

ZDRAVSTVENO VELEUČILIŠTE

***"Profesionalizacija
sestrinstva u Hrvatskoj"***

ZBORNİK RADOVA

Opatija
12. - 14. svibnja 2005.

SADRŽAJ

PREDGOVOR; Dragica Šimunec, vms, predsjednica stručnog odbora	1
PROFESIONALIZACIJA SESTRINSTVA U RH; Dragica Šimunec, vms	3
ŠTO JE TO PROFESIJA?; Doc. dr. sc. Gordana Cerjan-Letica	7
ULOGA OBRAZOVANJA U PROFESIONALIZACIJI SESTRINSTVA; Prof. dr. sc. Mladen Havelka	15
ZAKONSKI PROPISI KOJI UTJEČU NA ZAKONSKI STATUS SESTRINSTVA; Miroslav Radić, dipl. iur.	21
NURSING IN THE NETHERLANDS; Oscar R. de Miranda Med.Soc.,O.D.,N.Sc., RN.	29
SESTRINSTVO U NIZOZEMSKOJ; Oscar R. de Miranda Med.Soc.,O.D.,N.Sc., RN. - prijevod	41
FROM EVOLUTION TO REVOLUTION; Thomas Kearns	53
OD POSTANKA DO REVOLUCIJE; Thomas Kearns - prijevod	57
HIJERARHIJSKA STRUKTURA SESTRINSKE SLUŽBE KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA ZAGREB; Marija Orlić-Šumić, vms	61
PRIKAZ SUSTAVA ORGANIZACIJE SESTRINSKE SLUŽBE DOMA ZDRAVLJA SPLITSKO-DALMATINSKE ŽUPANIJE; Jadranka Vetma, vms	65
Prilog 1.: O ZDRAVSTVENOM VELEUČILIŠTU	75
Prilog 2.: POVIJEST SESTRINSTVA U HRVATSKOJ	77
Prilog 3.: BOLONJSKA DEKLARACIJA I BUDUĆE OBRAZOVANJE MEDICINSKIH SESTARA U HRVATSKOJ	81
Prilog 4.: DJELATNOST ZDRAVSTVENOG VELEUČILIŠTA	85
Prilog 5.: DJELATNOST ZDRAVSTVENOG VELEUČILIŠTA - engleski	91
Prilog 6.: PROGRAM RADA STRUČNOG SKUPA	97

Poštovani,

Pisati i govoriti o sestrinstvu u Hrvatskoj ove 2005. godine puno je veće zadovoljstvo, nego što je to bilo nekoliko godina unazad. Danas imamo temelj na kojem možemo, razumljivo uz velike napore graditi sustav profesionalnog sestrinstva na način kako je to u većini razvijenih zemalja Europe.

Hrvatski sabor je donio novi zakon o zdravstvenoj zaštiti u kojem se po prvi puta u povijesti na našim prostorima, zdravstvena njega navodi kao jedna od djelatnosti u sustavu zdravstvene zaštite., Zakon o sestrinstvu donesen iste godine utemeljuje sestrinstvo kao samostalnu profesiju sa svim pravima i odgovornostima. Osnivanjem Komore sestre Hrvatske preuzimaju odgovornost za razvitak struke u budućnosti. Sustav školovanja koji mora osigurati mogućnost obrazovanja medicinskih sestara do najviše stručne i znanstvene razine, jedan je od najvažnijih elemenata profesionalizacije struke.

Gledajući u budućnost i uzimajući u obzir dobru praksu i iskustva razvijenih demokracija, medicinske sestre moraju raditi na potpunoj samostalnosti sestrinstva.

Ova konferencija će ponuditi naša razmišljanja, dosadašnje rezultate, posebno zanimljiva iskustva i preporuke naših gostiju iz inozemstva.

Zagreb, svibanj 2005.

Dragica Šimunec, vms,

Predsjednica stručnog odbora

PROFESIONALIZACIJA SESTRINSTVA U RH

Dragica Šimunec, vms

Sestrinstvo kao dio sustava zdravstvene zaštite na našim prostorima ima dugogodišnju tradiciju. Od 20 - tih godina prošlog stoljeća kada se otvaraju prve sestrinske škole pa do danas dogodile su se mnoge promjene u načinu školovanja medicinskih sestara, bezbrojne reforme zdravstvenog sustava i nekoliko promjena političkog sustava. Razvitak svake struke pa tako i sestrinstva mora se promatrati u kontekstu svih navedenih promjena.

Broj medicinskih sestara u odnosu na druge zdravstvene djelatnike uvijek je zauzimao visoko mjesto, no razina sestrinskog obrazovanja gotovo je uvijek bila na relativno niskoj razini. Iznimka je samo razdoblje dr. A. Štampara, koje je prekratko trajalo da bi moglo ostvariti značajni pozitivan učinak na razvitak sestrinstva u drugoj polovici 20. stoljeća. Kao i u svim zemljama bivših režima školovanje se držalo na razini srednjoškolskog obrazovanja sa strogo medicinski orijentiranim programima. Uz potpunu dominaciju liječnika u sustavu obrazovanja, politikom zdravstvenih sustava u kojima je jedino liječnik imao pravo odlučivati, medicinske sestre nisu mogle razvijati svoju autonomiju. 70.-tih godina prošlog stoljeća dolazi do podizanja razine školovanja na razinu viših škola, ali ponovno pod potpunom dominacijom liječnika. Zadržavanjem sustava samo na višoj razini školovanja potpuno je onemogućeno da medicinske sestre školuju i odgajaju medicinske sestre.

Takav način školovanja razvijao je kod generacija medicinskih sestara pasivni pristup i potpuni nedostatak motiva za podizanje sestrinstva na višu razinu stručnosti, odgovornosti ili samostalnosti. Cijeloj situaciji pridonijela je i izolacija od zemalja u kojima se sestrinstvo u tom razdoblju već formiralo u profesionalnom smislu. Zdravstvena se njega prakticirala na različitim ustanovama, odgovornost je bila kolektivna, pa samostalnost u odlučivanju nije bila moguća. Političke prilike u doba bivših režima imale su ogroman utjecaj na sestrinstvo, čemu su veliki "doprinos" dale i same medicinske sestre.

Bilo bi neprimjereno tvrditi da medicinske sestre nisu i u tom vremenu koristile svoja najbolja znanja i vještine provodeći zdravstvenu njegu na svim razinama zdravstvene zaštite. Dapače, radile su u mnogo težim i kompliciranijim uvjetima, s mnogo manje tehničkih i tehnoloških pomagala nastojeći osigurati najbolju moguću kvalitetu zbrinjavanja bolesnika. U isto vrijeme, ako gledamo zapise i podatke kojima se opisuje rad zdravstvenih djelatnika gotovo ćemo uvijek naići na podjelu liječnici i ostali. Upravo način evidentiranja zdravstvene zaštite izostavio je rad medicinskih sestara, a u realnosti one su kao i danas preuzimale vremenski, pa i u provedenim postupcima najveći dio bolničkog zbrinjavanja bolesnika i veliki dio primarnog zbrinjavanja. Zbog svijesti kolektivne odgovornosti vrlo često su medicinske sestre provodile veliki dio postupaka iz isključive odgovornosti liječnika. U isto vrijeme medicinska sestra je često radila i poslove koji su daleko ispod razine njezinog školovanja. Najčešće je medicinska sestra radila sve ono što nitko od odgovornih nije mogao utvrditi, tj. tko bi to zapravo trebao raditi. Ako analiziramo vrijeme koje su medicinske sestre provodile vozeći bolesnike na različite terapijske i dijagnostičke postupke, da bi drugim djelatnicima iste stručne razine bilo lakše podaci bi nas mogli iznenaditi. Ali to je bilo vrijeme kada se takve stvari nisu računale ni analizirale. Opće prihvaćeno pravilo je bilo da je medicinska sestra uvijek tu da uradi sve ono što će joj liječnik, fizioterapeut, činovnik ili netko drugi odrediti. Najbolja medicinska sestra je bila ona koja je malo pitala. Kako se u takvim uvjetima moglo razmišljati i djelovati na profesionalan način? Moglo se samo ponešto pisati i možda potihom planirati. Bile su rijetke glavne sestre kojima se u 70 - tim i 80 - tim godinama prošlog stoljeća moglo prići s nekom novom idejom ili prijedlogom. Poglavitito ako je dolazio sa

zapadne strane granice. Možda će mlađim čitateljima ovog teksta sve ovo izgledati nemoguće, ali mi koji smo svjedoci tog vremena osjetili smo sve spomenuto na svojoj koži.

