.pdf
2. FDA: Improving Health: From Test Tube To Patient: Through Human Drugs <http://www.fda.gov/cder/about/whatwedo/testtube.pdf>
3. J.A. DiMasi, R.W. Hansen, and H.G. Grabowski, "The Price of Innovation: New Estimates of Drug Development Costs," *Journal of Health Economics* 22 (2003): 151-185.
4. International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use <http://www.ich.org>
5. Zakon o lijekovima i medicinskim proizvodima (NN 124/1997.) www.nn.hr/sluzbeni-list/
6. Pravilnik o dobroj kliničkoj praksi (NN 143/1998.) www.nn.hr/sluzbeni-list/
7. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products <http://www.emea.eu.int/>
8. U. S. Food and Drug Administration <http://www.fda.gov>

***Snježana Čukljek, vms
Visoka zdravstvena škola, Zagreb***

POVJERLJIVOST I TAJNOST PODATAKA BOLESNIKA

Jedno od najstarijih načela u medicini i sestrinstvu je poštivanje integriteta bolesnika i njegove privatnosti. Pravo na privatnost je osnovno ljudsko pravo definirano Općom deklaracijom o ljudskim pravima, Ustavom Republike Hrvatske, Poveljom o pravima bolesnika. Govoreći o pravu na privatnost u ovom slučaju govorimo o pravu osobe da kontrolira pristup podacima o sebi, te korištenje tih podataka. Način postupanja s tim podacima regulira i Etički kodeks medicinskih sestara i Zakon o zaštiti tajnosti podataka navodeći obvezu poštivanja povjerljivosti i tajnosti podataka.

Iako je to jedno od osnovnih načela u skrbi za bolesnike, duboko utkano u našu svakodnevnu praksu neprestano se nalazi pred novim izazovima. Brz napredak u zdravstvenoj njezi, uvođenje sestrinske dokumentacije, planova zdravstvene njege, kompjuterizacija u zdravstvu, istraživanja u sestrinstvu, donose brojne situacije u kojima potrebno dodatnu pozornost usmjeriti poštivanju privatnosti bolesnika, te povjerljivosti i tajnosti njegovih podataka.

Medicinska sestra prikuplja od bolesnika, njegove obitelji i prijatelja brojne podatke o njima potrebne za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege. To su podaci vezani uz osnovne ljudske potrebe, podaci o socijalnom, ekonomskom statusu, zdravlju prikupljeni u okruženju međusobnog povjerenja, te je stoga i izuzetno važno povjerljivo postupati sa tim podacima. Na povjerljivost i tajnost podataka potrebno je obratiti pažnju pri primopredaji službe, vizitama kojima prisustvuje i desetak osoba, prisutni su drugi pacijenti, posjete. Potrebno je obratiti pažnju na pohranu sestrinske dokumentacije koja ne smije biti dostupna svima, ograničiti pristup kompjuterskim bazama podataka. Ovdje su navedene samo neke od situacija u kojima je potrebno obratiti pažnju na povjerljivost i tajnost podataka no tu je i pohrana i obrada podataka prikupljenih za istraživanja, grupne i obiteljske terapije, edukacija učenika i studenata, neformalne situacije.

Možemo se pitati kako sačuvati pacijentovu privatnost, povjerljivo postupati sa njegovim podacima. Neke od preporuka su ograničiti pristup pojedinim podacima, dokumentaciji pacijenta, arhivama pacijentovih kartona. U slučaju kompjuterske pohrane podataka odrediti ovlasti o mogućnostima pristupa pojedinim podacima. U istraživanjima podaci mogu biti dostupni samo istraživačima, a privatnost se dodatno može osigurati pomoću šifri pri ispunjavanju obrazaca. Ne smijemo raspravljati o pacijentu pred zdravstvenim osobljem koje ne sudjeluje u zbrinjavanju, drugim pacijentima, posjetiteljima, članovima obitelji ... Potrebno je ograničiti broj osoblja koji sudjeluje u vizitama i raspravu na vizitama. U slučaju grupne i obiteljske terapije dogovoriti s pacijentom o čemu će se raspravljati i koji podaci se mogu iznositi.

Postoje izuzetne situacije kada je moguće odati podatke o pacijentu i to u situacijama kada je njihovo otkrivanje potrebno da bi se spriječila jasna i neizbježna opasnost za klijenta ili ostale, kada zakon zatraži otkrivanje povjerljivih informacija, kada postoji zakonska odredba o prijavi određene bolesti ili stanja u svrhu zaštite pojedinca, osoba iz njegove okoline ili zajednice, te ukoliko je to u interesu druge osobe, općem interesu ili je interes za dobrobit drugih jači od čuvanja tajne.

Vidljivo je da je potrebno dodatnu pozornost obratiti u brojim situacijama kako bi osigurali privatnost pacijenta, te povjerljivo postupali s podacima o njemu.

LITERATURA:

1. Banahan, B. F. Patient privacy, confidentiality, and security. *Drug Topics*: 2, 2000.
2. Scott, J. S. Privacy, confidentiality, and security: protecting 'personally identifiable information'. *Healthcare financial Management*; 3:1999.
3. Rylance, G. Privacy, dignity, and confidentiality: interview study with structured questionnaire. *British medical journal*: 1: 1999.
4. Denley, I. Privacy in clinical information systems in secondary care. *British medical journal*: 5: 1999.
5. Privacy Child's right to. *Gale encyclopedia of childhood and adolescence*. Gale Research 1998.
6. Opća deklaracija o ljudskim pravima, Ujedinjeni narodi, 1948.
7. Code of ethics for nurses. ANA 2001.
8. Etički kodeks medicinskih sestara. HUMS 1994.
9. Habel, M. Bioethics: Strengthening nursing's role. 2002. www.nurseweek.com.
10. Institute of medicine. Protecting data privacy in health services research. Washington: National academy press, 2000.

Ljubica Đukanović, dipl. iur.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

UPRAVLJANJE TROŠKOVIMA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti ("Narodne novine" broj: 1/97. – pročišćeni tekst, 11/97, 95/00. i 129/00. – u daljnjem tekstu: Zakon) navedena su načela, način organiziranja i provođenja zdravstvene zaštite.

Prema odredbama Zakona i građanin koji koristi zdravstvenu zaštitu ima propisane obveze kojih bi se trebao pridržavati. Tako je između ostalog Zakonom propisano da građanin treba sudjelovati u svim zdravstveno-preventivnim djelatnostima, na mjestima življenja i rada kojima je svrha:

- unapređenje zdravlja,
- čuvanje zdravlja i
- sprečavanje bolesti.

Pored navedenih načela, kada dođe do oboljenja građanin ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarivanja najviše moguće razine zdravlja.

Zaštita zdravlja provodi se mjerama zdravstvene zaštite, a jedna od tih mjera je i zdravstvena zaštita u stanu osiguranika. Zdravstvenu zaštitu u stanu osiguranika provode:

- izabrani doktori opće/obiteljske medicine kao kućno liječenje te
- ustanove za zdravstvenu njegu u kući, i
- medicinske sestre općeg smjera osobnim radom kao njegu u kući bolesnika.

Zdravstvenu njegu u kući osiguranika provode medicinske sestre općeg smjera po uputama i stručnim nadzorom ovlaštenog doktora medicine.

Prema odredbi podstavke 23. stavke 2. članka 17. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine" broj 94/01, 88/02. i 149/02. – u daljnjem tekstu: Zakon o osiguranju) zdravstvena njega u kući bolesnika u cijelosti se plaća sredstvima osnovnog zdravstvenog osiguranja, odnosno osigurane osobe koje zdravstvenu njegu u kući koriste kao jedno od prava na zdravstvenu zaštitu. Ove mjere koriste bez obveze osobnog sudjelovanja u plaćanju dijela troškova zdravstvene zaštite.

Uvjeti i način ostvarivanja prava na zdravstvenu njegu u kući propisani su Pravilnikom o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz osnovnog zdravstvenog osiguranja za provođenje zdravstvene njege u kući ("Narodne novine" broj: 76/02. – u daljnjem tekstu: Pravilnik).

Pravo na zdravstvenu njegu osigurana osoba može ostvariti u slučaju kada je takav postupak medicinski opravdan, a on se provodi radi:

- poboljšanja zdravstvenog stanja,
- sprečavanja pogoršanja zdravstvenog stanja.

Posebno je potrebno naglasiti da provođenje zdravstvene njege u kući uključuje i poduku kako osigurane osobe tako i članova njezine obitelji.

Pravo na zdravstvenu njegu ostvaruje se na osnovi utvrđenih sljedećih stanja:

- nepokretnosti i slabe nepokretnosti, s tim da se smatra da je osoba slabo pokretna ako se može kretati samo uz tuđu pomoć ili uz upotrebu klupice,
- kronične bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacije uz uvjet da izabrani doktor istodobno provodi i liječenje u kući, a indicira i zdravstvenu njegu,
- prolaznih ili trajnih stanja u kojima nije moguće samozbrinjavanje,

- nakon složenih operativnih zahvata koji zahtijevaju previjanje i njegu rane te skrb za anus praeter i ostale stome,
- kod terminalnog bolesnika.

Zdravstvena nega predlaže se:

- nakon izvršenog pregleda od strane izabranog doktora,
- utvrđivanja zdravstvenog stanja, te
- uvida u medicinsku dokumentaciju.

Medicinska sestra, koja provodi zdravstvenu negu, može provoditi samo one postupke iz Popisa dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima (tzv. "Plava knjiga") koje je predložio izabrani doktor i odobrilo Liječničko povjerenstvo Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Liječničko povjerenstvo Zavoda).

U provođenju zdravstvene njege u kući mogu se provoditi sljedeći postupci:

Šifra	Opis postupka	Radnici	Vrijeme min.	Uk. bodovi
92101	Zbrinjavanje kronične rane ***	1 srednja medicinska sestra	22,5	2,84
92102	Sprječavanje komplikacija dugotrajnog mirovanja (primarno dekubitusa, kontraktura i tromboze) – aktivno pasivno razgibavanje ***	1 srednja medicinska sestra	22,5	2,84
92103	Pomoć i poduka obitelji kod obavljanja osobne higijene bolesnika, okoline i pribora ***	1 srednja medicinska sestra	22,5	2,84
92104	Kupanje nepokretnog ili polupokretnog bolesnika u krevetu ili kadi ***	1 srednja medicinska sestra	45	5,67
92105	Toaleta i održavanje stoma ***	1 srednja medicinska sestra	45	5,67
92106	Provođenje klizme za čišćenje ***	1 srednja medicinska sestra	45	5,67
92107	Uzimanje materijala za laboratorijske pretrage ***	1 srednja medicinska sestra	22,5	2,84
92108	Primjena parenteralne terapije, osim antibiotika, uz nazočnost izabranog liječnika ***	1 srednja medicinska sestra	90	11,34
92109	Kateterizacija mokraćnog mjehura žene ***	1 srednja medicinska sestra	22,5	2,84
92110	Primjena lokalne i peroralne terapije ***	1 srednja medicinska sestra	22,5	2,84

92111	Primjena terapije kisikom ***	1 srednja medicinska sestra	22,5	2,84
92112	Postavljanje/izmjena nazogastrične sonde, hranjenje sondom ***	1 srednja medicinska sestra	45	5,67
92113	Mjerenje i registracija vitalnih funkcija, kontrola razine šećera u krvi i urinu ***	1 srednja medicinska sestra	22,5	2,84
92114	Skrb za umirućeg bolesnika ***	1 srednja medicinska sestra	45	5,67

*** postupci kojima se zbog uvjeta rada na terenu osnovna cijena (broj bodova x vrijednost boda) uvećava za 10%

Zdravstvenu njegu može se odobriti sedam puta tjedno, a dnevno trajanje postupaka kojima se provodi zdravstvena njega može iznositi najviše 135 minuta, bez uračunatog vremena puta.

Standard i normativ prava na zdravstvenu njegu u kući propisan je Pravilnikom o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz osnovnog zdravstvenog osiguranja koji se pod jednakim uvjetima osigurava svim osiguranim osobama Zavoda.

Standard zdravstvene njege u kući je tijekom proteklih godina povećavan kako slijedi:

2001. godina

- propisani standard = 5.500 osiguranih osoba na jednu medicinsku sestru
- na 4.300.000 osiguranih osoba = 782 medicinske sestre
- ugovoreno 1.125 medicinskih sestara
- ugovoreni standard = 3.822 osigurane osobe na jednu medicinsku sestru.

2002. godina

- propisani standard = 5.100 osiguranih osoba na jednu medicinsku sestru
- na 4.300.000 osiguranih osoba = 843 medicinske sestre
- ugovoreno 1.184 medicinske sestre
- ugovoreni standard = 3.632 osiguranih osoba na jednu medicinsku sestru.

2003. godina

- propisani standard = 3.500 osiguranih osoba na jednu medicinsku sestru
- na 4.300.000 osiguranih osoba = 1.229 medicinskih sestara
- ugovoreno 1.363 medicinske sestre
- ugovoreni standard = 3.155 osiguranih osoba na jednu medicinsku sestru.

Prema navedenim podacima vidljivo je da se Zavod u razdoblju 2001. do 2003. godine nije pridržavao propisanog standarda već je zdravstvenu njegu ugovorio u većem standardu od propisanog i to kako slijedi:

- 2001. godine za 44% više
- 2002. godine za 40% više
- 2003. godine za 10% više.

Vidljivo je da je 2003. godine Zavod ugovorio veći standard od propisanog samo za 10% u odnosu na propisani. Kako je osnovna namjera Zavoda da upravlja troškovima u korištenju zdravstvene zaštite, stoga ugovaranje zdravstvene zaštite iznad propisanog standarda nije prihvatljivo. No Zavod je bio primoran na ugovaranje zdravstvene njege koja se provodi u kući osigurane osobe i to iz razloga što u vrijeme provođenja Natječaja za ugovaranje ove djelatnosti nije bila donesena mreža zdravstvene njege u kući. Nastavno ćemo iskazati normativ zdravstvene njege u kući u 2002. i 2003. godini koji je iznosio:

2002. godina:

- 1 minuta njege = 0,126 bodova - 1 sat = 7,56 bodova = 42,34 kuna + 20% (uvećanje zbog uvjeta rada na terenu) = 50,81 kuna.

Cijena sata kućne njege u 2002. iznosila je 50,81 kuna bez usluge dolaska koja se posebno priznavala.

- godišnji fond radnih sati iznosio je 2.088
- godišnji broj bodova = $2.088 \times 7,56$ bodova = 15.785,28 bodova ili 1.315,44 mjesečno – cca 30% sati za uslugu dolaska što iznosi 626 sati – cca 70% sati za uslugu njege, što iznosi 1.462 sata.

$$626 \text{ sata} = 626 \times 7,56 \times 5,6 = 26.502,34$$

$$1.426 \text{ sata} = 1.462 \times 7,56 \times 1,20 = 74.274,28$$

- **godišnji normativ u kunama = 100.776,62 kune**
- **mjesečni normativ u kunama = 8.398,05 kuna**

2003. godina

- 1 minuta njege = 0,126 bodova – 1 sat = 7,56 + 10% (uvećanje zbog uvjeta rada na terenu) = 55,34 kune bez usluge dolaska koja se posebno priznaje

- godišnji fond radnih sati iznosi 2.088
- godišnji broj bodova = $2.088 \times 7,56$ = 15.785,28 bodova ili 1.315,44 mjesečno.

- cca 30% sati za uslugu dolaska = 626 sata
- cca 70% sati za uslugu njege = 1.462 sata
- $626 \text{ sata} = 1.462 \times 7,56 \times 1,10 = 80.905,91$

- **godišnji normativ u kunama = 109.774,50 kuna**
- **mjesečni normativ u kunama = 9.147,88 kuna.**

Iz iskazanih podataka vidljivo je da je normativ iskazan u kunama u 2003. godini u odnosu na 2002. godinu veći za 8,93%.

U Financijskom planu Zavoda za 2002. godinu za zdravstvenu negu u kući osigurana su sredstva od 76.474.242,42 kune.

Da je Zavod ugovorio zdravstvenu njegu prema propisanom standardu za 843 medicinske sestre bila bi mu potrebna novčana sredstva u iznosu od 84.954.690,00 kuna ili 8.480.448,00 kuna više od plana što je za 11% više od Financijskim planom osiguranih sredstava.

Kako je Zavod u 2002. godini ugovorio 40% više od propisanog standarda, odnosno 1.184 medicinske sestre, Zavodu je ugovorena zdravstvena njega ispostavila računa za usluge zdravstvene njege u iznosu od 106.923.662,00 kuna ili 30.449.419,58 kuna više u odnosu na osigurana sredstva, odnosno 39,8%.

Izneseni podaci govore da Zavod u 2002. godini nije upravljao troškovima zdravstvene njege niti u odnosu na osigurana sredstva niti u odnosu na propisani standard, što je neprihvatljivo.