Svi mi koji smo suvremenici rušenja berlinskog zida i pada bivšeg režima smatramo se sretnim generacijama. Gledajući iz današnje perspektive, tko je mogao krajem 80 - tih i pomisliti da će medicinske sestre u Hrvatskoj danas imati svoj zakon.

Sestrinstvo je u razvijenim zapadnim demokracijama u proteklih 100 godina pratilo razvoj medicinske znanosti i razvijalo se kao profesija uključena u sustavu zdravstva kao djelatnost. Školovanje je pratilo sve trendove, razvijale su se teorije zdravstvene njege i istraživanje, a zdravstvena njega je dosegla razinu znanosti. Teorije zdravstvene njege su znanstveno utemeljene i osiguravaju mogućnost stalnog podizanja razina znanja i vještina.

Provođenje zdravstvene njege temeljene na Procesu zdravstvene njege, osigurava sustavni pristup temeljen na znanjima kojima danas raspolaže medicinska sestra. Kritički način razmišljanja osigurava pristup koji se temelji na rješavanju problema bolesnika iz područja nadležnosti medicinske sestre. Sustavni način bilježenja zdravstvene njege kroz sestrinsku listu i drugu sestrinsku dokumentaciju osigurava kontinuitet zdravstvene njege, sigurnost bolesnika i vrlo važno procjenjivanje zadanih ciljeva zdravstvene njege. Tako sustavno evidentiranje kroz sestrinsku dokumentaciju osigurava mogućnost analiza potrebnih za istraživački rad u sestrinstvu. S druge strane sestrinstvo je i umjetnost. Holistički pristup, uzimajući bolesnika kao osobu sa svim njezinim karakteristikama, procjenjujući potrebe bolesnika zahtijeva više od tehničkih vještina. Medicinska sestra je najbliže bolesniku kao cjelovitoj osobi u psihološkom i fizičkom poimanju. Najvažniji preduvjet za ispunjenje svih navedenih zadaća je dobra i trajna edukacija koja se mora temeljiti upravo na očekivanim znanjima i kompetencijama.

90-te god. su i u Hrvatsku donijele nove „vjetrove“ i sestrinstvu su se vrata širom otvorila u pokušaju dostizanja samostalnosti sestrinstva kao djelatnosti. 1993. godine donesen je prvi hrvatski Zakon o zdravstvenoj zaštiti koji je nastao u ratnim uvjetima i bio prvi zakon koji je najavio veliki zaokret u organizaciji zdravstva. Tada se dogodio prvi veliki korak za sestrinstvo na ovim prostorima - mogućnost osnivanja privatne prakse zdravstvene njege. Kao sudionik tih događaja, moram priznati da tada ni sama nisam bila sigurna što to uopće znači. Koliko samostalnog odlučivanja ostaje medicinskoj sestri u njezinoj prvoj privatnoj praksi. Da li su medicinske sestre uopće svjesne svoje odgovornosti preuzimajući brigu za najčešće teškog bolesnika bez mogućnosti za pomoć u trenutku zbrinjavanja. No ipak to je bila norma u kojoj se medicinska sestra u zakonu spominjala. Bila je jedina, ali izuzetno važna. Bili su to zasigurno počeci procesa profesionalizacije sestrinstva u nas.

Uspostavljanje ureda za sestrinstvo pri Ministarstvu zdravstva omogućilo je pristup centrima odlučivanja i pristup informacijama o trendovima budućeg razvoja. 1994. godine Ministarstvo zdravstva uputilo je prvi djelokrug rada medicinskih sestara u zdravstvene ustanove. To je bio prvi pokušaj službenog definiranja poslova i odgovornosti, ali bez zakonske snage. Počele su prve analize rada medicinskih sestara u zdravstvenim ustanovama iz čega su proizlazili i zahtjevi prema Ministarstvu zdravstva. Polako, ali sigurno, počeo se razvijati drugačiji pristup sestrinstvu uopće. „Plava knjiga“ bila je prvi popis postupaka sa zadanom razinom stručnosti i vremenskim trajanjem postupaka u kojima između ostalih nalazimo i postupke iz područja zdravstvene njege na svim razinama zdravstvene zaštite. U Planovima mjera zdravstvene zaštite stanovništva Republike Hrvatske pojavljuje se plan mjera patronažne službe. To je jedina djelatnost unutar zdravstvene njege za koju su po prvi puta definirane mjere koje ona samostalno provodi

Uspostavlja se suradnja sestrinskog ureda s SZO i drugim međunarodnim organizacijama. Krajem 90-tih priprema se prvi prednacrt Zakona o sestrinstvu i upućuje se ministru zdravstva.

Mukotrpane i teške rasprave o potrebi sestrinskog zakona trajale su gotovo četiri godine. Približavanje europskim standardima i mogućem članstvu u Europskoj uniji, pomoglo nam je u argumentiranju potrebe reguliranja rada medicinskih sestara.

Srpanj 2003, u povijesti sestrinstva, bit će zapisan kao najvažniji datum u posljednjih 100 godina. I ne samo za medicinske sestre, već i za cijeli sustav zdravstvene zaštite koji je po svojim načelima orijentiran zaštititi prava pacijenta.

Zakon o sestrinstvu definira i osvjetljava ulogu i odgovornost medicinske sestre i utvrđuje: obvezu donošenja standarda sestrinske prakse, ulogu medicinske sestre u timu, odnose u multi profesionalnom timu, obvezu evidencije sestrinskog rada, sustav obrazovanja, osobnu odgovornost, odnose s liječnikom.

Komora utemeljena na Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i Zakonu o sestrinstvu, kao samostalna profesionalna organizacija s javnim ovlastima, u potpunosti mijenja situaciju u hrvatskom sestrinstvu. Preuzima odgovornost za osiguravanje rada medicinskih sestara u okviru propisa koje sama donosi. Izdaje Odobrenja za samostalan rad medicinskih sestara, provodi nadzor nad radom medicinskih sestara, osigurava stručnost i odgovornost medicinskih sestara.

Pitanje je da li je sestrinstvo danas u Hrvatskoj profesija. Oko ovog pitanja mogu se razviti rasprave u kojima će se procjenjivati svi elementi koji čine jednu profesiju. Prepuštam to znanstvenicima.

Činjenica je da sestrinstvo u Hrvatskoj djeluje na temelju zakona koji precizno definiraju sve elemente djelovanja na svim razinama zdravstvene zaštite. Zakon o sestrinstvu osigurao je mogućnost osnivanja Komore, koja kroz svoje propise regulira djelovanje medicinskih sestara u Hrvatskoj. Sljedeći najvažniji korak je uspostavljanje sustava obrazovanja koji će medicinskim sestrama omogućiti školovanje do najviše stručne i znanstvene razine. Bolonjski proces otvara i tu mogućnost čiju realizaciju očekuju i sestre u Hrvatskoj.

Odgovornost za daljnji razvitak sestrinstva danas se nalazi u rukama samih sestara. Uzimajući u obzir da sustav obrazovanja mora pratiti potrebe društva i vremena, veliki su izgledi da će obrazovanje medicinskih sestara u Hrvatskoj promijeniti pristup i obrazovati medicinske sestre na temelju očekivanih znanja i kompetencija te da će obrazovanje provoditi medicinske sestre. Moderna zdravstvena njega zasnovana na znanstvenim temeljima zahtijeva ozbiljan zaokret u sustavu obrazovanja medicinskih sestara. Proces profesionalizacije sestrinstva bez promjena u sustavu obrazovanja značio bi zaustavljanje razvitka. Zahtjevi koje nam nameće približavanje europskim standardima sada se koncentriraju upravo na sustavu obrazovanja.

ŠTO JE TO PROFESIJA?

Doc. dr. sc. Gordana Cerjan-Letica

Sociologijsko određenje pojma profesija

Pojam profesija latinskog je podrijetla (professio - zanat ili posao) i u hrvatskom se jeziku¹ danas pojavljuje kao neprecizna inačica za brojne pojmove vezane uz podjelu rada: posao, poziv, služba, struka, stalež, zanat, zanimanje, zvanje i sl. Taj se pojam ipak češće rabi za određenje intelektualnih i uslužnih zanimanja, negoli, primjerice, industrijskih ili trgovačkih. Zato se kao inačica pojma profesija ponekad pojavljuju riječi: stručnjak ili ekspert, intelektualac ili inteligencija.

U svakodnevnom govoru pojam profesija i njegove izvedenice profesionalac, profesionalizam i profesionalizacija rabe se najčešće kao antipod pojmovima amaterstvo, amater, amaterizam i amaterizacija². Slična je situacija i u mnogim drugim jezicima te na nju duhovito ukazuje Moline (navedeno prema Cerjan-Letica, 2003:173): "Što je profesionalac? Što je profesija? U nogometu, glazbi, tenisu i spolnoj djelatnosti, profesionalac je naprosto ona osoba koja uzima novac za ono što drugi ljudi čine besplatno. Biti plaćen za takve poslove nužno je i dovoljno da bi neki pojedinac na stanovit način bio profesionalcem. Mogu se čak primijetiti novinarske napomene za jednu od takvih profesija: najstarija profesija na svijetu. Profesionalac se na taj način suprotstavlja amateru, koji, bez obzira na to kakav je znalac (ekspert), ne uzima novac. Nema ničega osobitog u tome da se bude profesionalcem u ovom, neamaterskom smislu".

Dihotomija profesionalac - amater nije čak ni vrijednosno jednoznačno određena, da bi pojam profesionalac značio nešto dobro i pozitivno, a pojam amater nešto manje dobro ili manje pozitivno. U tradicionalnoj sportskoj kulturi, posebice u olimpijskim natjecanjima, sve do kraja osamdesetih godina prošlog stoljeća, postojao je svojevrsni kult amaterizma. Profesionalci i profesionalizam bili su stigmatizirani, jer je vladala dogma kako su čar igre i strast za natjecanjem i sportskim savršenstvom jedini iskonski ljudski i sportski motivi, te da novac koji primaju profesionalci dovodi u pitanje samu bit sporta. Takav je, negativni vrijednosni stav³ spram profesionalizma sadržan i u Klaićevom rječniku stranih riječi (1974) u kojem se kaže: "Profesionalizam - u sportskom jeziku naziv za pojavu plaćanja igrača koji se prema tome ne bave sportom iz ljubavi nego za novac kao namještenici kluba".

Ipak, u suvremenim društvima, koja teže rastu i razvoju, te osobnom i skupnom blagostanju - slobodi, kakvoći života, boljem zdravlju, te većoj imovini, dohotku i proizvodnji - uz pojam profesije, profesionalaca i profesionalizma vežu se pretežito pozitivne vrednote, predstave i konotacije. Ti pojmovi sugeriraju da ljudi i zvanja koji nose oznaku profesionalnih, imaju visoko obrazovanje, veće znanje i sposobnost, veću djelotvornost, odgovornost i težnju k izvrsnosti u svakom pogledu. Upravo zbog te činjenice među desetak tisuća različitih

¹ Prvo značenje toga pojma koji bilježi Rječnik hrvatskog ili srpskog jezika JAZU (danas: HAZU) iz 1952. odnosi se na franjevačke redovnike (profes = redovnik i profesija = redovnički zavjet). Sličnu povijest ima pojam profesija i u drugim europskim jezicima, što upućuje na činjenicu da je razvoj (intelektualnih profesija) u Europi započeo sa svećentvom ili drugim oblicima obrazovanja povezanim s crkvom.

² Ovdje ćemo koristiti dio poglavlja *Medicinske profesije* (autori Gordana Cerjan-Letica i Slaven Letica) iz knjige: Cerjan-Letica, G. i sur. 2003. *Medicinska sociologija*. Zagreb: Medicinska naklada.

³ Općenito se može kazati kako su komunistička ideologija i poredak imali a priori negativan stav prema profesionalizaciji čitavog niza zvanja i zanimanja (kao što su primjerice poslovi menadžmenta, politički poslovi, pa i sport), dok su u drugim područjima tolerirali neku vrstu polu-profesionalizma, u: medicini, pravosuđu, obrazovanju, crkvi.

zanimanja, koja susrećemo u europskim i drugim razvijenim zemljama, tek je nekoliko uz koja se veže pojam profesije ili slobodne profesije. U područjima zdravstva i medicine nalazi se nekoliko takvih zanimanja sa statusom profesije: liječnik, medicinska sestra, stomatolog, farmaceut i sl.

Hrvatski jezik, ali i drugi europski jezici, još uvijek nema opće prihvaćena značenja pojmova profesija - profesionalac - profesionalizam, ali je u boljim rječnicima odavno primjetan trend da jezikoslovci prate leksičke konvencije koje predlažu znanstvenici. Da to pokažemo poslužiti ćemo se definicijom pojma profesija u Websterovom rječniku (2000.): (profesija je)

“Zvanje koje zahtijeva specijalizirano znanje i često dugotrajno i intenzivno pripremanje, što uključuje učenje vještina i metoda, kao i znanstvenih, povijesnih ili teorijskih načela na kojima počivaju spomenute vještine i metode. To se specijalizirano znanje odražava snagom organizacije ili usuglašenim stavom o visokim standardima postignuća i ponašanja, te pristajanjem članova profesije na stalno istraživanje i takvu vrstu rada kojoj je primarna svrha obavljanje javne službe.”

Oxford English Dictionary (1989) profesiju određuje kao “Zanimanje čija je jezgra rad a temelji se na ovladavanju kompleksnim korpusom znanja i vještina. To je poziv u kojem se znanje... ili praksa koristi u pružanju usluga drugima. Njezini članovi iskazuju svoju privrženost ekspertizi, integritetu, moralnosti, altruizmu i promicanju javnog dobra u vlastitoj domeni. Ta privrženost oblikuje osnovu za društveni ugovor između profesije i društva, što povratno jamči profesiji autonomiju u praksi i povlasticu samo-regulacije. Profesije i njezini članovi imaju odgovornost prema društvu i onima kojima pružaju usluge.”