Stoga će Zavod u 2003. godini troškove zdravstvene njege u kući, odobravanjem iste od strane liječničkih povjerenstava isključivo za slučajeve medicinski opravdanih indikacija a ne i socijalnih, provoditi u okviru osiguranih financijskih sredstava.

U Financijskom planu, odnosno Proračunu Republike Hrvatske za 2003. godinu za zdravstvenu njegu osigurana su sredstva u iznosu od 125.000.000,00 kuna. Kao što smo prethodno naveli, Zavod je u 2003. godini zbog toga što prije raspisanog Natječaja za sklapanje ugovora za zdravstvenu njegu u kući nije objavljena mreža zdravstvene njege u kući, ugovorio 10% više medicinskih sestara u odnosu na propisani standard.

Kako Zavod ne može trošiti više od Proračunom osiguranih sredstava, u 2003. godini Zavod će troškove zdravstvene njege uskladiti sa osiguranim financijskim sredstvima, što znači da se u 2003. godini za zdravstvenu njegu u kući može unatoč broju ugovorenih medicinskih sestara odobravati zdravstvenu njegu za 1.138 medicinskih sestara.

Mara Županić, vms
Visoka zdravstvena škola, Zagreb

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U MEĐUNARODNOM PROJEKTU

Sažetak jedan od glavnih ciljeva strategije razvoja zdravstva Republike Hrvatska je očuvanja i unapređenje zdravlja, smanjenje pobola i smrtnosti od kroničnih nezaraznih bolesti te produljenje trajanja i kvalitete života pojedinca i zajednice. Stoga Ministarstvo zdravstva u suradnji s Croatian Society for International Health, nastavlja dosadašnje aktivnosti na prevenciji zdravlja i započinje nove na području promicanja zdravlja u R. Hrvatskoj. Prema konceptu promicanja zdravlja, bitan preduvjet u realizaciji programa ima suradnja sektora zdravstva s drugima. Stoga je Ministarstvo zdravstva u suradnji s Canadian Society for International Health pokrenuo projekt u koga je uključio predstavnika Vlade i Sabora, zdravstva i edukacije, medija i nevladinih udruga, jer međusobno poznavanje, razumijevanje i podjela poslova imaju važnu ulogu u zajedničkom djelovanju. Glavni cilj je usmjeren na mogućnost rješavanja kardiovaskularnih bolesti kao vodećeg zdravstvenog problema u Republici Hrvatskoj.

ZDRAVLJE I ZDRAVSTVENO STANJE U REPUBLICI HRVATSKOJ

Zdravlje i zdravstveno stanje u Republici Hrvatskoj mogu se opisati kroz tri snažna tranzicijska procesa.

- **Demografska tranzicija**

Prema popisu stanovništva 2001. god. R. H. je imala 4.437.460 stanovnika. Udio starih u dobi 65 i više god. bio je 15,7%, što znači da je udio veći od 10%. Prema podacima SZO, Hrvatska je time gotovo dosegla prosjek zemalja Europske Unije (16%). Posljedica je to produženog očekivanog trajanja života pri rođenju, pada rodnošći, pada smrtnosti prisutno posljednjih desetljeća, što za posljedicu ima negativni prirodni prirast zadnjih godina. U R. Hrvatskoj u 2001-oj god. rođeno je 40 993 djece, a umrle su 49 552 osobe odnosno 8 559 više no što je živorođenih. Natalitetna stopa je iznosila 9,2 / 1 000, mortalitetna 11,2 / 1 000. Posljedična depopulacija i starenje stanovništva pred sveukupno društvo, a osobito sustave zdravstva i socijalne skrbi, postavlja pitanje kako najučinkovitije skrbiti o sve većem broju starih i nemoćnih.

- **Epidemiološka tranzicija**

Posljednjih desetljeća došlo je do značajnih promjena u pobolu i smrtnosti. Prošla su vremena u kojima su zarazne bolesti predstavljale najznačajniji javnozdravstveni problem. Rastom standarda, poboljšanjem kvalitete života, uspješnom kontrolom bioloških uzročnika zaraznih bolesti i ekoloških uvjeta koji su posredovali, njihovo širenje, postupno su suzbijane klasične zarazne bolesti. Veliki doprinos u pojavnosti zaraznih bolesti upravo je dalo javno zdravstvo provođenjem učinkovitih mjera prevencije (cijepljenjem). Stoga je nadzor nad заразним bolestima te mjere njihova sprečavanja i suzbijanja stalan zdravstveni prioritet.

Među značajne javnozdravstvene probleme suvremenog svijeta ubrajaju se masovne na zarazne bolesti. Posljedica su to suvremenog načina života, sve manje fizičkog opterećenja i posljedičnog sedentarnog načina života, nepravilne prehrane, štetnih životnih navika poput pušenje, alkoholizma, ovisnosti o drogama. Najviše stope smrtnosti (2001. god.) zabilježene su u skupini bolesti srca i krvnih žila (598.1 / 100 000) u sveukupnom stanovništvu od toga kod muškaraca (547.3 / 100 000), a u žena (645.3 / 100 000). Na drugom mjestu nalaze se zloćudne novotvorine, dok na trećem mjestu se nalaze ozljede.

Bolesti srca i krvnih žila

Prema pokazateljima udio smrtnosti od bolesti srca i krvnih žila je u porastu. Prema posljednjim pokazateljima (2001. god.) je vodeći uzrok smrti s udjelom 53,56 % u ukupnom mortalitetu. U 2001. god. od bolesti srca i krvnih žila umrle su 26 542 osobe ili praktički svaki drugi umrli u Hrvatskoj.

Za dobnu skupinu od 0-64 god. stopa smrtnosti za ishemijsku bolest srca je 33,4 % što u usporedbi sa drugim zemljama niža je od prosjeka za zemlje Srednje i Istočne Europe, ali su zato naše stope više od stopa smrtnosti prosjeka zemalja Europske Unije.

Za dobnu skupinu od 0-64 god. stopa smrtnosti za cerebrovaskularne bolesti je 31,4 % (u ukupnom broju KVB), što u usporedbi s drugim zemljama stope u nas su niže od prosjeka za zemlje Srednje i Istočne Europe, ali su zato znatno iznad prosjeka u odnosu na zemlje Europske Unije poglavito Finske koja je uz SAD primjer zemlje sa značajnim smanjenjem mortaliteta od KVB (i do 50 %), zahvaljujući opsežnim javnozdravstvenim mjerama odnosno programima prevencije rizičnih čimbenika. Danas poznati rizični čimbenici su: pušenje, nepravilna prehrana pretjeranih kalorijskim unosom i unosom masti životinjskog porijekla, sedentaran način života, stres i drugi. Prema rezultatima istraživanja Prvog hrvatskog projekta zdravlja 27,7 % osoba u dobi 18 – 65 god. imalo je krvi tlak 140/90 mmHg, utvrđene vrijednosti kolesterola u oba spola bile su više od poželjnih 5,2 mmol/l. Pretilost (ITM 30+) zabilježena je u 31,1% (M) i 15,2 % (Ž), tjelesnom aktivnošću izjavilo je da se bavi 17,1 % (M) i 4,3% (Ž). Svakodnevno puši 34,1% (M) i 26,6 % (Ž).

• Ekonomska tranzicija

Hrvatska se nalazi u skupini zemalja koje prolaze ekonomsku tranziciju. Nacionalni dohodak tranzicijskih zemalja je značajno niži od dohotka razvijenih i sporo raste. Teški ekonomski uvjeti, nezaposlenost, siromaštvo nejednakost u društvu imaju negativni utjecaj na zdravlje stanovništva.

Na pragu politike « Zdravlje za sve u 21. stoljeću » SZO napominje da je nužno zdravlje i promicanje zdravlja postaviti u centar javnozdravstvenih interesa.

Zdravstvena politika mora imati za cilj:

- Povećanje odgovornosti društva za zdravlje, izbjegavanje štetnih učinaka.
- Povećanje ulaganja u unapređenje zdravlja od edukacije preko unapređenja stanovanja do unapređenja zdravstvene zaštite.

- Uspostavljanja partnerstva raznih djelatnosti i društvenih skupina na području prevencije i unapređenja zdravlja.
- Osiguranje infrastrukture za prevenciju i promicanje zdravlja (razvijanjem zakonskih, obrazovnih, društvenih, gospodarskih prilika).

Iz svega iznesenog nameće se lista mogućih prioriteta i to:

1. Promocija zdravih stilova života
2. Osiguranje zdrave okoline
3. Razvoj sustava za nadzor nad masovnim bolestima
4. Cijepljenje
5. Osiguranje i unapređenje kvalitete rada zdravstvenih službi
6. Usklađivanje zdravstvenog sustava prema europskim standardima.....

KONCEPT UNAPREĐENJA ZDRAVLJA

Svjetska zdravstvena organizacija je definirala unapređenje zdravlja kao „proces koji omogućava ljudima da povećaju kontrolu nad zdravljem i da poboljšaju svoje zdravlje“. To predstavlja opsežan socijalni i politički proces koji obuhvaća akcije usmjerene na jačanje vještina i sposobnosti pojedinca, kao i na akcije koje su povezane s odrednicama zdravlja. U mnogim područjima postoji osnovni nedostatak razumijevanja za unapređenje zdravlja.

Promocija zdravlja je kompleksan skup međudjelovanja koja uključuju cjelokupno stanovništvo u svakodnevnom životu, predstavlja opsežni socijalni i politički proces, koji je usmjeren prema akcijama, nužnim da bi se obratila pažnja na uvjete, koji djeluju na zdravlje. Ona kombinira različite, ali i komplementarne metode i pristupe uključujući: edukaciju, socijalnu mobilizaciju, zagovaranje zdravlja, razvoj zakonodavstva i javne politike koja pomaže zdravlje (više disciplinski).

Edukacija – nadopunjava unapređenje zdravlja, ali se razlikuje po tome što je njezin primarni pristup u :

- prenošenju informacija u cilju poboljšanja zdravstvene pismenosti,
- ona njeguje motivaciju, vještine i uvjerenje potrebno za poduzimanje i djelovanje
- pokazuje političku izvedivost i organizacijske mogućnosti za djelovanje na uvjete koji utječu na zdravlje.

Za učinkovito provođenje preventivnih programa potrebno je među ljudima osvijestiti važnost zdravog načina življenja i pokazati njegove prednosti. Ako ne znamo što šteti našem zdravlju i što može dovesti do ozbiljnih posljedica, nećemo znati ni da to trebamo izbjegavati. Stoga je edukacija ključna u prevenciji.

Tko zna više, djelotvorniji je!

Nakon preboljele bolesti, obično većina ljudi nastoji prihvatiti sve predložene promjene, aktivnosti, lijekove da bi potpuno vratili zdravlje. A za očuvanje zdravlja, prije nastupa bolesti, još se rijetko pribjegava svim oblicima zdravog života.

Upravo to je zadaća svih nas – promicanje zdravog stila življenja i podizanje svijesti o osobnoj ulozi svakog pojedinca u očuvanju vlastitog zdravlja – edukacijom pučanstva i stručnjaka, medijskim kampanjama – od novina, časopisa, radijskih i TV emisija, do različitih publikacija, knjiga, upitnika, preventivnih pregleda i sl. Ako su zapadne zemlje, a poglavito SAD uspjele smanjiti učestalost KV bolesti baš zahvaljujući sustavnim preventivnim aktivnostima, valja pretpostaviti da ćemo to uspjeti i mi. U Americi se stalno govori o «holesterol-free», «sugar-free» proizvodima, stalno se govori što je dobro, što treba izbjegavati. Potiče se da i mi u Hrvatskoj slijedimo te svjetske trendove, no još prevencija nema ono mjesto i snagu koju zaslužuje.

Kroz projekt reforme zdravstva – Ritmovi srca Anketa zdravlja među odraslima, a koji se odnosi na program sprečavanja kardiovaskularnih bolesti trenutno vrši se anketno istraživanje. Hrvatska zdravstvena anketa (HZA 2003). Ispitivanje treba pokazati zdravstveno stanje, životne navike, načine na koji se zdravstvena služba koristi, te socijalni status stanovništva Hrvatske. Na osnovi ove ankete procijeniti će se zdravlje i zdravstvene navike cjelokupnog stanovništva. Na osnovu dobivenog planirati će se budući programi. Anketirani će se 12 000 slučajno izabranih domaćinstava Hrvatske, a anketiranje provode patronažne sestre.

Smjernice u promicanju zdravlja prvenstveno moraju zadovoljiti sljedeća pravila a to su:

1. Važno je dati stručno provjerenu i točnu informaciju građanima.
2. Važno je stvoriti uvjete, a ne samo poučavati o zdravlju.
3. Važno je koristiti putove prijenosa poruka i način oblikovanja dostupan i prihvatljiv onima kojima je namijenjen.
4. Važno je poštivati etičke principe.
5. Važno je osigurati aktivnu participaciju građana (partnerstvo)
6. Važno je surađivati unutar zdravstva (međuprofesionalna suradnja).
7. Važno je unaprijediti intersektorsku suradnju svih javnih službi i organizacija iz društvenih sektora, udruga građana i hrvatske javnosti.

Literatura:

1. Zbornik radova – tekstovi, Ministarstvo zdravstva R.Hrvatske, Intersektorska i međuprofesionalna suradnja u promicanju zdravlja u R.H. Zagreb, travanj 2003.
2. Unapređenje zdravlja, Višestruki pristup zdravlju – bilješke, Fran Perkins, Toronto 1992.
3. Medicus br.1; Epidemiologija moždanog udara 7- 8, Zagreb, 2001.

Radionica 1

ZAKON O SESTRINSTVU – RASPRAVA –

Biserka Sedić, prof.

Visoka zdravstvena škola, Zagreb

Prilog raspravi o potrebi donošenja Zakona

Provođenje postupaka određenih procesom zdravstvene njege predstavlja temeljnu djelatnost medicinskih sestara/tehničara koju oni razvijaju i provode potpuno samostalno.

Definicija sestrinstva koju je dala istaknuta medicinska sestra V. Henderson smatra se najprimjenjivijom i prihvaćena je od Međunarodnog savjeta sestara (ICN), a glasi:

"Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje doprinose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje".

Vezano uz prethodnu definiciju sestrinstva vrlo je prihvaćena i najčešće primjenjivana definicija zdravstvene njege koju je plasiralo American nurses association, a ona glasi:

"Zdravstvena njega je dijagnosticiranje i tretiranje čovjekovih reakcija na aktualne i potencijalne zdravstvene probleme"

Rezultati istraživanja, čiji je cilj bio utvrditi broj i strukturu postupaka koji se provode za vrijeme bolničkog liječenja bolesnika kao i profile zdravstvenih djelatnika koji ih provode, pokazuju da oko 70% svih postupaka koji su usmjereni na bolesnika tijekom bolničkog liječenja izvode medicinske sestre/tehničari.

Kao zdravstveni djelatnici, medicinske sestre/tehničari rade na svim razinama zdravstvene zaštite, a uključeni su i u znanstvenoistraživački rad. Značajna činjenica je i to da medicinske sestre/tehničari izvode nastavu kako u okviru dijela nastave koja se izvodi u zdravstvenim ustanovama tako i na srednjoškolskoj i visokoškolskoj razini.

Na razini primarne zdravstvene zaštite medicinske sestre/tehničari preuzimaju sve više dijagnostičko terapijskih postupaka koje izvode potpuno samostalno, a izvode se na zahtjev liječnika.

Na razini specijalističkokonzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite medicinske sestre/tehničari osim osnovnih postupaka određenih procesom zdravstvene njege, izvode brojne specijalizirane postupke i vještine koje zahtijevaju dodatno obrazovanje, usavršavanje i specijalizaciju.

Medicinske sestre/tehničari čine više od trećine svih profila zdravstvenih djelatnika u sustavu zdravstvene zaštite. Prema dostupnim podacima radi se o

oko 23000 medicinskih sestara/tehničara. Značajan dio medicinskih sestara/tehničara radi izvan sustava javnog zdravstva. Zbog nepostojanja zakonski regulirane jedinstvene evidencije značajan broj medicinskih sestara/tehničara nije evidentiran.

Djelatnost medicinskih sestara/tehničara u specijalističkokonzilijarnoj i bolničkoj skrbi osigurava 24-satno zbrinjavanje bolesnika, a sastoji se od brojnih dijagnostičkih i terapijskih postupaka, neprekidnog praćenja stanja bolesnika i izvješćivanja liječnika o svim promjenama kod bolesnika.

24-satno zbrinjavanje i druge oblike zbrinjavanja medicinske sestre/tehničari provode i u ustanovama socijalne skrbi, a isto tako i u unutar Ministarstva pravosuđa, obrane i unutrašnjih poslova, odnosno izvan sustava javnog zdravstva.

Iako su medicinske sestre/tehničari brojčano najzastupljeniji profil zdravstvenih djelatnika koji rade na pružanju zdravstvene zaštite njihovo ustrojstvo i djelovanje u Republici Hrvatskoj do danas nije na odgovarajući način regulirano zakonom. Medicinske sestre i njihovo djelovanje ne spominju se niti u jednom zakonu izrijekom već samo sporadično u dijelovima Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN br. 1/97, 111/97, 95/00 i 129/00) gdje je djelovanje medicinskih sestara regulirano samo u onom dijelu Zakona u kojem se govori o privatnoj praksi zdravstvenih djelatnika.

Zapadnoeuropske zemlje imaju zakonom regulirano sestrinstvo. Velika Britanija je prvi zakon o sestrinstvu donijela još 1928. god. Španjolska, Portugal i Italija svoje zakone o sestrinstvu donijele su u sklopu pridruživanja Europskoj zajednici. Mađarska, Češka, Slovačka i Slovenija donijele su ili su u proceduri donošenja zakona o sestrinstvu.

Znanstveni i tehnički razvitak zdravstvene zaštite kao i promjene u pobolu i potrebama stanovništva za zdravstvenom zaštitom postavljaju pred sestrinsku profesiju sve novije i složenije zadatke, a to zahtijeva takvu organizaciju obrazovanja i usavršavanja u struci koja će moći pratiti suvremena kretanja u medicinskoj znanosti i praksi.

Svjetski, a naročito standardi Europske Unije određuju sestrinsku profesiju s točno određenim kompetencijama i akademskim stupnjem obrazovanja, odnosno najmanje trogodišnji studij koji podrazumijeva program od 4600 sati nastave od kojih 50% ili 2300 sati mora biti utrošen na praktičan rad.

Elementi koji određuju profesiju su:

- visokoškolsko obrazovanje,
- neprekidno povećanje količine znanja i tehnika znanstvenim metodama,
- primjena znanja i postupaka važnih za ljudsku i socijalnu dobrobit,
- autonomnost profesije,
- zanimanje kojim se osobe bave čitav život i u njemu stalno napreduju,

- profesija osigurava slobodu obavljanja zanimanja, mogućnost kontinuiranog profesionalnog napredovanja i ekonomsku sigurnost.

Sestrinstvo u Republici Hrvatskoj uz velike napore i zalaganje istaknutih medicinskih sestara i tehničara nastoji i uspijeva pratiti svjetske, a naročito trendove razvoja sestrinske profesije u Europskoj Uniji. Iako već dulje vrijeme ova grupacija zdravstvenih djelatnika ima gotovo sve elemente koji određuju jednu profesiju, bez zakona kojim se kvalitetno regulira ustrojstvo i djelovanje, medicinske sestre/tehničari sve teže će pratiti i sve teže će se uključivati u svjetske i europske standarde.

Svjetska zdravstvena organizacija, Regionalni ured za Europu izdao je dokument o strategiji obrazovanja medicinskih sestara i primalja pod nazivom **"Nurses and Midwives for Health" (WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education, a u sklopu programa WHO 2000a)**. U ovom dokumentu detaljno su navedeni kriteriji kojima moraju udovoljavati zemlje članice kao i zemlje koje pretendiraju na članstvo u Europskoj Uniji.

U Republici Hrvatskoj već stanovito vrijeme postoji visokoškolsko obrazovanje medicinskih sestara/tehničara koje po svojem programu ne zaostaje značajno za europskim i svjetskim standardima obrazovanja za ovu profesiju. Obrazovanje na ovom nivou usklađeno je sa zakonskim propisima o visokom obrazovanju Republike Hrvatske ali Zakon o zdravstvenoj zaštiti nije usklađen s ovim, novim stanjem u obrazovanju zdravstvenih djelatnika.

U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, u članku 110. navodi se:

"Zdravstveni djelatnici obrazuju se na medicinskom, stomatološkom ili farmaceutskobiokemijskom fakultetu, na višim i srednjim školama zdravstvenog usmjerenja".

Više škole zdravstvenog usmjerenja u Republici Hrvatskoj više ne postoje, odnosno one su sada visokoškolske ustanove sa trogodišnjim studijima. Ovo je eklatantan primjer neusklađenosti stvarnog stanja i suvremenih trendova razvoja s postojećim zakonskim propisima.

S obzirom da je dugoročna vanjskopolitička orijentacija Republike Hrvatske postati punopravnom članicom Europske Unije, Udruga viših medicinskih sestara predlaže nacrt Zakona o sestrinstvu u njegovom integralnom obliku. Ovaj nacrt Zakona odnosno budući Zakon ima svoje ustavno uporište i to u glavi III., članku 43., a naročito u članku 68. Ustava Republike Hrvatske.

Cilj i svrha donošenja Zakona

Cilj

Cilj donošenja ovog Zakona je usklađenje ustrojstva, djelovanja i kvalitete rada medicinskih sestara/tehničara u Republici Hrvatskoj sa onima u Europskoj Uniji.

Ovim Zakonom sestrinstvo će postati profesija sa svim pravima i odgovornostima koje profesija zdravstvenog djelatnika podrazumijeva.

Svrha

Svrha Zakona je reguliranje obrazovanja medicinskih sestara/tehničara te stjecanja potrebnih stručnih kvalifikacija i odobrenja za rad – licence.

Ovim Zakonom moći će se uspostaviti učinkovitiji nadzor nad kvalitetom i zakonitosti rada medicinskih sestara/tehničara.

Zakonom o sestrinstvu propisuje se osnivanje Hrvatske sestrinske komore kao krovne profesionalne odnosno stručne organizacije medicinskih sestara/tehničara u Republici Hrvatskoj koja će djelovati sukladno odredbama članka 174. i članka 175. Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Izmjene i dopune postojećih zakonskih propisa

Potrebno je što prije izvršiti promjene i usklađenje Zakona o zdravstvenoj zaštiti, odnosno onog njegovog dijela koji se odnosi na medicinske sestre/tehničare. Ove promjene trebalo bi donijeti što prije, a najkasnije u paketu s ovim Zakonom kako bi bili međusobno kompatibilni i kako bi se ovaj Zakon mogao temeljiti na Zakonu o zdravstvenoj zaštiti.

HRVATSKA UDRUGA VIŠIH MEDICINSKIH SESTARA

NACRT ZAKONA O SESTRINSTVU

Zagreb, prosinac 2002. godine

NACRT ZAKONA O SESTRINSTVU

I. TEMELJNE ODREDBE

Sadržaj Zakona

Članak 1.

Ovim se zakonom uređuje ustrojstvo i djelovanje medicinskih sestara i medicinskih tehničara (u daljnjem tekstu medicinska sestra/tehničar) kao najveće profesionalne grupacije u obavljanju zdravstvene djelatnosti, koja osigurava zdravstvenu zaštitu pojedincu i cjelokupnom pučanstvu.

Oblici djelovanja u obavljanju zdravstvene djelatnosti

Članak 2.

U obavljanju zdravstvene djelatnosti medicinske sestre/tehničari:

- djeluju samostalno,
- obvezno se udružuju u Hrvatsku sestrinsku komoru.

Zvanje i ovlasti medicinske sestre/tehničara

Članak 3.

Zvanjem medicinske sestre/tehničara smatra se izvođenje postupaka zdravstvene njege.

Medicinska sestra/tehničar je samostalni zdravstveni djelatnik ovlašten za provođenje postupaka zdravstvene njege, sa završenim studijem sestrinstva, položenim državnim (stručnim) ispitom, dodatnim obrazovanjem i specijalizacijom iz područja za koje je to potrebno te članstvom u nadležnoj komori.

Diplomirana medicinska sestra/tehničar je jedini profil zdravstvenih djelatnika koji je obrazovanjem osposobljen za samostalno planiranje i provođenje postupaka zdravstvene njege te nadziranje provođenja procesa zdravstvene njege.

Zdravstveni djelatnici koji rade na poslovima zdravstvene njege, a nemaju završen studij sestrinstva, mogu te poslove raditi samo pod nadzorom i rukovođenjem diplomirane sestre/tehničara.

Ovlaštenja medicinske sestre/tehničara

Članak 4.

Diplomirana medicinska sestra/tehničar s položenim državnim (stručnim) ispitom i registracijom u imeniku nadležne komore ima ovlaštenje za:

- 1) promatranje bolesnikovog stanja,
- 2) planiranje zdravstvene njege,
- 3) provođenje postupaka zdravstvene njege,
- 4) primjenu od liječnika ordinirane peroralne i parenteralne terapije
- 5) sudjelovanje u planiranju i provođenju medicinsko-tehničkih zahvata,
- 6) organiziranje i nadziranje provođenja zdravstvene njege,
- 7) prepoznavanje hitnih stanja i pružanje prve pomoći,
- 8) zdravstveni odgoj i edukaciju bolesnika,
- 9) procjenjivanje zdravstvenog stanja i rizika za zdravlje zdravih ili bolesnih pojedinaca i grupa,
- 10) promicanje zdravlja i zdravog načina življenja,
- 11) uspostavljanje i vođenje dokumentacije iz područja zdravstvene njege,
- 12) rukovođenje timom zdravstvene njege,
- 13) suradnju u multidisciplinarnom i interdisciplinarnom timu čiji je rad usmjeren rješavanju zdravstvenih problema i unapređenju zdravlja,
- 14) sudjelovanje, planiranje i organiziranje zdravstvene zaštite na svim razinama i izvan sustava zdravstvene zaštite,
- 15) unapređivanje kvalitete zdravstvene njege implementacijom najnovijih znanstvenih dostignuća
- 16) provođenje edukacije medicinskih sestara, tehničara i pomoćnog osoblja u zdravstvu,
- 17) provođenje istraživačkog rada na području zdravstvene njege i zdravstvene zaštite

Odgovornost u obavljanju postupaka zdravstvene njege

Članak 5.

Medicinska sestra/tehničar ima obvezu postupati sukladno znanstvenim spoznajama i stručno provjerenim metodama, koje odgovaraju suvremenim standardima za provođenje zdravstvene njege

Medicinska sestra/tehničar u obavljanju svog zvanja ima obvezu osobito:

- pridržavati se Kodeksa etike medicinskih sestara, odgovarajućih zakona, Statuta i drugih akata Hrvatske komore medicinskih sestara,
- suzdržati se svake aktivnosti ili djelatnosti koji su nespojivi s ugledom profesije medicinske sestre/tehničara.

Medicinska sestra/tehničar ima obvezu provoditi postupke koje odredi liječnik sve dok oni nisu u suprotnosti s etičkim načelima i dok ne prelaze propisane ovlasti određene stupnjem stečenih kvalifikacija i struke općenito.

Diplomirana medicinska sestra/tehničar samostalno odlučuje o sastavu tima zdravstvene njege za čiji rad stručno odgovara.

Zasnivanje, vođenje i čuvanje sestrinske dokumentacije

Članak 6.

Medicinska sestra/tehničar ima obvezu voditi točnu, iscrpnu i datiranu dokumentaciju, koja u svakom momentu može pružiti dovoljno podataka o stanju pacijenta i provedenim postupcima zdravstvene njege te istu na zahtjev predložiti nadležnoj komori, Ministarstvu zdravstva ili sudbenoj vlasti.

Osobe iz stavka 1. ovog članka dužne su čuvati navedenu dokumentaciju 10 (deset) godina nakon završenog liječenja, a nakon toga roka dužne su postupiti prema pozitivnim zakonskim propisima o čuvanju dokumentacije.

Odgovorna medicinska sestra ili medicinski tehničar, a u svojstvu rukovoditelja tima zdravstvene njege dužni su, na zahtjev pacijenta staviti mu na uvid svu dokumentaciju koja se odnosi na planirane i provedene postupke zdravstvene njege te mu nakon završenog procesa zdravstvene njege izdati ovjereni datirani dokument sa svim relevantnim podacima.

Profesionalna tajna

Članak 7.

Sve što medicinska sestra ili tehničar saznaju o pacijentu tijekom obavljanja procesa zdravstvene njege, a što ima veze s njegovim zdravstvenim stanjem, mora čuvati kao profesionalnu tajnu i može je otkriti, isključivo uz odobrenje pacijenta, (roditelja ili skrbnika za malodobne osobe), a u slučaju njegove mentalne nesposobnosti ili smrti uz odobrenje najbliže rodbine ili skrbnika.

Odavanjem profesionalne tajne ne smatra se:

- iznošenje podataka o pacijentu u svrhu znanstvenih istraživanja, predavanja ili publikacija, neodajući identitet pacijenta,
- davanje podataka za statističku obradu, neodajući identitet pacijenta,
- davanje podataka osiguravajućem zavodu i ostalim osiguravajućim društvima obveznog zdravstvenog osiguranja,
- davanje podataka istražnoj ili sudbenoj vlasti ukoliko bi tajenje podataka moglo utjecati na bit istražnog ili sudskog postupka ili naškoditi trećoj osobi,

- davanje podataka poslodavcu ukoliko bi neodavanje određenih podataka o pacijentu moglo ugroziti njegovu sigurnost na poslu, radnu sredinu ili druge osobe.

Zabranjeno je iznošenje podataka o pacijentu radi vlastite afirmacije ili upotrebe tih podataka u međusobnom natjecanju, posebno putem tiska i elektronskih medija.

Profesionalnu tajnu dozvoljeno je otkriti najužoj rodbini ili staratelju kada postoji opravdana sumnja ili opasnost da bi bolesnik svojim ponašanjem mogao ugroziti svoje ili tuđe zdravlje, imovinu ili život.

Pružanje i uskrata pružanja medicinske pomoći

Članak 8.

Medicinska sestra/tehničar dužna-an je pružiti medicinsku pomoć i provesti potrebne mjere zdravstvene zaštite u okviru svojih profesionalnih ovlasti svim osobama koje to zatraže ili sam-a procjeni da takva potreba postoji i na svakom mjestu gdje se zatekne bez odlaganja, a naročito u hitnim stanjima.

Hitnim stanjem smatra se ono stanje u kojem svako odlaganje pružanja pomoći može prouzročiti teže posljedice po zdravlje bolesnika, invalidnost ili čak smrt.

Medicinska sestra/tehničar može uskratiti pružanje medicinske pomoći kada stanje nije hitno niti po život opasno, a kada osoba kojoj je pomoć potrebna vrijeđa, prijeti i ponaša se nasilno prema njoj/njemu osobno ili ostalom zdravstvenom osoblju.

II. UVJETI ZA OBAVLJANJE ZVANJA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA

Opći uvjeti

Članak 9.

Opći uvjeti za obavljanje zvanja medicinske sestre/tehničara su:

- I. završen studij sestrinstva na jednoj od zakonom predviđenih visokoškolskih ustanova u Republici Hrvatskoj ili nostrificirana diploma odgovarajuće inozemne visokoškolske ustanove, a za samostalni rad položen državni (stručni) ispit,

- II. državljanstvo Republike Hrvatske, a za stranog državljanina radna dozvola za rad u Republici Hrvatskoj,
- III. upis u stalni ili privremeni registar pri nadležnoj komori te izdana dozvola za samostalni rad (licenca), osim za osobe čiji rad i boravak na teritoriju Republike Hrvatske imaju privremeni karakter kao u točki IV. ovog članka,
- IV. znanje hrvatskog jezika (osim za poslove za čije obavljanje nije nužna komunikacija sa bolesnikom, a imaju privremeni karakter - predavači, konzultanti, instruktori).

III. OBRAZOVANJE MEDICINSKIH SESTARA I MEDICINSKIH TEHNIČARA

Medicinska sestra/tehničar – pripravnik

Članak 10.

Osoba koja je stekla diplomu studija sestrinstva jedne od visokoškolskih ustanova u skladu s propisima Republike Hrvatske stječe naziv diplomirana medicinska sestra / tehničar – pripravnik.

Osoba iz stavka 1. ovog članka može provoditi zdravstvenu njegu samo pod nadzorom.

Nadzor nad radom medicinske sestre/tehničara pripravnika može provoditi samo diplomirana medicinska sestra/tehničar s propisanim odobrenjem za samostalan rad (licencom).

Pripravnički staž

Članak 11.

Medicinska sestra/ tehničar sa završenim studijem sestrinstva zapošljava se kao pripravnik. Pripravnička mjesta u ovlaštenim ustanovama, određuje ministar zdravstva na temelju godišnjeg plana i na prijedlog Hrvatske sestrinske komore.

Pripravnički staž za medicinske sestre/tehničare traje godinu dana a obavlja se pod nadzorom mentora kojeg imenuje ministar zdravstva na prijedlog Hrvatske sestrinske komore.

Sadržaj pripravničkog staža određuje ministar zdravstva na prijedlog Hrvatske komore medicinskih sestara i tehničara.

Financiranje pripravničkog staža se osigurava iz državnog proračuna.

Nakon završenog pripravničkog staža medicinska sestra/ tehničar polaže državni (stručni) ispit pred komisijom koju imenuje ministar zdravstva na prijedlog Hrvatske sestrinske komore.

Dodatna stručna usavršavanja i specijalizacije

Članak 12.