Profesija (profesionalizam, profesionalizacija) je “..oblik organizacije rada, vrsta radne orijentacije (...) i vrlo efikasan proces kontrole koju provodi interesna grupa. Kao organizacijski oblik, profesija uključuje središnje regulacijsko tijelo kojim se osiguravaju standardi obavljanja poslova od strane pojedinačnih članova; kodeks ponašanja; pažljivo upravljanje znanjem u odnosu na ekspertizu što čini temelj profesionalnih aktivnosti; i, konačno, kontrola broja, odabira i obrazovanja novih kandidata. Radna orijentacija profesionalca ima za nužnu posljedicu ekskluzivno zanimanje za intrinzične koristi i izvođenje zadaća; povezana je s osobnim pružanjem usluga što uključuje povjerljivost koju, na primjer, možemo pronaći u medicini, obrazovanju, religiji i pravu.” (A Dictionary of Sociology, 1998.)

Navedene definicije sažimlju brojne stavove koje su razvili sociolozi pedesetih i šezdesetih godina prošlog stoljeća. Teorijsko zanimanje sociologije za fenomenologiju profesija i profesionalizma posljedica je općeg zanimanja sociologije za podjelu rada - društvenu i tehnologijsku - socijalnu strukturu, društvenu moć, pokretljivost itd.

Taj se interes pojavljuje u tri velika vala: (1) krajem devetnaestoga i početkom dvadesetoga stoljeća⁴, (2) nakon Drugog svjetskog rata, preciznije od

⁴ U prvom razdoblju vodeću ulogu u istraživanju profesija ima britanska sociologija. Baveći se tematikom podjele i organizacije rada, te alternativnim načinima organizacije društvenog života (u odnosu na tržište i tzv. čiste kapitalističke odnose), vodeći su britanski sociolozi istraživali organizaciju profesije, društvene uloge profesionalaca, odnose prema poslodavcima, državi i klijentima. Herbert Spencer (1896.) je posvetio dobar dio svog klasičnog djela *Načela sociologije* raspravi o tome kako različite profesije djeluju na području zadovoljavanja ljudskih potreba, primjenjujući specijalizirana znanja i praktične “umjetničke” vještine, kako bi riješili svakodnevne ljudske probleme: duševne, zdravstvene, pravne idr. Carr-Saunders i Wilson (1933.) težili su cjelovitoj analizi i usporedbi svih zanimanja u Engleskoj, koja se mogu smatrati profesijama. Svrha je njihove analize bila otkrivanje zajedničkih karakteristika i razlika među profesijama, usmjerena procjeni pozitivne uloge koje te profesije mogu imati u tadašnjem i budućem društvu. Konačno, Marshall (1934.) u svom eseju o profesijama zatvara krug teorijskog interesa i vrijednosne orijentacije britanskih sociologa, koji su u profesijama i

četrdesetih do šezdesetih godina⁵ i (3) nakon sedamdesetih godina⁶. U tim različitim razdobljima mijenjali su se pristupi, vrijednosna polazišta i način gledanja na fenomenologiju profesije i profesionalizma.

Sociolozi su, zbog toga, bili suočeni s gotovo eksperimentalnom društvenom situacijom stvaranja novih profesija i omasovljenja tradicionalnih (vojnih, pravnih i medicinskih). Težište istraživanja bilo je, stoga, na praćenju procesa pretvaranja "običnih" zanimanja u profesije, analizi procesa stvaranja profesionalnih udruga, etičkih kodeksa te istraživanju procesa profesionalne socijalizacije.

Osnovna teorijska dostignuća nastala su u SAD-u, a najčešće citirani autori bili su Parsons (1939/1958.), Greenwood (1955.), Goode (1957; 1960.) i Wilensky (1964.). Navedeni autori pripomogli su određivanju pojmovnih konvencija o tome koja se zanimanja mogu smatrati profesijama, te stvaranju općeg pozitivnog stava znanstvenika i javnog mnijenja prema profesijama, profesionalnim asocijacijama i profesionalizmu. Ili, kako zaključuje Freidson (1988:28): "...opći ton njihove analize prikazivao je profesije kao uzvišene sluge javnih potreba, kao zanimanja koja se razlikuju od običnih po svojoj usmjerenosti na služenje potrebama javnosti, te naučene primjene njihovih, često ezoteričnih i složenih, znanja i vještina".

Iako se ne može tvrditi kako su spomenuti sociolozi bili nekritični apologetici procesa profesionalizacije, jer su mnogi od njih kritički pisali o radu mnogih profesionalaca i profesija, njihov je opći stav prema profesionalizaciji bio pozitivan. U činjenici što profesionalne udruge i njihovi članovi - samostalno i u suradnji sa svojim klijentima - reguliraju sve odnose pružanja usluga i kontrole kvalitete, sociolozi su vidjeli pozitivnu alternativu klasičnim regulacijskim mehanizmima: državnoj regulativi i prisili, poduzetničko-menadžerskom mehanizmu i tržištu.

U razdoblju od početka do sredine dvadesetog stoljeća, sociologijska literatura podržavala je koncept profesionalizma. Profesije su bile pozitivno

profesionalizmu vidjeli obećavajući znak novog altruizma. Po njihovom sudu, taj je profesionalni alturizam trebao pozitivno promijeniti društveni i politički svijet industrijskog kapitalizma; profesionalne udruge, usmjerene općem dobru i javnom interesu, morale bi biti alternativa kapitalističkoj proizvodnji.

⁵ U drugom razdoblju, istraživanjem profesija počinju se intenzivno baviti američki sociolozi. Treba kazati da je razvoj zapadnih država i društava nakon Drugog svjetskog rata bitno osnažio društveni položaj profesija i profesionalaca. Osnovni čimbenici rasta i razvoja u industriji i društvu više nisu bili poduzetništvo, rad i organizacija, već obrazovanje, znanje, znanost i tehnologija. Ulaganja sredstava u te djelatnosti naglo su počela rasti, što je dovelo do rasta broja i društvene moći društvenih službi i profesija.

⁶ U trećem razdoblju, američki i europski sociolozi intenzivno se bave fenomenologijom profesija. To je razdoblje velike financijske, institucionalne i javne moći profesija i profesionalaca. Različiti oblici javne potrošnje ili javnih ulaganja u obrazovanje, obranu, znanost, zdravstvo, kulturu, sport i sl., dosegli su trećinu društvenog proizvoda što je dovelo do procesa preraspodjele dohotka i društvene moći. Profesije i profesionalci, sociologijski se više ne sagledavaju kao altruistički usmjereni "veleposlanici" javnih interesa i borci za profesionalnu autonomiju u odnosu na interese države i one krupnog kapitala, već kao nositelji i kreatori središta nove moći i dominacije. Gotovo istodobno, u SAD-u i Europi, umjesto neutralnoga, pozitivističkoga i funkcionalističkoga istraživačkoga pristupa, pojavljuje se kritički (strukuralistički i marksistički) pristup. Umjesto nekritičke apologije i glorifikacije procesa profesionalizacije, rasta broja i društvene moći profesionalaca i njihovih udruga, polako se počinju uočavati i ekspertiza, ali i tendencija osiromašnju (pauperizaciji) nekih profesija i profesionalaca. U korpusu tih novih, kritičkih rasprava o profesijama i profesionalizmu vrijedno je posebno istaći radove Eliota Freidsona (1970., 1986., 1988., 1994.) koji je, na primjeru medicinskih, problematizirao različite političke i kulturne utjecaje profesija. Andrew Abbott (1988.) je u središte analize uveo pitanje nadležnosti (jurisdikcije), razvio izuzetno koristan konceptualni alat za analizu načina na koji profesije pregovaraju o svojoj nadležnosti s drugim profesijama i zanimanjima u njihovom području društvene podjele rada i tržištu rada.

opisivane, razlagala su se racionalna objašnjenja njihova postojanja i naglašavala se predanost pojedinih izvršitelja davanju profesionalnih usluga. Doduše, uočen je već tada sukob između nesebičnosti i vlastitog interesa, ali se vjerovalo da će privrženost pružanja usluga rezultirati altruističkim ponašanjem. Šezdesetih godina dvadesetog stoljeća, sociologijska se literatura mijenja. Što se područja zdravstva tiče, utvrdilo se da liječnici iskorištavaju svoj monopol kako bi stvorili potražnju za uslugama koje bi onda zadovoljavali. Identificirani su ozbiljni neuspjesi u samoregulaciji i zloupotreba kolegijalnosti kako bi se zaštitili nestručni i nesavjesni liječnici. Liječnici su kritizirani zbog nametanja vlastitih financijskih interesa na štetu pojedinačnih pacijenata i cijelog društva. Konačno, počelo se propitivati ima li društvo stvarne koristi od profesionalizma (Larson, 1977.).