Medicinska sestra/tehničar sa položenim stručnim (državnim) ispitom i redovitim članstvom u nadležnoj komori, može se specijalizirati za određeno područje zdravstvene njege, sukladno članku 121. i članku 122. Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Medicinskoj sestri/tehničaru kao specijalistički staž može se priznati cjelokupno vrijeme ili dio vremena provedenog na poslovima koji po karakteru odgovaraju programu specijalizacije (sudjelovanje u znanstveno - istraživačkom radu, rad na poslovima predavača iz područja zdravstvene njege i zdravstvene zaštite, poslijediplomski studij).

Vrijeme iz stavka 2. ovog članka, a sukladno članku 123., stavak 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, svojim rješenjem utvrđuje ministar zdravstva.

Nakon završenog specijalističkog staža polaže se specijalistički ispit.

Sadržaj i postupak obavljanja stručnih usavršavanja i specijalizacije

Članak 13.

Sadržaj pojedinih specijalizacija pripremaju timovi stručnjaka s područja zdravstvene njege i visokoškolske ustanove, a donosi nadležna komora.

Sadržaj, broj, vrstu i trajanje specijalizacija te postupak obavljanja specijalističkih ispita i imenovanje ispitne komisije utvrđuje se posebnim pravilnikom o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara/tehničara, koji na prijedlog nadležne komore donosi ministar zdravstva.

Financiranje stručnih usavršavanja i specijalizacija

Članak 14.

Financiranje stručnih usavršavanja i specijalizacija za potrebe javne zdravstvene mreže osigurava se iz doprinosa zdravstvenog osiguranja.

Financiranje stručnih usavršavanja i specijalizacija za potrebe privatne zdravstvene ustanove osigurava se iz vlastitih sredstava ustanove.

Odobrovanje stručnih usavršavanja i specijalizacija

Članak 15.

Specijalizacije i stručna usavršavanja medicinskih sestara/tehničara zaposlenih u zdravstvenim ustanovama, privatnim zdravstvenim ustanovama i svim ostalim ustanovama sukladno članku 122., stavak 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, odobrava ministar zdravstva uz prethodnu suglasnost nadležne komore, a na temelju javnog natječaja, te godišnjeg plana specijalizacija prema jedinstvenim kriterijima za Republiku Hrvatsku sukladno potrebama javno zdravstvene službe i financijskim sredstvima.

Specijalizacije za privatne ustanove odobrava ministar zdravstva uz suglasnost nadležne komore.

Medicinske sestre/tehničari specijalizanti smiju obavljati službu samo pod vodstvom i uz odgovornost glavnog mentora, odnosno mentora svakog određenog segmenta specijalizacije. Za rad medicinske sestre/tehničara specijalizanta odgovoran je mentor.

Priznavanje specijalizacije

Članak 16.

Nadležna komora može uz prethodno mišljenje, za to posebno imenovanog tima stručnjaka, u cijelosti ili djelomično priznati specijalizaciju, koja je obavljena u inozemstvu, ukoliko program specijalističkog staža provedenog u inozemstvu bitno ne odstupa od programa u Republici Hrvatskoj.

Mentori

Članak 17.

Mentora imenuje ministar zdravstva na prijedlog zdravstvene ustanove, odnosno medicinske sestre/tehničara koji obavlja privatnu praksu uz prethodnu suglasnost nadležne komore.

Obveze mentora

Članak 18.

Obveze mentora su:

- da vodi stručno usavršavanje medicinske sestre/tehničara za vrijeme pripravničkog staža ili specijalizacije sukladno programu i znanstvenim spoznajama te stručno provjerenim metodama,
- da pruža stručnu pomoć medicinskoj sestri/tehničaru na pripravničkom stažu ili specijalizaciji u području za koje je odgovoran,
- da bude primjer stručnog i etičkog ponašanja u odnosu prema pacijentu i kolegicama/kolegama te drugim osobama s kojima dolazi u kontakt tijekom rada,
- vodi podatke o stručnom usavršavanju medicinske sestre/tehničara i redovito ih dostavlja nadležnoj komori.

Uvjeti rada i naknada za rad mentora

Članak 19.

Mentor ima pravo na odgovarajuće uvjete i naknadu za obavljanje dužnosti mentora.

Mentor može odbiti rad s medicinskom sestrom/tehničarom kada unatoč opomeni ne obavlja ili nemarno obavlja program stručnog usavršavanja.

Uvjete za rad i naknadu za obavljanje mentorstva utvrdit će uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležne komore ministarstvo zdravstva.

Ovlaštene ustanove za stručno usavršavanje medicinskih sestara/tehničara

Članak 20.

Za obavljanje pripravničkog staža, stručno usavršavanje i specijalizaciju mogu biti ovlaštene zdravstvene ustanove koje posluju u skladu s člankom 33. Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Ovlaštenje zdravstvenim ustanovama za obavljanje pripravničkog staža, stručnih usavršavanja i specijalizacija dodjeljuje uz prethodno mišljenje nadležne komore ministar zdravstva.

Uvjeti i postupak izdavanja ovlaštenja reguliraju se posebnim aktima koje na prijedlog nadležne komore donosi ministar zdravstva.

Ovlaštene ustanove koji obavljaju privatnu praksu obvezni su izvijestiti nadležnu komoru i ministarstvo zdravstva o:

- broju uposlenih pripravnika,
- broju mentora,
- broju upražnjenih mjesta za stručno usavršavanje medicinskih sestara/tehničara,
- o prijedlogu za popunjavanje upražnjenih mjesta za izobrazbu te potencijalne mentore.

Dodatna znanja i kvalifikacije

Članak 21.

Medicinska sestra/tehničar nakon završenog dodatnog usavršavanja i specijalizacije može steći dodatne kvalifikacije za obavljanje posebnih medicinsko-tehničkih vještina, postupaka zdravstvene njege i poslova organizacije rada medicinskih sestara/tehničara i pomoćnog osoblja u zdravstvu.

Uvjeti i način stjecanja takvih kvalifikacija te ovlasti koje iz njih proističu donosi nadležna komora na prijedlog odgovarajućeg stručnog društva.

Trajno usavršavanje

Članak 22.

Medicinska sestra/tehničar nakon završenog pripravničkog staža, specijalizacije i dodatnog usavršavanja ima obvezu za vrijeme obavljanja zvanja, trajno se usavršavati prema pravilniku o trajnom usavršavanju nadležne komore.

Stručni nazivi

Članak 23.

Medicinska sestra/tehničar sukladno svom obrazovanju, specijalizacijama i drugim oblicima stručnog usavršavanja stječe i koristi odgovarajući naziv.

Stručni nazivi regulirani su posebnim zakonskim propisima, a promicanje u stručni naziv, uz suglasnost ministra zdravstva vrši nadležno tijelo Hrvatske sestrinske komore.

IV. HRVATSKA SESTRINSKA KOMORA

Opće odredbe

Članak 24.

Hrvatska sestrinska komora se osniva radi osiguranja visoke profesionalne razine sestrinstva, zaštite ugleda i interesa medicinskih sestara/tehničara.

Osnivač Komore je Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, profesionalne sestrinske Udruge i visokoškolske Ustanove za obrazovanje medicinskih sestara. Sjedište Komore je u Zagrebu.

Medicinske sestre i medicinski tehničari se obvezatno udružuju u Hrvatsku sestrinsku komoru kao samostalnu i neovisnu organizaciju sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlaštenjima.

Medicinska sestra/tehničar može započeti sa samostalnim radom nakon upisa u imenik Komore i ishođenja odobrenja za samostalan rad (licencu).

Komora predstavlja medicinske sestre i tehničare Republike Hrvatske kao cjelinu u zemlji i inozemstvu.

Medicinska sestra/tehničar kod učlanjenja u Komoru pri uručanju dozvole za samostalan rad polaže pred predsjednikom Komore svečanu prisegu koju donosi skupština Komore.

Obveza članstva

Članak 25.

Članstvo u Hrvatskoj komori medicinskih sestara i tehničara je obvezno za sve medicinske sestre i tehničare, koji na području Republike Hrvatske rade i imaju potrebno odobrenje za samostalan rad (licencu).

Dobrovoljno članstvo

Članak 26.

Članstvo u Hrvatskoj komori je dobrovoljno za medicinske sestre/tehničare:

- koji obavljaju djelatnost izvan Republike Hrvatske, a u Republici Hrvatskoj imaju boravište;
- koji su u mirovini;
- koji su nezaposleni.

Poslovi komore

Članak 27.

Komora obavlja slijedeće poslove:

- 1) Vodi imenik medicinskih sestara i tehničara za područje Republike Hrvatske.
- 2) Izdaje, obnavlja i oduzima odobrenje za samostalni rad (licencu).
- 3) Planira, prati i nadzire pripravnički staž, specijalizacije i dodatna osposobljavanja, određuje uvjete i predlaže imenovanje mentora.
- 4) Obavlja stručni nadzor s izdavanjem mišljenja.
- 5) Utvrđuje minimalne cijene zdravstvenih usluga za privatnu praksu medicinskih sestara/tehničara i regulira isticanje i obznajivanje njihova rada.
- 6) Daje mišljenje za otvaranje privatne prakse.
- 7) Čuva i unapređuje društveni položaj i dignitet medicinskih sestara/tehničara.
- 8) Nadzire i organizira u suradnji s visokoškolskim ustanovama te stručnim medicinskim društvima, trajno usavršavanje za razvoj kvalitete zdravstvene njege.
- 9) Donosi Kodeks etike medicinskih sestara/tehničara te prati i nadzire njegovo provođenje i sankcionira njegovo kršenje.
- 10) Daje prijedloge i stručna mišljenja kod pripreme propisa od utjecaja na razvoj struke, zdravstvene zaštite i pružanja zdravstvene njege.
- 11) Sudjeluje pri utvrđivanju standarda i normativa zdravstvenih usluga.
- 12) Zastupa medicinske sestre/tehničare kod sklapanja ugovora s HZZO-om i drugim osiguravajućim društvima u pogledu

vrednovanja njihova rada i učešća toga rada u formiranju cijena zdravstvenih usluga.

13) Izrađuje i predlaže mrežu javno zdravstvene djelatnosti u Republici Hrvatskoj i daje mišljenja za otvaranje ili zatvaranje zdravstvenih ustanova javne zdravstvene djelatnosti.

14) Obavlja i druge zadaće u skladu sa Zakonom.

Opći akti Komore

Članak 28.

Skupština Komore donosi Statut Komore i druge akte Komore.

Statutom se uređuju organizacija Komore, ustrojstvo i tijela Komore, način njihova izbora i djelovanja, disciplinski postupak za utvrđivanje povreda dužnosti i ugleda medicinskih sestara/tehničara, tijela za pokretanje i vođenje disciplinskog postupka te druga pitanja značajna za medicinske sestre i tehničare.

Statut Komore objavljuje se u «Narodnim novinama».

Javne ovlasti Hrvatske sestrinske komore

Članak 29.

Hrvatska sestrinska komora obavlja poslove u skladu s odredbama ovog Zakona i statuta Komore.

Poslovi vođenja imenika medicinskih sestara/tehničara, izdavanja, obnavljanja i oduzimanja odobrenja za samostalan rad, obavljanja stručnog nadzora i savjetovanja, poslovi vezani uz stručna usavršavanja i specijalizacije, te utvrđivanje cijena usluga i načina isticanja naslova privatne prakse i zdravstvenih ustanova predstavljaju poslove javnih ovlasti.

Poslovi navedeni u čl. 23., točka 1 do 6, a koje Komora obavlja kao javne ovlasti, osim izvanrednog stručnog nadzora, financiraju se iz sredstava proračuna Republike Hrvatske.

Suradnja komore s državnim tijelima

Članak 30.

Komora obavještava Hrvatski Sabor te nadležna tijela jedinica lokalne samouprave, po vlastitom poticaju ili na njihov zahtjev o stanju i problemima sestrinstva i o mjerama koje bi trebalo poduzeti radi unapređenja sestrinstva te unapređenja zdravstvene zaštite građana.

Komora surađuje s državnim tijelima i tijelima lokalne samouprave u rješavanju pitanja značajnih za ostvarivanje zadataka i rješavanje problema sestrinstva.

Komora surađuje s drugim komorama zdravstvenih djelatnika, visokoškolskim ustanovama, udrugama medicinskih sestara/tehničara u zemlji i inozemstvu.

Praćenje rada Komore i sestrinstva

Članak 31.

Ministar zdravstva prati rad Komore, medicinskih sestara/tehničara i uvjete za njihov rad i radi toga može od Komore tražiti odgovarajuća izvješća i podatke, vodeći računa o samostalnosti sestrinstva.

Suradnja Komore s drugim državnim tijelima

Članak 32.

Dužnost je policije, državnog odvjetništva i sudova da u svim postupcima koji se vode protiv medicinskih sestara/tehničara o tome odmah obavijeste Ministarstvo zdravstva i Komoru.

Dužnost je Komore da izvijesti Ministarstvo zdravstva i tijela iz stavka 1. ovoga članka o svim postupcima koji se vode protiv medicinskih sestara/tehničara, a koji imaju elemente kaznenog djela.

Tijela Komore

Članak 33.

Ustrojstvo i tijela Komore te njihov sastav, način izbora, prava i dužnosti tijela Komore uređuju se Statutom i drugim općim aktima Komore.

Kodeks etike medicinskih sestara/tehničara

Članak 34.

Skupština Komore donosi etički kodeks medicinskih sestara i tehničara.

Kodeks utvrđuje načela i pravila kojih se medicinske sestre i tehničari moraju pridržavati pri obavljanju svog zvanja.

Financiranje Komore

Članak 35.

Prihodi Komore su: upisnina, članarina i drugi prihodi ostvareni djelatnošću Komore.

Plaćanje članarine

Članak 36.

Medicinska sestra/tehničar ima obvezu uredno plaćati članarinu i podmirivati druge obveze prema Komori, a koje odredi skupština Komore i koje su u skladu sa Statutom.

Fondovi osiguranja

Članak 37.

Komora može samostalno ili u suradnji s komorama drugih zdravstvenih djelatnika osnivati osiguravajuće fondove za osiguranje djelatnosti medicinskih sestara/tehničara, osiguravajući time sestrinsku djelatnost, privatnu sestrinsku praksu i druge oblike osobnog i materijalnog osiguranja medicinskih sestara/tehničara.

Fondovi pomoći članovima Komore

Članak 38.

Komora svojim sredstvima može osnivati fondove za pomoć medicinskim sestrama/tehničarima ili članovima njihove uže obitelji, koji bez svoje krivnje dopiju u položaj socijalne ili zdravstvene ugroženosti, prema kriterijima koje odredi Skupština Komore. Ova problematika regulira se posebnim pravilnikom.

V. UPIS MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA U IMENIK HRVATSKE SESTRINSKE KOMORE

Opći uvjeti

Članak 39.

Medicinska sestra/tehničar može započeti s radom nakon upisa u imenik Komore i ishođenja odobrenja za samostalan rad (licenca).

Upis u imenik pri nadležnoj komori se obavlja na pisani zahtjev medicinske sestre/tehničara koji udovoljava uvjetima propisanim odredbom čl. 8., točka 1. i 2. ovoga Zakona.

Sadržaj imenika

Članak 40.

Imenik se vodi u elektroničkom obliku i mora sadržavati:

- redni broj u imeniku – (registarski broj medicinske sestre/tehničara),
- područno sjedište prema mjestu rada medicinske sestre/tehničara,
- ime i prezime,
- ime oca i djevojačko prezime,
- spol,
- JMBG,
- nacionalnost,
- državljanstvo,
- datum i mjesto rođenja (grad, općina i država),
- mjesto, datum diplomiranja i broj diplome,
- klasa, ur. broj i datum uvjerenja o položenom državnom ispitu,
- datum i broj uvjerenja o položenom specijalističkom ispitu,
- poslijediplomski studij (broj i datum uvjerenja),

- akademski stupanj:
 - magisterij znanosti (broj i datum),
 - doktorat znanosti (broj i datum),
- znanstveno zvanje,
- nastavno zvanje,
- znanje stranih jezika,
- članstvo u domaćim i stranim stručnim udrugama, društvima, akademija i sl.,
- priznanja i nagrade,
- pravomoćno izrečene disciplinske mjere nadležne komore,
- pravomoćno izrečene kazne redovnih sudova,
- vođenje istražnog postupka pred redovnim sudom,
- mjesto stanovanja (županija, grad, poštanski broj, ulica, kućni broj, telefon),
- za zaposlene u zdravstvenoj ustanovi: naziv, grad, ulica, broj, telefon, fax, ustrojstvena jedinica, radno mjesto,
- za rad u privatnoj praksi: naziv, klasa i ur. broj te datum rješenja o otvaranju privatne prakse, grad, ulica, broj, telefon, fax, za rad u timu ime i prezime i radno mjesto uposlenog zdravstvenog djelatnika,
- ukupno radno iskustvo,
- radno iskustvo u struci,
- datum odlaska u mirovinu,
- datum smrti,

Posebni upisnici

Članak 41.

Nadležna komora može prema potrebi uvesti posebne upisnike za medicinske sestre/tehničare pripravnike, specijalizante i specijaliste.

Posebni upisnik može se uvesti i za posebne osposobljenosti medicinskih sestara/tehničara te disciplinski upisnik.

Iskaznica medicinske sestre/tehničara

Članak 42.

Medicinskoj sestri/tehničaru upisanoj-om u imenik nadležne komore izdaje se iskaznica sa slikom.

Sadržaj, oblik i tekst iskaznice utvrđuje nadležna komora posebnim pravilnikom, koji se objavljuje u «Narodnim novinama».

Brisanje iz imenika

Članak 43.

Brisanje iz imenika medicinskih sestara/tehničara obavlja se:

- na zahtjev medicinske sestre/tehničara,
- na zahtjev suda Komore,
- smrću.

VI. IZDAVANJE, OBNAVLJANJE I ODUZIMANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA

Izdavanje odobrenja za samostalan rad

Članak 44.

Medicinskoj sestri/tehničaru upisanoj-om u imenik, Hrvatska sestrinska komora će izdati Odobrenje za samostalan rad (licencu).

Odobrenje za samostalan rad medicinske sestre/tehničara (licenca) je javna isprava, kojom se dokazuje stručna osposobljenost medicinske sestre/tehničara za samostalno provođenje procesa zdravstvene njege na području Republike Hrvatske.

Odobrenje za samostalan rad se izdaje na vrijeme od šest godina. Medicinska sestra/tehničar koja-i duže od 6 godina nije radio-la u svojoj struci, prije izdavanja dozvole za samostalan rad obvezno mora proći provjeru znanja kod nadležne komore.

Vrsta odobrenja

Članak 45.

Za medicinske sestre/tehničare - pripravnike nakon položenog državnog (stručnog) ispita i za medicinske sestre/tehničare na specijalizaciji izdaje se odobrenje za samostalni rad bez naznake specijalizacije. Za medicinske sestre/tehničare koji osim uvjeta iz točke 1. ovog Zakona imaju završenu specijalizaciju za određeno područje izdaje se odobrenje za područje specijalizacije za koju ima stručnu osposobljenost.

Uvjeti, način i postupak izdavanja odobrenja

Članak 46.

Nadležna komora propisuje uvjete, način i postupak izdavanja, obnavljanja i oduzimanja odobrenja za samostalan rad medicinskih sestara/tehničara.

Obnova odobrenja za samostalni rad

Članak 47.

Medicinska sestra/tehničar ima obvezu stručno se usavršavati i svakih šest godina proći provjeru stručnosti radi obnavljanja odobrenja za samostalan rad (licence).

Provjera stručnosti provodi se vrednovanjem stručnog usavršavanja ili provjerom znanja, sukladno odredbama pravilnika Hrvatske sestrinske komore o stručnom usavršavanju medicinskih sestara/tehničara.

Oduzimanje odobrenja

Članak 48.

Komora može medicinskoj sestri/tehničaru privremeno ili trajno oduzeti odobrenje za samostalan rad.

Odobrenje se privremeno oduzima na vrijeme do godinu dana, odnosno za vrijeme trajanja razloga radi kojih je oduzeto odobrenje.

Odobrenje se oduzima privremeno:

- ako medicinska sestra/tehničar ne položi ispit provjere znanja ili ne pristupi provjeri znanja te je upućen-a na dodatno stručno usavršavanje,
- ako medicinska sestra/tehničar ne položi ponovnu provjeru znanja,
- ako se utvrdi da medicinska sestra/tehničar svojim radom ugrožava zdravlje i život bolesnika,
- ako je medicinskoj sestri/tehničaru odlukom suda nadležne komore, pravomoćnom odlukom redovnog suda ili odlukom drugog tijela privremeno zabranjeno obavljanje sestrinske prakse,
- ako medicinska sestra/tehničar obavlja poslove zdravstvene zaštite suprotno zakonskim propisima,
- ako medicinska sestra/tehničar obavlja zdravstvenu djelatnost u privatnoj praksi bez rješenja o odobrenju za rad nadležne komore,
- ako se utvrdi da medicinska sestra/tehničar iz drugih razloga ne ispunjava uvjete za obavljanje zdravstvene djelatnosti.

Odobrenje se oduzima trajno:

- ako je medicinskoj sestri/tehničaru odlukom suda nadležne komore, pravomoćnom sudskom odlukom ili odlukom drugog tijela trajno zabranjeno obavljanje zdravstvene djelatnosti.

VII. OBAVLJANJE ZVANJA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA

Medicinska sestra/tehničar zaposlenik i privatnik

Članak 49.

Medicinska sestra/tehničar može obavljati zvanje kao zaposlenik ili kao privatnik.

Medicinska sestra/tehničar obavlja zvanje kao zaposlenik u ustanovi javno zdravstvene službe, u sustavu državne uprave (vojska, policija, pravosuđe), ustanovama socijalne skrbi i drugim pravnim osobama kao što su lječilišta, hoteli (zdravstveni turizam) i kod privatnika.

Medicinska sestra/tehničar obavlja zvanje kao privatnik u vlastitoj ustanovi, u unajmljenom prostoru drugog privatnika, druge pravne osobe ili ustanove javno zdravstvene službe.

Obveza prijavljivanja

Članak 50.

Medicinska sestra/tehničar ima obvezu, kad u obavljanju svoga rada utvrdi, da je kaznenim dijelom prouzročena smrt ili teška tjelesna ozljeda čovjeka ili da je mučenjem ili zapuštanjem malodobne ili nemoćne osobe, ona bila tjelesno povrijeđena ili joj je oštećeno njezino zdravstveno stanje, o tome odmah podnijeti prijavu policiji ili državnom odvjetništvu.

Obavljanje zvanja medicinske sestre/tehničara

Članak 51.

Medicinska sestra/tehničar može samostalno obavljati svoje zvanje u skladu sa stupnjem obrazovanja, specijalizacijama i drugim oblicima stručne osposobljenosti te odobrenjem za rad (licencom) izdanim od nadležne komore.

Iznimno od odredaba iz prethodnog stavka medicinska sestra/tehničar može obavljati i one poslove zdravstvenog zbrinjavanja za koje nema potrebno odobrenje, specijalizaciju ili stručnu osposobljenost i to:

- I. u kriznim situacijama i hitnim slučajevima kada bi izostanak takvog zbrinjavanja ugrozio zdravlje ili život čovjeka,
- II. kada je onemogućeno obavljanje redovite zdravstvene zaštite, a medicinska sestra/tehničar je jedini dostupni profil zdravstvenih djelatnika koji je može pružiti.

Sustav javne zdravstvene službe

Članak 52.

Sustav javne zdravstvene službe obuhvaća zdravstvene ustanove nacionalne zdravstvene službe i ugovorne privatne ordinacije, grupne prakse i zdravstvene ustanove koje zaključuju ugovor s HZZO-om.

Sustav državne uprave

Članak 53.

Medicinske sestre/tehničari svoje zvanje obavljaju izvan sustava javne zdravstvene službe i to kao zaposlenici u organima, organizacijama i tijelima državne uprave kao što je Ministarstvo obrane, Ministarstvo unutrašnjih poslova, Ministarstvo pravosuđa, Ministarstvo prosvjete i sporta (jaslice i vrtići).

Ustanove socijalne skrbi

Članak 54.

Medicinske sestre/tehničari svoje zvanje obavljaju izvan sustava javne zdravstvene službe kao zaposlenici u ustanovama socijalne skrbi kao što su domovi umirovljenika, domovi za djecu i mladež, ustanove za osobe s posebnim potrebama i poremećajem u razvoju i sl.

Obavljanje privatne prakse

Članak 55.

Medicinska sestra/tehničar može obavljati djelatnost zdravstvene njege i izvan mreže javne zdravstvene službe, sukladno članku 127. i stavku 5. članka 131. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, kao privatnik.

Diplomirana medicinska sestra/tehničar koji-a namjerava otvoriti privatnu praksu ili ustanovu dužna-an je prethodno zatražiti mišljenje nadležne komore navodeći točno sjedište, opis, vrstu i opseg djelatnosti i radno vrijeme.

Zahtjev za obavljanje privatne prakse, sukladno članku 129. Zakona o zdravstvenoj zaštiti podnosi se ministru zdravstva koji rješenjem odobrava rad.

Medicinska sestra/tehničar u obavljanju zvanja u privatnoj praksi ima obvezu pridržavati se odredaba članka 135. Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Način isticanja naslova privatne ustanove ili prakse

Članak 56.

Način isticanja naslova na sjedištu privatne ustanove prakse kao i obavještanje javnosti o njihovom radu uređuje nadležna komora.

Prestanak obavljanja privatne prakse

Članak 57.

Ukoliko medicinska sestra/tehničar prestane s obavljanjem privatne prakse, ima obvezu dostaviti svu sestrinsku dokumentaciju medicinskoj sestri/tehničaru, koji će uz suglasnost nadležne komore preuzeti obavljanje njene/njegove prakse.

Ukoliko medicinska sestra/tehničar do prestanka privatne prakse zbog napuštanja ili smrti nije odredio-la nasljednika, nadležna komora će imenovati privremenog upravitelja zdravstvene dokumentacije.

Pravo na obavljanje privatne prakse prestaje sukladno odredbama članka 137. Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

VIII. PRAVA I OBEZE MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA U OBAVLJANJU ZVANJA

Oblik obavljanja zvanja

Dežurstvo

Članak 58.

Dežurstvo je poseban oblik rada, kada medicinska sestra/tehničar mora obavljati poslove organiziranja i provođenja zdravstvene njege nakon redovitog radnog vremena.

Naknada za rad u dežurstvu plaća se u paušalnom iznosu i ulazi u mirovinsku osnovicu.

Medicinska sestra/tehničar sa navršених 55 godina života, majka s malim djetetom do 3 godine i samohrani roditelj u pravilu nisu dužni obavljati dežurstvo, osim privremeno kada je to zbog djelatnosti i organizacije zdravstvene zaštite neophodno.

Prispravnost

Članak 59.

Prispravnost je poseban oblik rada, kada medicinska sestra/tehničar ne mora biti nazočan-na na radnom mjestu u ustanovi, ali mora biti dostupan-na da se na poziv iz ustanove odmah odazove i pristupi organizaciji i provođenju zdravstvene njege.

Naknada za rad u pripravnosti plaća se u paušalnom iznosu i ulazi u mirovinsku osnovicu.

Hitna medicinska služba

Članak 60.

Hitna medicinska služba obuhvaća hitne medicinske postupke, čije bi nepružanje u kratkom vremenu ostavilo trajne posljedice ili ugrozilo život bolesnika.

Medicinska sestra/tehničar ima obvezu uvijek i svuda pružiti hitnu medicinsku pomoć u okvirima koje određuje zvanje, stupanj obrazovanja, specijalizacije i druge vrste osposobljenosti i iskustvo.

Medicinska sestra/tehničar ne smije uvjetovati pružanje hitne medicinske pomoći s prethodnim osiguranjem plaćanja zdravstvene usluge.

Dužnost uključivanja u hitnu medicinsku službu

Članak 61.

Medicinska sestra/tehničar koji obavlja zdravstvenu djelatnost u okviru mreže javne zdravstvene djelatnosti, mora se uključiti u program pružanja hitne medicinske pomoći u slučaju kada za to postoji neodgodiva potreba.

Nužna medicinska oprema i pomagala

Članak 62.

Medicinska sestra/tehničar mora sukladno znanstvenim spoznajama i provjerenim stručnim metodama s obzirom na svoju djelatnost i uvjete određenog područja, imati na raspolaganju nužnu medicinsku opremu i pomagala s kojima će obavljati zdravstvenu djelatnost i provoditi hitne medicinske postupke u okvirima svoje profesije i stručne osposobljenosti.

Popis nužnih medicinskih pomagala i opreme iz stavka 1. ovoga članka propisuje nadležna komora.

Zabrana napuštanja radnog mjesta

Članak 63.

Zaposlena medicinska sestra/tehničar ne može napustiti radno mjesto dok ne dobije zamjenu, iako je njeno-govo radno vrijeme isteklo.

Napuštanje radnog mjesta iz stavka 1. ovoga članka predstavlja težu povredu radne dužnosti.

Obavljanje djelatnosti za vrijeme štrajka

Članak 64.

Za vrijeme štrajka, medicinska sestra/tehničar ima obvezu bolesniku pružati hitnu medicinsku pomoć, a isto tako nastaviti skrbiti o vitalno ugroženim bolesnicima kao i bolesnicima čije stanje ne trpi izostanak pružanja zdravstvene njege.

Međusobni odnosi medicinske sestre/tehničara i bolesnika

Članak 65.

Medicinska sestra/tehničar ima obvezu upoznati bolesnika s načinom provođenja dijagnostičkih i terapijskih postupaka te postupaka zdravstvene njege u zoni svoje profesionalne odgovornosti.

Medicinska sestra/tehničar ne smije odlučivati bez pristanka bolesnika (odnosno pristanka roditelja ili skrbnika za osobe koje su mlađe od 18 godina), kao i najbliže rodbine kada bolesnik nije sposoban za odlučivanje iz razloga što nije pri svijesti ili nije u stanju donositi odluke.

Odluke bez pristanka bolesnika, roditelja, skrbnika ili najbliže rodbine iz prethodnog stavka mogu se donositi jedino u hitnim slučajevima kada bi nepoduzimanje medicinsko-tehničkih postupaka i postupaka zdravstvene njege nanijelo zdravstvenu štetu bolesniku.

Izuzetak od profesionalne odgovornosti

Članak 66.

Medicinska sestra/tehničar nije odgovorna-an za tijek liječenja bolesnika kada bolesnik:

- 1) svjesno navodi neistinite podatke o svom zdravstvenom stanju,
- 2) svjesno ne postupi sukladno zdravstvenim uputama medicinske sestre/tehničara,
- 3) namjerno ili iz nehata dovede do pogoršanja svog stanja.

Priziv savjesti

Članak 67.

Medicinska sestra ima pravo na priziv savjesti, ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život bolesnika. O svojoj odluci mora pravovremeno izvijestiti svoga pretpostavljenog, odnosno poslodavca.

Međusobni odnosi medicinskih sestara/tehničara

Članak 68.

Medicinska sestra/tehničar svojim ponašanjem i postupcima ima obvezu poštivati ljudski i moralni dignitet druge medicinske sestre/tehničara.

Medicinska sestra/tehničar je dužna-an prema drugoj-om medicinskoj sestri/tehničaru odnositi se časno i poštivati njenu-govu osobnost, uvažavati njenu-govu stručnost i službeni položaj.

IX. OSIGURANJE KVALITETE PRUŽENE ZDRAVSTVENE USLUGE

Stručno usavršavanje

Članak 69.

Medicinska sestra/tehničar ima pravo i obvezu na stručno usavršavanje, koje obuhvaća:

- I. kontinuirano praćenje razvoja medicinskih znanosti, a poglavito zdravstvene njege,
- II. stjecanje novih spoznaja.

Poslodavac je obavezan omogućiti medicinskoj sestri/tehničaru stručno usavršavanje i platiti troškove stručnog usavršavanja, i to najmanje u opsegu, koje mu osigurava obnavljanje odobrenja za samostalan rad bez provjere znanja.

Nadzor

Članak 70.

Nadzor nad radom medicinskih sestara/tehničara provodi se sukladno odredbama glave 13. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i odredbama ovog Zakona.

Nadzor obavljaju:

- zdravstvena inspekcija Ministarstva zdravstva,
- tijela nadležne komore,
- unutarnja tijela i ovlašteni pojedinci u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama.

Etički i stručni nadzor rada medicinskih sestara/tehničara

Članak 71.

Nadležna komora obavlja etički i stručni nadzor nad radom medicinskih sestara/tehničara, jamčeći na taj način obavljanje sestrinskog zvanja u okvirima zakonom propisane zdravstvene zaštite i ostvarivanja prava bolesnika.

Nadzor nad etičkom i stručnom kvalitetom obavljanja sestrinskog zvanja nadležna komora obavlja putem statutom određenog povjerenstva i svog disciplinskog tijela.

Nadzor se osigurava istražnim i ekspertnim postupcima i može rezultirati:

- savjetima za održavanje ili poboljšanje kvalitete sestrinskog zvanja,
- disciplinskim mjerama propisanim aktima Hrvatske sestrinske komore.

Obavljanje nadzora

Članak 72.

Nadležna komora obavlja nadzor na temelju:

1. - dostavljenih informacija ili pritužbi,
2. - zahtjeva dostavljenih od strane ministra zdravstva ili drugih državnih tijela izvršne ili sudbene vlasti,
3. - saznanja dobivenih putem javnih medija,
4. - planiranih i povremenih kontrola rada medicinskih sestara/tehničara u obavljanju zdravstvene zaštite u svim oblicima i organizacijskim tipovima službi navedenih u članku 49. ovog Zakona.