U posljednja dva desetljeća uočeni su značajni pomaci sociološkoj interpretaciji profesija, osobito u medicini. Iako je situacija u pojedinim zemljama različita, može se reći da je, na primjer, u zdravstvenoj zaštiti došlo do dramatičnih promjena - sve više jača utjecaj države i korporativnog sektora, pa istraživanja potvrđuju da zdravstvene profesije (liječnici) gube nadzor nad medicinskim tržištem, manje utječu na strukturu tržišta i načine plaćanja. Društveni znanstvenici su uočili da modeli zdravstvene zaštite koji se temelje na državnoj ili korporacijskoj kontroli, imaju sasvim drugačije ciljeve i vrjednote od onih strukturiranih na profesionalizmu. Profesionalni model u odnosu na državni i korporacijski ima neosporne prednosti, pa mu znanstvenici ponovo daju podršku uz jednoglasni zaključak da profesionalizam mora biti posvećen općem dobru. Tu pojavu Freidson (1994.) naziva "ponovnim rođenjem profesionalizma", a Sullivan (1995.). "civilnim profesionalizmom".

Značajke profesije i procesi profesionalizacije

Navedeni sociolozi odredili su tako kriterije koje mora ispunjavati neko zanimanje da bi se smatralo profesijom, a opisali su, na temelju povijesnih istraživanja, i sam proces razvoja profesija.

William Goode (1957; 1960.) izdvađa dvije temeljne i deset dodatnih značajki (karakteristika) svake profesije. Temeljne su karakteristike: (1) produljeno školovanje, usmjereno stjecanju specijaliziranog apstraktnog znanja; te (2) orijentacija pripadnika stanovite profesije pružanju neke usluge definiranoj skupini korisnika i potreba. Te je postavke prihvatio i Freidson (1988.).

Kada se jednom utemelji neka profesionalna skupina ili zajednica, ona počinje društveno natjecanje i borbu za učvršćenje moći, na temelju formalizacije društvenih odnosa s klijentima, kolegama, službenim ustanovama izvan profesije i državom.

Uz navedene dvije, svaka profesija prema Goodeu (1960:903) ima još deset dodatnih značajki:

- Profesija određuje standarde i propise o vlastitom obrazovanju i osposobljavanju.
- Studenti koji se pripremaju za stanovitu profesiju prolaze kroz strože socijalizacijsko iskustvo nego pripadnici drugih zanimanja.
- Pravo na obavljanje profesionalne prakse obično se potvrđuje nekim oblikom dopuštenja (licencijom).
- Tijela koja izdaju profesionalna uvjerenja i dopuštenja (licencije), te primaju pripadnike stanovite profesije na rad, sastoje se isključivo ili pretežito od članova te profesije.
- Većinu propisa (zakona) vezanih uz organizaciju i djelatnost stanovite profesije određuju također članovi te profesije.
- Određena profesija donosi svojim pripadnicima visoki dohodak, moć i ugled (prestiz), te stoga može birati vrlo sposobne studente.
- Pripadnik određene profesije zaštićen je od laičkog vrjednovanja i nadzora.

- Propisi o profesionalnoj praksi, koje određuju profesionalne udruge, stroži su od zakonskih propisa.
 - Pripadnici određene profesije čvršće se s njom poistovjećuju nego pripadnici drugih zanimanja.
 - Profesija je životni poziv koji se rijetko mijenja.
 - Greenwood (1955; navedeno prema Twaddle i Hessler, 1987:161) izdvaja pet svojstava (atributa) profesije:
 - Profesija počiva na nekoj sistematičnoj teorijskoj osnovici.
 - Klijenti određene profesije prihvaćaju njezinu nadležnost i autoritet. Određena profesija mora imati etički kodeks, kojim se uređuju odnosi pripadnika profesije s kolegama, klijentima i državom.
 - Profesija stvara i njeguje posebnu profesionalnu kulturu a stječe se procesom profesionalne socijalizacije.
 - Uz istraživanja stanja (svojstava, značajki, strukturnih i kulturnih posebnosti) pojedine i svih profesija, sociolozi su istraživali i proces profesionalizacije, tj. proces nastanka pojedine profesije ili pretvaranja određenog "običnog" zanimanja u profesiju. Iako postoje mnoge povijesne i nacionalne posebnosti⁷, analizirajući razvoj osamnaest zanimanja koja su stekla profesionalni status u SAD-u, Wilensky (1964.) je izdvojio pet etapa⁸ u procesu uspješne profesionalizacije:
1. Obavljanje određenog zanimanja u punom radnom vremenu;
 2. Uspostavljanje sustava obrazovanja za to zanimanje - profesiju na sveučilišnoj razini;
 3. Osnivanje profesionalne udruge na lokalnim razinama, a zatim na državnoj;
 4. Zakonska zaštita prava monopola na uporabu određenih vještina i pružanje određenih usluga;
 5. Razradba i usvajanje formalnog etičkog kodeksa.

Wilensky je naprosto istraživao "datume prvog pojavljivanja događaja" u različitim američkim profesijama - prvu školu za izobrazbu, prvi fakultet, prvu lokalnu udruhu, prvu nacionalnu udruhu, prvi zakon o licenciranju i prvi etički kodeks. Utvrdio je da se događaji odvijaju upravo tim redoslijedom i stvorio

⁷ Proces razvoja profesija u Hrvatskoj kasni više od pola stoljeća. Preciznije rečeno, mnoge profesije, a među njima i zdravstvene i medicinske, nisu imale mogućnosti za pun i nesmetan institucijski, obrazovni, gospodarski i kulturni razvitak. Od svih tradicionalnih profesija (svećeničke, pravne vojne, medicinske), liječnici su ipak imali najveći stupanj slobode i profesionalne autonomije, ali su još uvijek bili daleko od prakse u zapadnim demokratskim i razvijenim zemljama. Pad komunizma, raspad Jugoslavije i stvaranje suvremene hrvatske države i društva pružaju osnovne pretpostavke za razvoj zdravstvenih i drugih profesija u Hrvatskoj. Istodobno rat i njegove posljedice, gospodarska kriza i naslijeđe predstavljaju ozbiljne prepreke razvoju suvremenog profesionalizma u medicini i zdravstvu, kako u liječništvu, tako i u drugim područjima: sestrinstvu, stomatologiji, farmaciji i sl.