Suradnja nadležne komore i inspekcije ministarstva zdravstva

Članak 73.

Nadležna komora u vršenju nadzora nad obavljanjem sestrinskog zvanja surađuje sa zdravstvenom inspekcijom Ministarstva zdravstva, te joj redovito dostavlja sva saznanja o manjkavostima organizacije zdravstvene službe, prostornih kapaciteta, kadrovskih potencijala ili potrebne opreme.

Osiguranje od odgovornosti

Članak 74.

Medicinska sestra/tehničar koja/koji pruža zdravstvenu uslugu, mora se osigurati od odgovornosti za štetu, koja može nastati prilikom obavljanja zdravstvene djelatnosti. Zaposleni medicinsku sestru/tehničara obavezan je osigurati poslodavac, a medicinska sestra/tehničar privatnica-ik ima se obvezu sama/sam osigurati.

Nadležna komora, određuje najniži iznos za osiguranje od odgovornosti ovisno o opsegu zdravstvene zaštite koju medicinska sestra/tehničar pruža svojim radom.

Cijena rada medicinske sestre/tehničara u javno zdravstvenoj djelatnosti, sustavu državne uprave, socijalne skrbi i predškolskim ustanovama

Članak 75.

Cijena rada medicinskih/sestara uključena u pojedinu zdravstvenu uslugu naziva se sestrinskom tarifom. Sestrinska tarifa se određuje na temelju vrednovanja rada medicinskih sestara/tehničara te normativom predviđenog vremena potrebnog za obavljanje određene zdravstvene usluge.

Cijena rada medicinskih sestara/tehničara u privatnoj praksi

Članak 76.

Cijena rada medicinskih sestara/tehničara u privatnoj praksi određuje se sukladno odredbama članka 141. Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Medicinska sestra/tehničar u privatnoj praksi mora imati cjenik svojih zdravstvenih usluga na dostupnom i vidljivom mjestu.

Tijelo nadležno za određivanje cijene rada

Članak 77.

Cijenu rada medicinskih sestara/tehničara navedenih u članku 75. ovog Zakona, sukladno članku 141. Zakona o zdravstvenoj zaštiti utvrđuje Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje na prijedlog Hrvatske sestrinske komore.

Cijena rada medicinskih sestara/tehničara navedenih u članku 74. ovog Zakona utvrđuje se kolektivnim ugovorom koji usuglašavaju sindikati, profesionalne udruge, nadležna komora i Ministarstvo zdravstva.

Vezano uz prvi stavak ovog članka, posebno povjerenstvo Komore na temelju stručne analize, procjena i vrednovanja rada medicinskih sestara/tehničara predlaže Skupštini komore sestrinsku tarifu koja usuglašava njen konačni prijedlog i dostavlja ga Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje.

Cijena rada medicinskih sestara/tehničara privatne prakse u ugovornom odnosu s HZZO-om

Članak 78.

Medicinske sestre/tehničari privatne prakse koji stupe u ugovorni odnos s HZZO-om unutar mreže javne zdravstvene djelatnosti dužni su poštovati dogovorene cijene iz čl. 76. ovoga Zakona.

Karitativni rad medicinskih sestara/tehničara

Članak 79.

Medicinska sestra/tehničar može izvan javne i privatne zdravstvene djelatnosti obavljati sestrinsko zvanje i u karitativnom sestrinskom radu u okviru vjerskih i nevladinih građanskih udruga ili samostalno.

Medicinska sestra/tehničar ima pravo u okviru svojeg zvanja pružiti pomoć članovima svoje obitelji i užoj rodbini.

Ovakvo djelovanje medicinske sestre/tehničara mora biti u skladu s odredbama ovog Zakona.

X. DISCIPLINSKA ODGOVORNOST MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA

Disciplinska djela

Članak 80.

Medicinska sestra/tehničar je disciplinski odgovorna ako:

1. Povrijedi odredbe ovoga Zakona.
2. Povrijedi Kodeks etike medicinskih sestara
3. Obavlja sestrinsko zvanje nestručno zbog neznanja, nehaja ili slučajno počinjene pogreške.
4. U obavljanju svojega zvanja učini kazneno djelo za koje je redovni sud pravomoćnom presudom izrekao kaznu zatvora dužu od 6 mjeseci.
5. Svojim ponašanjem prema bolesniku, drugoj medicinskoj sestri, drugom medicinskom tehničaru ili trećim osobama i društvenoj zajednici povrijedi ugled hrvatskog sestrinstva.
6. Ne ispunjava obveze iz članstva prema nadležnoj komori ili se prema njoj i njenim dužnosnicima nedolično ponaša.

Članak 81.

Povreda odredaba ovog Zakona smatra se težom disciplinskom povredom.

Statutom nadležne komore utvrdit će se što se smatra težom povredom Kodeksa etike medicinskih sestara/tehničara, stručnosti, dužnosti i ugleda medicinske sestre/tehničara.

Lakšom povredom dužnosti smatrat će se djela koja su ostavila neznatne posljedice.

Članak 82.

Kaznena i prekršajna odgovornost pred redovnim sudovima, državnim upravnim tijelima ili disciplinska odgovornost u zdravstvenoj ustanovi ne isključuje disciplinsku odgovornost medicinske sestre/tehničara pred nadležnom komorom.

Disciplinska tijela

Članak 83.

Medicinske sestre/tehničari odgovaraju za učinjena disciplinska djela i svaku povredu radne dužnosti i ugleda sestrinstva pred disciplinskim tijelima nadležne komore određenim Statutom komore.

Disciplinske mjere

Članak 84.

Za teže povrede mogu se medicinskoj sestri/tehničaru izreći ove mjere:

- 1) ukor,
- 2) javni ukor,
- 3) novčana kazna,
- 4) privremeno oduzimanje Odobrenja za samostalni rad od mjesec dana do godinu dana,
- 5) trajno oduzimanje Odobrenja za samostalni rad.

Za lakše povrede može se medicinskoj sestri/tehničaru izreći:

- 1) opomena,
- 2) novčana kazna,

Uz bilo koju mjeru osim trajnog oduzimanja odobrenja za samostalni rad može se odrediti i mjera doedukacije medicinske sestre/tehničara.

Izvršenje mjere oduzimanje Odobrenja za samostalni rad može se uvjetovati na vrijeme od šest mjeseci do dvije godine.

Utvrđivanje visine novčane kazne

Članak 85.

Visina novčane kazne iz članka 83. ovog Zakona utvrđuje se Statutom Komore.

Izrečena novčana kazna plaća se Hrvatskoj sestrinskoj komori u fondove pomoći članovima Komore iz čl.38 ovog Zakona.

Pokretanje disciplinskog postupka

Članak 86.

Disciplinski postupak pokreće disciplinsko tijelo određeno Statutom nadležne komore po službenoj dužnosti kada nedvojbeno na bilo koji način sazna o postojanju disciplinskog djela, ili na zahtjev bolesnika, fizičke ili pravne osobe ili na zahtjev ministra zdravstva.

Pravo žalbe u disciplinskom postupku

Članak 87.

Pravo na podnošenje žalbe u disciplinskom postupku za teže povrede dužnosti i ugleda medicinske sestre/tehničara ima i ministar zdravstva.

Odgovarajuća primjena Zakona

Članak 88.

U disciplinskom postupku protiv medicinske sestre/tehničara za pitanja koja nisu uređena pravilnikom nadležne komore primijenit će se Zakon o kaznenom postupku.

Zastara

Članak 89.

Progon za teže povrede dužnosti i ugleda sestrinstva zastarijeva nakon dvije godine, a za lakše povrede nakon godinu dana od dana izvršene povrede.

Ako učinjena povreda povlači kaznenu odgovornost, progon zastarijeva kada zastarijeva i progon za kazneno djelo.

Izvršenje disciplinske mjere zastarijeva šest mjeseci od dana pravomoćnosti rješenja kojim je izrečena disciplinska mjera.

XI. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Osnivanje Hrvatske sestrinske komore

Članak 90.

Hrvatska sestrinska komora osnovat će se u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog Zakona.

Ovlašćuje se ministar zdravstva da imenuje povjerenstvo koje će biti sastavljeno od uglednih medicinskih sestara/tehničara članova HUMS-a, HUVMS-a, redovitih profesora i predavača Visoke zdravstvene škole, pravnih stručnjaka i članova srodnih komora u Republici Hrvatskoj.

Povjerenstvo iz stavka 2. ovog članka ministar zdravstva imenovat će u roku mjesec dana od dana stupanja na snagu ovog Zakona.

Ministar zdravstva zadužit će povjerenstvo iz stavka 1. ovog Zakona da u roku od tri mjeseca od imenovanja sastavi temeljne akte Komore i odredi potrebna sredstva te predloži način financiranja provedbe ovog Zakona.

Ovlašćuje sa ministar zdravstva da nakon odobravanja akata iz prethodnog stavka ovog članka, imenuje osnivački odbor i sazove skupštinu Komore.

Nadležna tijela Komore izradit će prijedlog propisa kojim će se postojeće stanje uskladiti sa ovim Zakonom i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti te ga predložiti ministru zdravstva u obliku posebnog nacrtu u roku od šest mjeseci od dana konstituiranja skupštine Komore.

Izmjene i dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti

Članak 91.

Zadužuje se ministar zdravstva da izradi prijedlog izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti te ga podnese Hrvatskom saboru radi rasprave i glasovanja o njemu.

Prijedlog promjena iz stavka 1. ovog članka odnosi se na članke 110., 117., 127. i 128. Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Članak 110. Zakona o zdravstvenoj zaštiti glasi:

"Zdravstveni djelatnici obrazuju se na medicinskom, stomatološkom ili farmaceutskobiokemijskom fakultetu, na višim i srednjim školama zdravstvenog usmjerenja."

Promjena se odnosi na dio "...na višim i srednjim školama zdravstvenog usmjerenja"

gdje treba stajati "...na visokim i srednjim školama zdravstvenog usmjerenja".

Članak 117. Zakona o zdravstvenoj zaštiti glasi:

"Zdravstveni djelatnici više i srednje stručne spreme polažu stručni ispit pred ispitnom komisijom Ministarstva zdravstva."

Iz ovog članka treba brisati naziv "više".

Članak 127., stavak 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti glasi:

"Doktor medicine i doktor stomatologije obavljaju privatnu praksu u privatnim ordinacijama i privatnim laboratorijima, magistri farmacije u privatnim ljekarnama, a diplomirani inženjeri medicinske biokemije u privatnim medicinskobiokemijskim laboratorijima."

U ovom članku treba dodati "medicinske sestre/tehničari u privatnim ustanovama za zdravstvenu njegu."

Iz članka 128. Zakona o zdravstvenoj zaštiti treba brisati naziv "Medicinske sestre općeg smjera"

Prijelazno razdoblje

Članak 92.

Do početka rada Hrvatske sestrinske komore poslove iz članka 27. ovog Zakona obavljat će Ministarstvo zdravstva.

Stupanje na snagu Zakona

Članak 93.

Ovaj Zakon stupa na snagu osmog dana od objave u "Narodnim novinama".

Zagreb, _____ 2003.

Zastupnički dom
Sabora Republike Hrvatske
Predsjednik
Zastupničkog doma Sabora:

Radionica 2

Žarka Zalar, VMS

OPĆA BOLNICA "Dr. TOMISLAV BARDEK", Koprivnica

RAZVOJ STANDARDA KOJI SE ODNOSU NA POBOLJŠANJE KVALITETE

(Dekubitus – indikator kvalitete zdravstvene njege – naša iskustva)

Obzirom na plan modernizacije i integracije zdravstvene zaštite i kako bi se zadovoljile potrebe pacijenata i kako bi se pružili dokazi o poboljšanju u njihovom zdravlju, a ujedno i zadovoljili europski standardi postojeće stanje u sestrinstvu se mora promijeniti.

Kada se uvode standardi kvalitete stručnjak bi trebao osigurati da je standard usmjeren na pacijenta. Pacijent dakako mora biti u središtu pažnje, a njegova gledišta se moraju uzimati u obzir kada se odlučuje o uslugama koje će se njemu pružiti (upitnici i ankete za pacijente služe kao vrlo korisne povratne informacije). Također je važno poduzeti procjenu rizika što se ujedno mora jednako tako uzimati u obzir kada se razvijaju standardi. Postoji mnogo praktičnih problema u razvoju kliničkih smjernica i trebali bismo osigurati da se teorija i praksa spoje. Stručnjaci koji rade u kliničkom okruženju, edukatori i učitelji moraju surađivati kako bi se postigli najveći standardi koji se mogu prenijeti na akutni dio kao i na primarno, odnosno, prehospitalno okruženje.

U Koprivničko-Križevačkoj županiji odvija se pilot projekt u okviru kojeg smo si postavili jasne ciljeve u pogledu kvalitete skrbi. Da bi se mogli uspostaviti standardi, edukacija je svakako jedan od prvih koraka:

- Standard najbolje prakse (Benchmarking), prepoznavanje, prevencija i rukovođenje rizicima
- Oštećenje kože (rane /prevencija dekubitusa/, upotreba Knoll-ove skale, prijevod europskih smjernica, informacijski list za pacijenta i obitelj, uvođenje dokaza kroz sestrinsku dokumentaciju)

Nikada se ne smije pretpostavljati da je kvaliteta besplatna, kvaliteta košta! Bilo da se radi o vremenu ili novcu.

Radionica 3

Romanita Milojević, prof.; Sanda Franković, vms
Škola za medicinske sestre Mlinarska, Zagreb

VREDNOVANJE POSTIGNUĆA U KLINIČKOJ NASTAVI

Cilj radionice:

- bolje razumijevanje značaja i složenosti procjenjivanja postignuća učenika/studenata na kliničkim vježbama i praktičnoj nastavi

Radionica je namijenjena:

- sestrama nastavnicama u školama za medicinske sestre i na studijima sestrinstva,
 - sestrama - mentorima na klinici koji sudjeluju u izobrazbi medicinskih sestara,
- mentorima i sestrama koje sudjeluju u osposobljavanju privravnika za samostalan rad.

SAŽETAK

Ključne riječi: profesija, kvaliteta zdravstvene njege, učenje, klinička nastava, vrednovanje postignuća

Profesija se u sociološkom smislu definira kao zanimanje koje ima monopol nad nekim kompleksnim dijelom znanja i praktičnih vještina za koje je potrebno dugotrajno školovanje, te tako postaje jasno prepoznatljivo u društvu. Istodobno primjena tog znanja i vještina mora biti nužna za funkcioniranje suvremenog društva.

Osnovni elementi koji karakteriziraju profesiju su:

- Razvijenost osnovnih teorija i tehnika koje čine zaokruženu cjelinu i osnova su za profesionalno djelovanje
- Monopol na stručnu ekspertizu
- Prepoznatljivost profesije od javnosti
- Organiziranost profesije
- Profesionalna etika.

U svijetu prva dva elementa koji čine profesiju, možemo zaključiti da je ona utemeljena na sklopu teorijskog znanja, često iz nekoliko znanstvenih disciplina, pa su profesije nužno interdisciplinarne. Obujam teorijskog znanja prisutnog u jednoj profesiji uvijek je znatno veći od onog kojim pojedinac može ovladati. Međutim, profesionalno obrazovanje uvijek propisuje potreban kvantum teorija i tehnika da bi se moglo baviti profesijom. Sklop teorijskog znanja koji leži u osnovi svake profesije upravo razlikuje profesije od ostalih zanimanja. Svako zanimanje koje teži postati profesija nastoji propisati obvezan korpus teorijskog znanja koje ulazi u obrazovanje za tu profesiju. To ujedno za sobom povlači potrebu za vrednovanjem postignutog znanja.

Jedan od preduvjeta za kvalitetnu zdravstvu njegu jest, kvalitetno obrazovanje medicinskih sestara; izobrazba samostalnih, vještih praktičarki odgovornih za zaštitu koju daju (Salvage, 1993).

Za djelotvorno organiziranje nastave zdravstvene njege potrebni su osim kvalitetnog nastavnog kadra, odgovarajući materijalno-tehnički temelji koji se u najkraće mogu sažeti na slijedeći način:

- **Gdje** izvodimo nastavu (nastavni prostor)
- **Čime** se koristimo u nastavi (nastavna sredstva i pomagala), i
- **Kako** organiziramo nastavu,

Iz toga proizlazi da je za kvalitetnu nastavu koja za cilj ima određene rezultate (postignuće), bitan način stjecanja znanja i razvoj sposobnosti.

Okruženje u kojem buduća medicinska sestra uči (nastavni prostor) velikim je dijelom klinika. U kliničkoj nastavi učenik/student u dijalogu i interakciji sa svojom okolinom stiče znanja i vještine, te razvija osobni i profesionalni identitet.