⁸ Abbot je u svojoj knjizi *Sistemi profesije* (1988) ukazao na metodološke teškoće u generaliziranju sekvencija događaja (tzv. model karijere) i predlaže teorijsku shemu koja naglašava međuovisnost pojedinih sekvenci, a ne njihov redoslijed. Pošto je nadležnost (jurisdikcija) definirajući odnos u profesionalnom životu, on prati sekvencije kontrole nadležnosti - odnosno istražuje *tko* kontrolira *što*, *kada* i *kako*. "Profesija se razvija kada jurisdikcija (p)ostane nezauzeta, što se može dogoditi ukoliko je profesija novostvorena ili ukoliko ju je raniji stanar sasvim napustio ili nad njom izgubio čvrsti stisak. Ukoliko već postojeća profesija preuzme ispraznjenu nadležnost, može doći do napuštanja neke od drugih jurisdikcija te profesije ili, pak, u tom dijelu može zadržati samo supervizijsku kontrolu. Takvi se događaji, na neki način, šire unatrag, a praznine nadležnosti, više od samih profesija, preuzimaju inicijativu." (Abbot, 1988: 3).

Čini nam se da je Abbotov pristup plodniji za objašnjenje profesionalizacije sestrinstva i odnosa liječnika i sestara od onih klasičnih pristupa koji se najčešće koriste.

narativnu strukturu (tzv. naraciju profesionalizacije) koju je sjajno parafrazirao Abbot (1988:): profesija nastaje kada ljudi počinju “raditi u punom radnom vremenu stvari koje treba obaviti”. No, tada se postavlja pitanje naobrazbe, a potiču ga ili pristupnici (novi članovi) ili klijentela. Stvaraju se škole. Ukoliko već od samog početka nisu povezane sa sveučilištem, ta se veza odmah nastoji uspostaviti. Tada se neizbježno razvijaju viši obrazovni standardi, vrijeme školovanja se produljuje i formira se skupina nastavnika koja u punom radnom vremenu obrazuje buduće profesionalce. Tada se nastavnici udružuju sa svojim prvim diplomantima kako bi promicali profesiju i stvaraju profesionalne udruge. Udruge omogućavaju aktivniji profesionalni život i dublje samopromišljanje. Moguće je da će se u toj fazi zahtijevati promjena imena profesije a eksplicitno se nastoji odvojiti kompetentne od nekompetentnih članova. Određuje se središnja zadaća profesije i, posljedično, rutinski rad se delegira paraprofesionalcima. U isto vrijeme, pokušaj da se stručni razdvoje od onih koji to nisu, generira unutrašnji sukob između formalno školovane mlađe generacije i starijih koji su se obrazovali kroz posao; paralelno se pojačava i sukob s autsajderima. U tom razdoblju također se nastoji osigurati zaštita države, iako se to ne događa uvijek i nije specifično za svaku profesiju. Konačno, pravila koja su se nametnula kroz ove događaje, pravila kojima se eliminira vanjska konkurencija i šarlatanstvo a utemeljuje zaštita klijenata, stapaju se u formalni etički kodeks i time se naracija profesionalizacije zaokružuje.

Turner (1994:140-141) smatra da proces profesionalizacije predstavlja strategiju za postizanje monopola (kontroliranja tržišta) određenog zanimanja kroz tri dimenzije:

1. Proizvodnju i održavanje ezoteričnog znanja koje zahtijeva znatnu interpretaciju u primjeni. Za održavanje toga specifičnog znanja, određeno zanimanje mora biti utemeljeno kroz formalno sveučilišno obrazovanje.
2. Održavanje i odgajanje velikog broja korisnika te profesije (ekstenzivna klijentela). To uključuje razvitak strategija potiskivanja konkurencijskih zanimanja s tržišta. Pristup korisnicima zahtijeva zakonsku regulativu.
3. Zadržavanje određenih privilegija u obavljanju poslova i pružanju usluga, kako bi se sačuvala autonomija u davanju usluga i u odnosima s klijentima. Profesije se opiru de-profesionalizaciji što je uključena u upravne strategije na radnim mjestima koje fragmentiraju i rutiniziraju odnose između eksperata i klijenata.

Društveni ugovor između profesija i društva

U jednoj recentnoj studiji Cruess i suradnici (2002) tvrde da je *društveni ugovor između profesija i društva* relativno jednostavan (vidi također: Dowton, 2004). Profesiji je zagaraniran monopol nad upotrebom specijaliziranog znanja, kao i značajna količina autonomije, prestiža i financijskog nagrađivanja - podrazumijevajući da profesije garantiraju stručnost, nesebično pružanje usluga (altruizam) i vođenje poslova na moralan način i s integritetom. Autori su predložili vrlo jednostavno analitičko sredstvo za sociologijsku analizu profesija - ukrštanje obveza (koje profesija ima prema klijenteli i društvu u cjelini) s pojedinim svojstvima profesije. Detaljnije ćemo predstaviti njihov model “društvenog ugovora” zbog njegove jednostavnosti i upotrebljivosti za analizu stanja profesionalizma zdravstvenog sektora.

Kompleksnost specijaliziranog znanja. Opće je suglasje da je stvarni *raison d’être* svih profesija kompleksnost znanja koje svaka pojedina profesija kontrolira - to je znanje toliko specijalizirano da ga opća javnost, usprkos suvremene informatičke tehnologije, ne može razumjeti. Zato što je profesijama povjeren suštinski nadzor nad tim znanjem, one su stekle odgovornost za vlastiti integritet, valjanu primjenu i širenje znanja, što za područje zdravstva znači znanstvenu podršku, te

obvezu prenošenja tog znanja na “unovačene” pripadnike profesije, klijente i opću javnost.

Pružanje usluga. Znanje se koristi kako bi se drugima pružila neka usluga. Liječnici su svoja znanja rabili u korist svojih pojedinačnih pacijenata gotovo dva tisućljeća. Međutim, kompleksnost i veliki troškovi zdravstvene zaštite posljednjih desetljeća doveli su do toga da je medicina stekla obvezu da služi isto tako i širem društvu. Time su na dnevni red stavljena potpuno nova pitanja - pristup zdravstvenoj zaštiti i pravedna raspodjela ograničenih resursa (Evans, 2001)

Altruizam. Opća javnost poklanja profesijama svoje povjerenje čime one stječu privilegirani status u društvu; opća javnost od profesija očekuje, za uzvrat, nesebično pružanje usluga. Za zdravstvene profesije, osobito liječnike i sestre, to znači da im interes individualnih pacijenata treba biti iznad interesa članova profesije.⁹

Autonomija. Pojedinačnim profesionalcima dodjeljuje se dostatna autonomija kako bi djelovali u najboljem interesu svojih klijenata. Sve do kraja dvadesetog stoljeća, autonomija se izražavala na paternalistički način. U području zdravstva, recentni tijek razvoja profesija doveo je do priznavanja autonomije i za pacijente, tako da se odnosi pojedinačnih profesionalaca i pacijenata sagledavaju kao partnerstvo. Profesije kao cjeline su također dobile pravo na kolektivnu autonomiju kroz proces samoregulacije povlastica ali i obveza profesije da određuje i održava standarde obrazovanja i usavršavanja, načine pristupanja profesiji i standarde prakse. Profesija mora garantirati stručnost svojih članova i apsolutna joj je obveza disciplinirati neprofesionalno, nekompetentno i neetično ponašanje.

Profesionalne udruge i tijela koja odobravaju samostalni rad (licencije). Profesionalne udruge su najočitija manifestacija formalne organizacije profesije. One su formalno sredstvo kojim se interes članova profesije kolektivno izražava a politički usmjerava (Freidson, 1988.). To pravo profesionalnih udruga uređeno je državnim zakonima i podložno je promjenama (postane li društvo kao cjelina nezadovoljno načinom djelovanja udruga). Zajednički ciljevi artikuliraju se “uz pomoć kolegijalnosti kao profesionalne vrjednote” (Ihara, 1988). Uloga udruga u samoregulaciji je najvažnija pa su i očekivanja javnosti prema njima značajna, osobito u garanciji kvalitete pruženih usluga i davanja stručnih savjeta u njihovoj domeni. Zadaća je profesionalnih udruga i zaštita interesa vlastitog članstva. Jasno je da se te dvije uloge mogu sukobiti i da profesionalne udruge ne rješavaju uvijek najmudrije te konflikte - što javnost najčešće vidi kao ignoriranje općih interesa u korist interesa profesije. Takav je javni stav doveo do pada povjerenja u profesije općenito, pa i u one u zdravstvu.

Odgovornost. Profesionalci su odgovorni svojim klijentima i svojoj profesiji. Značajan doprinos zdravstvene zaštite blagostanju društva, udružen sa značajem troškova, proizveo je novi oblik odgovornosti na gospodarstvenoj i političkoj razini. Dakle, uz samorazumljivu odgovornost za zaštitu pacijenata i samoregulaciju profesije, liječnici su dobili i odgovornost za financijske posljedice svojih (profesionalnih) odluka.

Moralnost i integritet. Profesionalci moraju demonstrirati vrline i moralnost, a svoj posao obavljati s integritetom. To se podjednako očekuje i od ustanova što ih predstavljaju. Profesionalne udruge se ne smiju uključivati u aktivnosti koje bi

⁹ Upravo zbog (nepoštivanja) ove karakteristike profesije “društveni stavovi prema profesionalizmu su se promijenili od pružanja društvene podrške k sve većoj kritičnosti” a “glavna prijetnja profesionalnom statusu medicine dolazi od javnog nepovjerenja profesiji u cjelini (Cruess i sur. 2002: 208). Autori tvrde kako se osobito kritiziraju liječnici jer se rukovode svojim vlastitim financijskim interesima i jer nisu uspostavili odgovarajuće samoregulatorske mehanizme kojima bi se osigurala očekivana kompetencija.

ugrozile etičnost i integritet profesije. Vrline, moralnost i etičnost moraju biti sastavni dijelovi postupaka i procesa samoregulacije i upravljanja profesijom.

Etički kodeks. Predstavlja primijenjenu moralnost profesije; rukovodi ponašanjem članova profesije propisujući im poželjne smjernice i kao takav važni je dio javnih očekivanja u odnosu na profesiju. Freidson (1988) smatra da usprkos toga što gotovo sve profesionalne udruge imaju formalne etičke kodekse, malo ih je koje posjeduju doista izgledne mehanizme za poduzimanje stvarno efikasnih aktivnosti na ispravljanju prekršaja u ponašanju.

Zaključimo, kompleksnost specijaliziranog znanja, pružanje usluga, altruizam, autonomija, profesionalne udruge, odgovornost, moralnost i integritet te etički kodeks predstavljaju kriterije postojanja suvremenih profesija. Značaj tih organizacijskih obrazaca ne treba ni precjenjivati ni podcjenjivati-oni samo utvrđuju formalni okvir unutar kojeg se odvija *stvarno* ponašanje svakog pojedinog profesionalca.

„ULOGA OBRAZOVANJA U PROFESIONALIZACIJI SESTRINSTVA“

Prof. dr. sc. Mladen Havelka

Ukoliko je *kompleksnost specijaliziranog znanja koja kontrolira pojedina profesija* ključno obilježje po kojem neko "zanimanje" ili "struka" postaju profesija, onda je jasno koliko je velika uloga obrazovanja u procesu prerastanja pojedinih struka ili zanimanja u profesiju. Kompleksna i specijalizirana znanja koja omogućavaju monopol pojedine profesije nad obavljanjem poslova za koje su jedino pripadnici te profesije kompetentni, mogu se steći samo u procesu kvalitetnog, dugotrajnog i zahtijevnog obrazovanja. Takvo obrazovanje jamči i značajnu autonomiju, prestiž i nagrađivanje pripadnika profesije, jer je vezano uz takvu razinu stručnosti kojom se neprikosnoveno može jamčiti i uspješnost u pružanju profesionalnih usluga klijentima, usluga čija kvaliteta najviše ovisi o kvaliteti sustava obrazovanja dotične profesije.

Jedino profesije koje mogu jamčiti vrlo kvalitetan sustav vlastitog obrazovanja usmjeren stvarnim potrebama njihovih klijenata, mogu računati i na prestižnost i nagrađivanje njihovih usluga.

Da li je sestrinstvo danas u Hrvatskoj postiglo razinu kvalitete koja može jamčiti potrebnu, profesionalnu razinu kvalitete sestrinskih usluga kao i preuzeti punu odgovornost za pružene usluge ?

Obrazovna heterogenost sestrinstva

Odgovor na to pitanje podrazumijeva rasčlambu pojma sestrinstvo na nekoliko razina na kojima se danas odvija i sestrinsko obrazovanje i pružaju sestrinske usluge. Naime, kada spomenemo pojam "*sestrinstvo*" nikako nismo sigurni na koje se se medicinske sestre taj pojam zapravo odnosi.

Dok i kod drugih etabliranih profesija - liječnika, psihologa, arhitekata, farmaceuta, stomatologa., uglavnom jasno koje bazično obrazovanje su morali steći da bi dobili svoj profesionalni status, u slučaju medicinskih sestara to nije tako. Da li u tipične predstavnice hrvaskog sestrinstva spadaju one medicinske sestre koje su završile srednju školu za medicinske sestre, i kojih ima najviše u sustavu hrvatskog zdravstva (oko 25 000), ili pak one koje su stekle višu stručnu spremu (njih oko 3 500), ili možda samo one najmalobrojnije koje su posljednjih nekoliko godina stekle trogodišnje sestrinsko obrazovanje ?

Srednje medicinske sestre mogu potpuno legitimno tvrditi da one obavljaju najveći opseg poslova "zdravstvenih njega", više medicinske sestre da su one oslonac organizacije sustava sestrinstva u ustanovama zdravstvene zaštite, posebice u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a mali broj visoko obrazovanih medicinskih sestara na razini stručnog bakalaureata iz sestrinstva, da bez njih nema razvoja specijalističkih pristupa u sestrinstvu, jer jedino one mogu upisati specijalističke studije i time doprinijeti konačnoj profesionalizaciji sestrinstva kroz produkciju medicinskih sestara na razini obrazovanja koja jedina omogućuje samoreprodukciju vlastite profesije.

Potpuno je jasno da se hrvatsko sestrinstvo i zdravstvo u cjelini ne može odreći usluga najvećeg broja medicinskih sestara u Hrvatskoj - srednjih medicinskih sestara - koje su sadašnji nositelji najvećeg dijela sestrinske djelatnosti bez obzira na činjenicu da razina njihova obrazovanja nije prilagođena europskim standardima sestrinske struke/profesije.

Isto tako, ne može se zanemariti činjenica su da više medicinske sestre svojim obrazovanjem prošle već dvije trećine puta ka europskim standardima i da trebaju samo mali dodatni poticaj da postignu potrebnu europsku razinu formalnog obrazovanja.

I konačno, ne može se osporiti da par stotina medicinskih sestra koje su već postigle europsku razinu obrazovanja (barem u formalnom smislu), predstavljaju jedine postojeće potencijalne kandidate za razvoj sestrinskog obrazovanja još višim razinama.

Zbog takve je slojevite i nehomogene obrazovne strukture hrvatskog sestrinstva, u kojoj se pojam "medicinska sestra", odnosi na osobe koje su završile različite stupnjeve obrazovanja i različitim putevima došle do pojedinih razina sestrinskih kompetencija, teško govoriti o postojanju "sestrinske profesije".