Vrednovanje postignuća (rezultata učenja) je sastavni dio svakog učenja. Temelji se na kriterijima,

Uloga vrednovanja je višestruka:

- Procjenjivanje i mjerenje napredovanja,
- Praćenje učinkovitosti nastavnika (onog koji doprinosi učenju),
- Procjena primijenjenosti metoda u poučavanju buduće medicinske sestre
- Procjena kvalitete programa
- Kontrola i održavanje standarda sestrinske prakse

Stoga, vrednovanje omogućuje dobivanje podataka o širini i dubini usvojenih znanja i stupnju uvježbanosti vještina svakog pojedinog učenika/studenta.

Nadalje, vrednovanje postignuća učenika/studenta osigurava dobivanje povratne informacije o nastavnikovom radu što samom nastavniku daje priliku za korekcije u izvođenju nastave. Vrednovanje dakle, omogućuje i učeniku/studentu i nastavniku/mentoru sistematičnu metodu učenja iz iskustva i korištenje naučenoga za poboljšanje budućih akcija.

Smatra se kako promjena sustava vrednovanja više utječe na proces učenja nego promjena programa koja nije praćena nikakvom promjenom sustava vrednovanja.

Postignuća učenika/studenta ili očekivani rezultat koji on postiže u tijeku i nakon učenja u kliničkoj nastavi možemo podijeliti u 3 osnovna područja:

1. **Znanje**

- Pojedinih činjenica, izoliranih pojmova
- Razumijevanje pravila, zakonitosti
- Primjena apstrakcija u stvarnim poznatim situacijama
- Stvaralačka primjena i reorganizacija znanja u novim situacijama

2. **Vještine**

- Odvajanje bitnog od nebitnog, sažimanje, povezivanje i vrednovanje informacija (spoznajne vještine)
- Sposobnost promatranja, razumijevanje, planiranje postupka rješavanja problemskog zadatka (metakognitivne vještine)
- Slušanje sugovornika, uspostavljanje kontakta, izražavanje osjećaja (komunikacijske vještine)
- Opća i specifična tjelesna spretnost i usklađenost pokreta u ciljnoj aktivnosti (psihomotorne vještine)
- Složene vještine

3. Navike

- Stavovi (stručni/ znanstveni pogled na neku pojavu; razumno gospodarenje resursima)
- Interesi (zanimanje za pojave u predmetu, dodatno informiranje)
- Vrijednosti (zauzimanje za čovjekova prava, težnja istini, pravednosti i samoostvarenju)
- Osobine (marljivost, upornost, samopouzdanje, samopoštovanje, toleriranje suprotnog mišljenja, suradnja)
- Složene (puna uključenost u nastavni proces, racionalna organizacija vlastitog učenja, uklapanje u timski rad)

Da bi vrednovanje postiglo svoju pravu funkciju, ono se mora usmjeriti na pitanje zašto postavljeni ciljevi i očekivani rezultati jesu ili nisu postignuti.

Vrednovanje postignuća učenika/studenata temelji se na kriterijima. Stoga je neophodno:

- Precizno odrediti ponašanja i učinke koje ćemo pratiti i kriterije kojima ćemo procjenjivati i ocjenjivati uspjeh;
- Osigurati vrijeme i način za nužno praćenje svih učenika/studenata
- Izraditi raznovrsna pitanja i instrumente za provjeru vještina;
- Stalno smanjivati utjecaj subjektivnih pogrešaka u ocjenjivanju.

Vrlo je teško izraditi instrument za kliničko ocjenjivanje koji bi mogao zahvatiti vrlo složenu i nepredvidljivu praksu. Takav instrument treba zadovoljavati kriterije valjanosti, objektivnosti, pouzdanosti, osjetljivosti i normiranosti.

Za potrebe kliničkog provjeravanja postignuća, uspjeha i ocjenjivanje, mogu se koristiti slijedeći oblici:

1. **Listovi za provjeru** sastoje se od sestrinskih intervencija podijeljenih u niz postepenih koraka, pri čemu se označava uspješnost svakog od njih
2. **Skale procjene**
3. **Dnevnik učenja** bilježi taksativno tipove ponašanja i sposobnosti koji su dogovoreni od strane nastavnika/mentora, a koji se očekuju od učenika/studenta u određenim etapama svoje pripreme
4. **Klinički izvještaji**
5. **Profil kliničkog ocjenjivanja**
6. **Samoprocjena**

Svaki od ovih mjernih instrumenata ima svoje prednosti i nedostatke.

Od početka 20. st. javljaju se nastojanja da se učenička obrazovna postignuća što objektivnije mjere i procjenjuju. Tridesetih godina ističe se potreba za sustavnim empirijskim proučavanjima načina ispitivanja i metrijske vrijednosti školskih ocjena.

Kod nas, kao i u svijetu, postoji značajan problem objektivnog mjerenja postignuća u kompetencijama medicinske sestre.

Cilj ove radionice je osvijestiti potrebu za sustavnim praćenjem postignuća u kliničkoj nastavi jer, kako kaže Salvage, «ocjenjivanje kompetencija štiti zajednicu od nekompetentnih zdravstvenih djelatnika».

Jadranka Pavić, vms
Visoka zdravstvena škola, Zagreb

STRATEGIJA RAZVOJA PATRONAŽNE DJELATNOSTI U HRVATSKOJ

Razmatranje o konceptu općeg razvoja patronažne djelatnosti ujedno predstavlja integralni dio strategije razvoja cjelokupnog zdravstvenog sustava u RH. Kroz praćenje strateških ciljeva reforme zdravstva, učinjen je osvrt na neke aspekte razvoja djelatnosti. Viziju i strategiju razvoja u ovom izlaganju treba shvatiti kao poticaj na daljnje oblikovanje iste, jer će se s narednim raspravama obogatiti i definirati prihvaćeni oblik.

Aktualna nacionalna politika temelji se na opće prihvaćenoj zdravstvenoj politici razvijenih zemalja svijeta u okviru svjetskog projekta "Zdravlje za sve u 21 stoljeću".

Ovdje zastupljena strategija je prvenstveno fokusirana na zdravlje i njegovo održavanje u populaciji, te na razvoj i koncepciju zdravstvenog sustava koji će pridonijeti tome. Reformom koja obuhvaća procese restrukturiranja i unaprjeđenja zdravstvenog sustava obuhvaćena je i primama zdravstvena zaštita koja čini jezgru tog sustava. Globalni ciljevi primarne zdravstvene zaštite, čiji je sastavni dio i patronažna djelatnost, usmjereni su na integralni pristup koji uključuje liječenje i rehabilitaciju, unaprjeđenje zdravlja i sprječavanje bolesti te kontinuiranu zdravstvenu zaštitu svakog pojedinca u okviru obitelji, radne sredine i ostalih socijalnih čimbenika.

Oslanjajući se na analizu podataka izvješća patronažne djelatnosti RH (HZJZ) i rezultate provedene ankete patronažne djelatnosti u 2000 (Sekcija patronažne djelatnosti, HUMS) identificirani su problemi:

- neadekvatnu stručnu spremu dijela patronažnih sestara (SSS)
- nepostojanje pokazatelja mjerljivosti kvalitete
- neusklađen način pružanja usluga
- nedostatak adekvatnih uvjeta i sredstava za rad
- nedostatak komunikacije po horizontalnoj i vertikalnoj liniji
- neplanski način i nedostatak edukacije

Primarni je cilj rada, kroz praćenje trenutnog stanja patronažne djelatnosti u RH, prikazati viziju i prijedlog strategije razvoja primarne patronažne djelatnosti.

Ključni koncept na kojem se temelji vizija ove djelatnosti je:

- stvaranje sestrinske uloge koja je prilagođena potrebama održavanja zdravlja cjelokupne populacije;
 - osposobljenost za primjenu svih suvremenih metoda u radu koji obavlja;
 - ravnopravan partnerski odnos sa svim timovima koji sudjeluju u skrbi korisnika u zajednici;
 - mogućnost ravnopravnog sudjelovanja u svim preventivnim zdravstvenim programima u cilju pridonosa dobrobiti zajednice.
- U ostvarivanju vizije, razvoj strategije nepobitno treba uključivati slijedeće elemente:

1. PROCJENU AKTUALNE SITUACIJE
2. KADROVSKU STRATEGIJU
3. ŠKOLOVANJE I STRUČNU EDUKACIJU
4. ORGANIZACIJU DJELATNOSTI
5. ORGANIZACIJU MREŽE
6. POVEĆANJE UČINKOVITOSTI RADA

Patronažna djelatnost kao grana sestrinstva odnosi se na kontekst ljudskih života usmjeren postizanju i očuvanju zdravlja. Stoga njezin razvoj predstavlja značajnu potrebu u ostvarenju strategije nacionalne zdravstvene politike.

Literatura:

1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba socijalne medicine: Izvješće o patronažnoj djelatnosti u 2000 godini, Zagreb 2001.
2. Plan integracijskih aktivnosti Republike Hrvatske, Vlada Republike Hrvatske: Ured za europske integracije, Zagreb, rujan 1999.
3. Reforma zdravstva: Strategija i plan reforme sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Zagreb 2001.
4. Svjetska zdravstvena organizacija, Regionalni ured za Europu, Kopenhagen: Sestrinstvo u akciji, Jačanje sestrinstva i primaljstva kao podrška zdravlju za sve, Zagreb 1994.
5. Zdravstveno stanje i zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb 2001.

Vesna Kern, prof.

KERN – Ustanova za zdravstvenu njegu u kući

ZADOVOLJSTVO BOLESNIKA USLUGAMA U USTANOVAMA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU U KUĆI

Zdravstvena njega u kući je djelatnost koja spada u primarnu zdravstvenu zaštitu provode ju medicinske sestre pod nadzorom izabranog liječnika, u kući bolesnika teško pokretnih i nepokretnih i to kod sljedećih stanja:

- kroničnog oboljenja s akutnim pogoršanjem
- akutna oboljenja koja ne zahtijevaju bolničko liječenje
- stanja nakon operativnog zahvata kada je potrebno nastaviti liječenje u kući
- kronično-trajno nepokretni bolesnici
- kod nastanka invalidnosti zbog nemogućnosti za samobrigu
- kod invalida nakon zahvata i prije početka aktivne rehabilitacije

U našoj djelatnosti radilište je dom bolesnika, on nas u svoj dom prima, vjeruje nam, očekuje od nas pomoć a mi pružamo stručno tehničku pomoć, smirujemo njegove strahove, tješimo i podučavamo njegove članove obitelji. U ustanovi Kern takvu složenost posla prihvaćamo kao izazov u kojem se potvrđujemo kao stručnjaci.

Budući smo privatna ustanova tržišno konkurentni odnosi u kojima pacijent postaje potrošač usluga zdravstvene njegu njegovo zadovoljstvo za nas je primarno a kvaliteta zdravstvene njegu sastavni dio tog odnosa.

U našem nastojanju postizanja željene kvalitete kao cilja, putem naših anketa htjeli smo dobiti ono što je doista provedeno u pružanju tih usluga kako bismo napravili korekcije.

Svjesni smo trajnog imperativa da budemo bolji.

Pitanja u anketi su se iskristalizirala tokom godina rada i procijene što je pacijentu važno.

1. vrijeme dolaska-preciznije vrijeme dolaska od navedenog nije moguće zbog prirode posla, veća odstupanja teško padaju pacijentu.

2. Dužina posijete- vezana je za indikaciju od strane HZZO-a i spretnost i iskustvo sestre.

3. Pranje ruku- pored med. opravdanosti, bitan psihološki element kod pacijenta- stvara povjerenje.

4. Nije dovoljno samo stručno znanje sestra mora zračiti kao osoba.

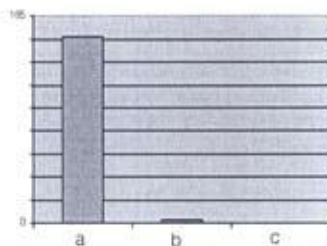
5. Konkretni primjeri nam puno pomažu.

6. Nije dobro napraviti distancu niti se previše približiti.

7. Pitanje vezano za rad USTANOVE KERN odnosi se na opću komunikaciju, dostupnost kontakta, osobni angažman, briga i posjet ravnatelja ustanove.

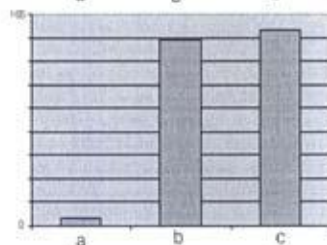
Vrijeme dolaska sestre – odstupanje

- a) do 30 min
- b) do 60 min
- c) preko 60 min



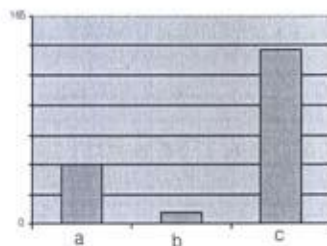
Dužina posjete:

- a) do 15 min
- b) do 30 min
- c) do 60 min



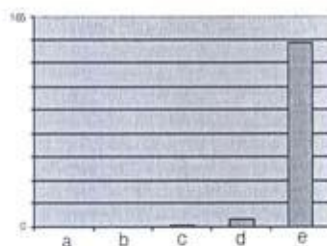
Prije početka rada, sestra pere ruke:

- a) nikada
- b) ponekad
- c) uvijek



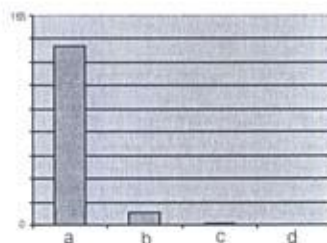
Kod sestre vam se sviđa, što?

- a) susretljivost
- b) vedro raspoloženje
- c) spretnost
- d) med. znanje
- e) sve od navedenog



Kod sestre vam se ne sviđa, što?

Navedite:



Da li sestra kod vas jede ili pije?

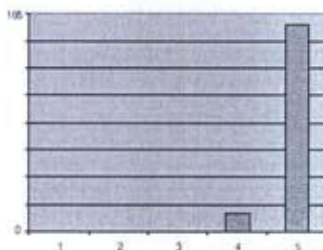
- a) nikada
- b) ponekad
- c) često
- d) redovito

Što biste promijenili kod sestre?

Navedite:

Da li ste općenito zadovoljni radom
USTANOVE KERN?

1 2 3 4 5



Anketa je pokazala određeni nivo zadovoljstva pacijenta a budući da smo svjesni da ono ovisi ponajviše o znanju, umijeću stavovima i motivaciji djelatnika napravili smo određene pomake u motivacijskom programu:

- redoviti interni edukacijski sastanci (1 mjesечно)
- redoviti pojedinačni posjeti stručnim seminarima
- kratki sastanci ravnatelja sa manjim grupama na terenu
- individualni sastanci ravnatelja
- dodatni godišnji odmori od tjedan dana unutar pola godine-iznimno 1 godine
- materijalna stimulacija

Marijana Juričev, vms; Gordana Stošić, vms
Opća bolnica Šibenik

INDIKATORI KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE

Umjesto standardnog uvoda, navela bih jedan događaj iz života. Tijekom razgovora za posao, u privatnoj bolnici "Bosch" u Stuttgartu, voditeljica kadrovske službe me je nakon pitanja osobne naravi tražila da joj opišem jedan običan radni dan na svom tadašnjem radnom mjestu. Posebno se zanimala za broj sestara u jednoj smjeni po broju kreveta, odnosno bolesnika, za utrošak vremena za određene poslove (namještanje kreveta, hranjenje bolesnika i sl.). Onda nisam znala da govori o nečemu što je za kvalitetan rad u zdravstvenoj njezi jako važno: o standardima rada i indikatorima zdravstvene njege.

Indikatori kvalitete zdravstvene njege

Indikatori kvalitete su pokazatelji kvalitete rada, koji su mjerljivi i odgovaraju na pitanja

-tko, što, kako, kada, čime i koliko?

Nabrojala bih samo neke od mnogih indikatora kvalitete zdravstvene njege:

2.1. Vrsta i broj bolničkih infekcija

2.2. Integritet kože/dekubitisi

2.3. Broj medicinskih sestara i ostalog pomoćnog osoblja na krevet bolesnika

2.4. Ukupan broj sati zdravstvene njege po bolesniku /24 sata

2.5. Zadovoljstvo bolesnika zdravstvenom njegom

2.6. Suzbijanje boli /zadovoljstvo bolesnika

2.7. Zadovoljstvo bolesnika razinom edukacije/ informiranosti

2.8. Zadovoljstvo medicinskih sestara

Kada se odrede pojave koje će se mjeriti, postavljaju se kriteriji i standardi, a postupci mjerenja moraju biti: -prihvatljivi osoblju i bolesnicima -prilagođeni etici, zakonima i pravilima.

U JIL-u Opće bolnice Šibenik pokušali smo služeći se indikatorima podići kvalitetu zdravstvene njege. Svaki od indikatora praćen je pojedinačno, iako se oni u svakodnevnoj praksi isprepliću i nadopunjuju.

Naime, kod praćenja indikatora postoji jasan ciklus odnosno slijed i to:

1. utvrđivanje problema
2. planiranje rada
3. provedba
4. kontrola
5. kritične točke i prevencija incidenta
6. procjena uspješnosti ili kvalitete rada
7. korektivne radnje

Navest ćemo samo jedan primjer:

Suzbijanje boli/zadovoljstvo bolesnika

Bol je dijagnoza u zdravstvenoj njezi i medicinske su sestre te koje bi je u suradnji s pacijentom trebale zbrinjavati. Zdravstvena njega je pomoć pojedincu, zdravom ili bolesnom, u obavljanju životnih aktivnosti, tj. zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba koje bi on zadovoljavao sam kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Budući da je bol simptom, odnosno **problem** koji otežava ili potpuno onemogućava adekvatno samozbrinjavanje, bolesnicima je potrebna stručna pomoć u njezinom rješavanju.

Bol je problem kojeg na našem odjelu tretiraju i rješavaju liječnici. Posao medicinske sestre sastoji se u eventualnom prepoznavanju boli i primjeni ordinirane terapije.

Da bi se medicinske sestre mogle baviti potpunim zbrinjavanjem pacijenata s problemom boli potrebna su teoretska i praktična znanja o tom problemu (planiranje).

Prije negoli pristupimo edukaciji potrebno je ispitati stavove osoblja o boli. U tu svrhu načinjen je Upitnik za ispitivanje stavova o boli koji se popunjavao anonimno. Upitnik je imao 17 tvrdnji na koje je ispitanik trebao odgovoriti sa "slažem se" ili "ne slažem se". Sve navedene tvrdnje bile su netočne, odnosno bilo je ono što se narodskim jezikom kaže «zabluda o boli.»

Upitnik je ispunilo dvadeset sestara i rezultati su slijedeći npr:

Na tvrdnje koje su se odnosile na procjenu boli 80% je odgovorilo da su zdravstveni djelatnici ti koji procjenjuju postojanje i intenzitet boli.

Na tvrdnje o pacijentovim reakcijama i ponašanju u vezi s bolom 85 % ispitanika je odgovorilo da izostanak vanjskih znakova govori o nepostojanju boli, odnosno da bolesnik laže jer želi izvući neku korist.

Na tvrdnju o primjeni placeba 95% ispitanika se složilo da bolesnik laže ili je bol psihogena tj. "nije stvarna".

Na osnovu rezultata ovog Upitnika napravljen je slijedeći plan:

- održati predavanje o boli (definicije ,patofiziologija boli, medikamentozna terapija boli)- predavanje će održati liječnik
- održati predavanje o boli kao dijagnozi u zdravstvenoj njezi(definicija, nemedikamentozne metode ublažavanja boli, procjena boli i sl), -predavanje će održati viša medicinska sestra.
- dati popis tema o tretiranju boli u zdravstvenoj njezi i uključiti pojedince ili male grupe da pripreme predavanje,
- provesti završni test znanja.

Provedba ovog plana ostavljena je za konac devetog mjeseca radi korištenja godišnjih odmora tijekom ljeta. Nadam se da ćemo kvalitetnom i kontinuiranom edukacijom uspjeti promijeniti neke stavove koji su prepreka kvalitetnom zbrinjavanju boli danas i da će nam to omogućiti

Nakon toga utvrdit će se kritične točke, napraviti evaluaciju postignutog i provesti korektivne radnje ako bude potrebno.

Literatura

- 1.S.KALAUZ, *Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi*, Visoka zdravstvena škola, (nastavni tekstovi), Zagreb.
- 2.H.WEHRICH,H.KOONTZ, *Menagement*,Zagreb,1993.
- 3.B.BIOČINA, *Total quality management*, Visoka zdravstvena škola, (nastavni tekstovi) Zagreb,2000.
- 4.P.SIKAVICA, *Organizacijska struktura*, Ekonomski fakultet ,Zagreb,1993.
- 5.S.KALAUZ, *Menagement u sestinstvu*, Visoka zdravstvena škola, (nastavni tekstovi),Zagreb,2000.

Sonja Pasini, vms
KBC ZAGREB

UPRAVLJANJE KVALITETOM TIJEKOM EKSPLANTACIJSKO TRANSPLANTACIJSKOG POSTUPKA

Cilj eksplantacijsko transplantacijskog postupka je prepoznati potencijalnog davatelja organa – donora, ustanoviti smrt mozga, izvršiti eksplantaciju organa, izvršiti transplantaciju organa, te zbrinuti pokojnika. Eksplantacijsko transplantacijskim postupkom koordinira koordinatorski centar eksplantacijsko-transplantacijskog programa bolnice.

Eksplantacijsko transplantacijski postupak dijeli se u tri glavne faze:

1. FAZA

- a: svakodnevni obilazak JIL-a i prepoznavanje potencijalnih donora
- b: organizacija utvrđivanja smrti mozga – prema " Naputku za eksplantaciju organa "
- c: razgovor sa obitelji preminulog - pristanak na eksplantaciju organa

2. FAZA

- a: organizacija dostave uzoraka na virusološku, bakteriološku, biokemijsku i hematološku analizu, te dostavljanje nalaza timovima
- b: koordinacija s Nacionalnim koordinatorskim centrom
- c: koordinacija s timovima za eksplantaciju
- d: koordinacija sa timovima za transplantaciju
- e: koordinacija s Referalnim centrom za transplantaciju

3. FAZA

- a: zbrinjavanje pokojnika
- b: Izvješće Ravnateljstvu bolnice, Nacionalnom koordinatorskom centru i Referalnom centru za transplantaciju

Eksplantacijsko transplantacijski program je složen proces čiji su postupci definirani zakonom. Svaki postupak u procesu mora biti dobro vremenski određen i dokumentiran. Za uspjeh same transplantacije, eksplantacijsko transplantacijski program treba biti maksimalno vremenski racionaliziran. Vodeći zadatak koordinatorskog centra je maksimalno skratiti vrijeme svakog postupka.

*Jasminka Horvatić, vms; Prof. dr. sci. Smilja Kalenić;
mr. sc. Vesna Tripković; mr. sci. Vanda Plečko; Marija Medved, vms*

NADZOR NAD INFEKCIJAMA KIRURŠKE RANE KAO PARAMETAR KONTROLE KVALITETE

Nadzor je temelj za organiziranje i održavanje programa kontrole bolničkih infekcija a ujedno i jedan od parametara kvalitete. Rezultat nadzora koristi timu za kontrolu bolničkih infekcija kao i povjerenstvu za kontrolu bolničkih infekcija u određivanju prioriteta za postupke u smanjenju bolničkih infekcija. Glavni ciljevi nadzora su: smanjivanje postotka infekcije u bolnici, utvrđivanje bazalnih postotaka endemskih bolničkih infekcija, identifikacija povećane količine infekcija ili epidemija, davanje podataka upravi odjela odnosno upravi bolnice za poduzimanje određenih mjera u cilju poboljšanja kvalitete pojedinih postupaka a u cilju prevencije infekcije kirurške rane, komparacija postotka infekcija između različitih bolnica i istog odjela u različito vrijeme, evaluacija kontrolnih postupaka.

Što god da se izabere za nadzor, treba točno odrediti opće i specifične ciljeve, vrijeme u kojem će se nadzor provoditi, metoda kojom će se provoditi, način analize podataka, način izražavanja podataka (incidencija, prevalencije, postotak, proporcija, odnos, određivanje faktora rizika ili odnosa rizika), osobe ili institucije bolnice kojima će se podnijeti izvješće, mjere koje će se provesti nakon provedenog nadzora i tko će ih provesti, te kako će se i kada provesti kontrola uspješnosti tih mjera. Važno je na početku definirati sve gore rečene parametre, stoga se prema njima radi formular za prikupljanje podataka.

Infekcije kirurških rana čine oko 30% svih bolničkih infekcija i stoga su značajan cilj nadzora. Ovisno o bolesničkoj populaciji dio tih infekcija jednostavno je preventabilan, tako da nadzor infekcije kirurških rana može donijeti vrlo dobar rezultat u poboljšanju kvalitete zbrinjavanja kirurških bolesnika.

Vesna Sertić, vms

OPĆA BOLNICA "Dr. TOMISLAV BARDEK", Koprivnica

NASTAVAK ZDRAVSTVENE SKRBI PACIJENTA NAKON OTPUSTA IZ BOLNICE KAO DIO KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE

Organizacija skrbi za pacijenta

Planovi procesa sestrinske skrbi za pacijenta se mijenjaju što ponekad ovisi o mjestu korištenja sestrinske skrbi – bolnica, radno mjesto, dom zdravlja, udomiteljska obitelj i sl. Zbog toga se i proces sestrinske zdravstvene skrbi za pacijenta treba primijeniti ondje gdje je i doista potreban. Ako je osnovna odrednica sestrinske skrbi holistički pristup čovjeku koji nije strogo definiran mjestom korištenja sestrinske skrbi onda nam je briga o kontinuitetu skrbi neophodna.

Kvalitetna zdravstvena skrb koja se provodi u bolnicama nužno se mora nastaviti i nakon otpusta iz bolnice. Medicinske sestre bi zajedno sa drugim stručnim osobljem i pacijentom morale unaprijed odlučiti koji je oblik zdravstvene skrbi u svakom pojedinom slučaju potreban pacijentu. O tome koju vrstu zdravstvene skrbi je potrebno nastaviti-primarnu, sekundarnu ili tercijarnu odlučuje tim za otpust pacijenata-lijječnik specijalista na odjelu, odjelna sestra i sestra za planirani otpust pacijenata.

Aдекватnim pismenim prijenosom informacija sa sekundarne na primarnu zdravstvenu zaštitu o aktualnim i potencijalnim zdravstvenim problemima pacijenata je neophodan. Medicinske sestre na taj način pokazuju organiziranu brigu i potrebu za aktivnim uključivanjem pacijenata u sve segmente zdravstvene zaštite-samozaštite, suzaštite i stručne pomoći. Kontinuirana zdravstvena skrb za pacijenta bilo u bolnici ili u domu pacijenta ukazuje na bitnost komunikacije sestrinske profesije na podizanju zdravstvenog standarda naših pacijenata.

U «OB dr. Tomislav Bardek» od 01.10.2002.g zaposlen je novi profil zdravstvenog radnika-medicinska sestra za planirani otpust pacijenata iz bolnice. Cilj za uvođenje ovog radnog mjesta bio je da se poboljša komunikacija između sekundarne i primarne zdravstvene zaštite u postizanju kontinuiteta procesa sestrinske skrbi. Naše početke rada pratilo je niz manjkavosti u sustavu zdravstva koje smo pokušavali rješavati u toku provođenja pilot programa:

- nema adekvatne sestrinske dokumentacije
- pacijenta uvijek ne prati liječničko otpusno pismo
- med. sestre aktivno ne sudjeluju u planiranju otpusta
- nema prijenosa informacija o pacijentu u PZZ

Zapošljavanjem med. sestre za planirani otpust pacijenata i angažmanom svih medicinskih sestara (bolnica, dom zdravlja, zdravstvena njega u kući i sestre iz timova obiteljske medicine) započeli smo edukaciju sestara o planiranju otpusta pacijenata iz bolnice i o sestrinskoj ulozi u tom procesu rada. Ovu edukaciju polazili su i liječnici, socijalni radnici, zaposlenici doma umirovljenika dakle svi oni koji su direktno ili indirektno uključeni u rad sa pacijentima i mogu pomoći u podizanju zdravstvenog standarda pacijenata.

Do sada smo postigli:

1. Prednosti za pacijenta:

- pacijentu se planira nastavak potrebne skrbi nakon otpusta iz bolnice
- smanjuje broj ponovljenih prijema u bolnicu
- prevencija invalidnosti pacijenata
- sestrinsko otpusno pismo
- bolja informiranost pacijenta i obitelji

2. Prednosti za struku

- bolja komunikacija (multidisciplinarni pristup)
- bolje profesionalne veze
- aktivno uključivanje medicinske sestre u odlučivanje o nastavku sestrinske skrbi
- bolja praksa rada

Nakon otpusta pacijenta iz bolnice glavni koordinater njega u zajednici je obiteljski liječnik koji dalje kontaktira službe potrebne za daljnju zdravstvenu skrb pacijenta.

Naglasak ovakvog načina rada i reforme koja se provodi je u smanjenju nejednakosti u pružanju zdravstvene zaštite i nejednakosti u dobivanju potrebne zdravstvene zaštite, ali je vrlo važno da nas u tome prati zakonska regulativa vezana uz način ostvarivanja prava određenih usluga u zajednici. Pacijentima je veoma važno osigurati nastavak zdravstvene skrbi – ODMAH s ciljem pojednostavljenja pristupa pacijenata svim kurativnim i preventivnim medicinskim uslugama u zajednici.

Medicinske sestre u našoj Županiji aktivno sudjeluju u promociji pružanja novih zdravstvenih usluga - uključite se i vi.

Rosana Svetić-Čišić

Specijalna bolnica za bolesti dišnog sustava djece i mladeži Srebrnjak, Zagreb

Što je zajedničko u priči o Pepeljugi i «Sestrinstvu»?

Priču o Pepeljugi vjerujem da svi znaju.

Ima li nešto što povezuje medicinske sestre i Pepeljugu, što je slično?

Nisu li i medicinske sestre uvijek negdje u kutu posute pepelom, ne izlazeći iz anonimnosti. Nisu li svakodnevno u svom radu 24 sata uz bolesnika, suosjećajući i pomažući u rješavanju velikih i malih briga, problema, oblačeći bez pogovora ogrtač strepnje, ljutnje, veselja i straha bolesnika.

Ne sanja li svaka medicinska sestra o danu

kada će njihov rad biti javno priznat, javno će im biti upućene zahvale za učinjeno, javno će pričati o svom položaju.

kada će... imati visoke plaće, visoko obrazovanje, znanstvene titule, te biti cijenjeni i priznati članovi društva.

Kakav je sada položaj medicinskih sestara u društvu, ima li, i koliko je sličnosti u navedenom?

Odgovore ću potražiti u istraživanju, o tome koliko smo udaljeni od profesionalizacije sestrinstva, a koliko smo još kao medicinske sestre nedefinirane, ne znajući gdje smo i gdje pripadamo.

Pri organizaciji tombole sudjelovali su:

3 M, Zagreb
Algoritam, Zagreb
Aroma vita, Zagreb
Bauer fand. doo
dr.sc. Bojan Biočina
Ekologija "Maržić" – Zagreb
Foto SOFT - Zagreb
Franck, Zagreb
Fructal, Zagreb
Glaxo Smith Cline
Gradsko poglavarstvo grada Opatije
Grand hotel «Adriatic», Opatija
Hypo banka, Zagreb
KERN – Ustanova za zdravstvenu njegu u kući
Knjižara AGM, Zagreb
Kozmetički salon «San», Pakoštanska 5, Zagreb
KŠR «Jarun», Zagreb
Lek, Zagreb
Naklada Slap, Jastrebarsko
Medicus Matea, Zagreb
Medilab, Zagreb
Optika Kraljević, Zagreb
Papirna konfekcija Branko Jagić - Sesvete
Pharmateka, Zagreb
Retel, Zagreb
Simbex d.o.o., Zagreb
Školska Knjiga, Zagreb
"Unilever" - Zagreb
Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući «Domnius»
Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući «Zorica»
Uriage
Vivera
Velebit doo.
Zdravstvena ustanova za njegu i rehabilitaciju u kući «Tobia»

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

ORGANIZACIJSKI ODBOR

IZDAVAČ

*Visoka zdravstvena škola, Zagreb
Hrvatska udruga Viših medicinskih sestara
Škola za medicinske sestre Mlinarska*

UREDNIŠTVO

ORGANIZACIJSKI ODBOR

TISAK

*Foto SOFT – Zagreb
www.fotosoft.hr*



Diagnostics



EUROALBA

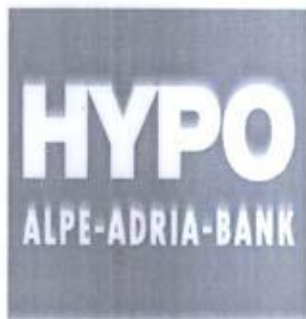
Humana



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



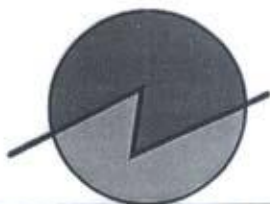
Adrija Hetranga 10,
10000 Zagreb
Tel./fax: (01) 45 55 013
Besplatni telefon: 0800 256 256
E-mail: simbex1@zg.hrvet.hr
Web stranica: www.simbex.hr

NUK®



FRUCTAL

u suradnji s prirodom



MEDICUS MATEA

3M



Stoma medical d.o.o.



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

P&G

STIL
STOLARIJA ILIĆ

Zagreb, Vrbanići 5
Tel.: 2980 - 139