Gdje su *granice te profesije*, nije jasno ne samo u odnosu prema drugim profesijama, primjerice liječnicima, već i prema vlastitoj profesiji. Koja je razina obrazovanja i kompetencija unutar vlastite profesije taj "prag" koji dijeli nekvalificirani sestrinski posao od "samostalnog i odgovornog pružanja usluga temeljenih na kompleksnim specijaliziranim znanjima", pitanje je na koje ovaj uvodni prikaz nema namjeru definitivno odgovoriti, već samo provocirati raspravu o tome i potaknuti donošenje zaključaka koji mogu doprinijeti konačnom razgraničenju sada nejasnih granica kompetencija pojedine razine sestrinskog obrazovanja.

Zbog tih se razloga u krajnjim konzekvencama može postaviti i sasvim opravdano pitanje - nije li na ovom stupnju razvoja sestrinstva u Hrvatskoj inzistiranje na razvoju sestrinstva kao profesije ustvari početak rastakanja sestrinstva na elitni malobrojni "profesionalni" sloj medicinskih sestara i one mnogobrojne koje su ustvari nosioci sestrinske djelatnosti u zdravstvu, a koje bi (ukoliko prihvatimo „elitističku“ koncepciju), uskoro trebale postati, samo "pomagačko osoblje" kako liječnika tako i samih kvalificiranih profesionalnih medicinskih sestara. I da li je takav razvoj u sadašnjim razvojnim okolnostima zdravstvenog sustava uopće moguć.

Nesumnjivo je da će nam još dugo trebati medicinske sestre koje su glavni nositelji sestrinske djelatnosti, a koje su pretežno srednje stručne spreme, ali je također jasno da nam nužno treba i „sestrinska elita“ koja će povući razvoj sestrinstva prema konačnoj profesionalizaciji.

Strateški pravci razvoja sestrinskog obrazovanja

Kako onda planirati strateški razvoj sestrinskog obrazovanja i sestrinstva uopće, uvažavajući spomenute okolnosti? Očito je odgovor dvojak. Treba čuvati postojeću strukturu sestrinske djelatnosti unapređujući je kroz vrlo ekstenzivne programe cjeloživotnog obrazovanja, ali istovremeno i težiti stvaranju vrlo obrazovanog sloja medicinskih sestara radi promicanja razvoja kako najviših razina obrazovanja, tako i najviših razina kompetencija i odgovornosti u sestrinstvu.

A suvremeni trendovi u obrazovanju uopće, pa tako i sestrinskom obrazovanju posebice, omogućuju pristupe koji zadovoljavaju oba strateška nečeka - i intenzivan razvoj cjeloživotnog obrazovanja kao i razvoj novih, viših stupnjeva obrazovanja za sestrinsku elitu.

Bolinjski proces i burne promjene u obrazovanju uvjetovane najviše približavanjem Europi a ne unutarnjim „sazrijevanjem uvjeta“ otvara brojne prostore razvoja sestrinske profesije putem unapređenja sestrinskog obrazovanja.

Koje su to nove mogućnosti ?

Nove mogućnosti obrazovanja medicinskih sestara

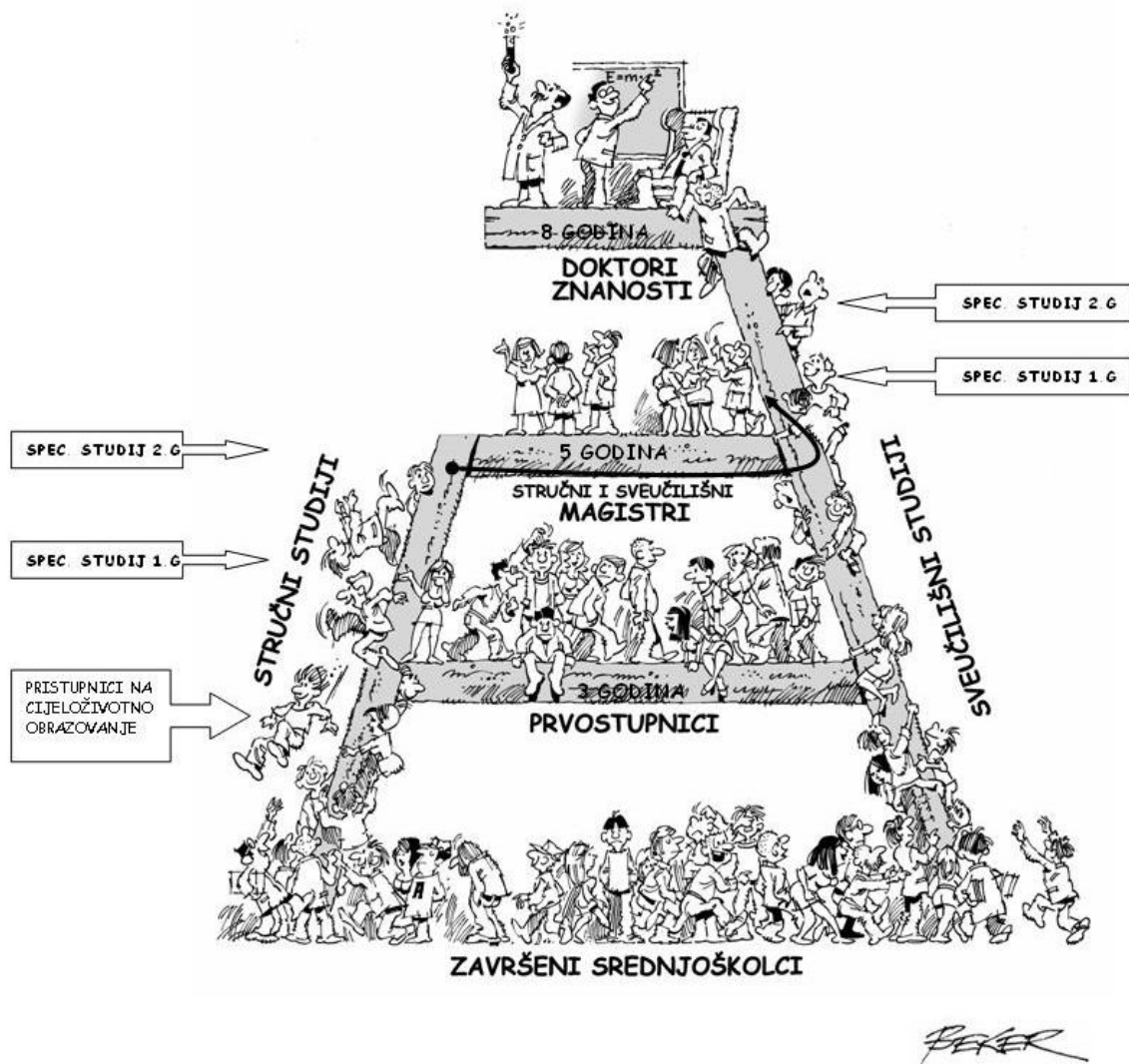
Slobodno se može konstatirati da nikada do sada u Hrvatskoj nije bilo toliko širokih okvira za razvoj sestrinskog obrazovanja. Razlog tome je usklađivanje našeg obrazovnog zakonodavstva sa standardima Europske unije. Bolonjskom deklaracijom, koju je potpisala i Hrvatska, preuzete su obveze da se naše visoko obrazovanje uskladi s obrazovanjem u „europskom obrazovnom prostoru“ tj. uskladi s osnovnim načelima Bolonjske deklaracije. Time su otvorene gotovo neslućene mogućnosti obrazovnog napredovanja brojnih struka koje su godinama nalazile „u slijepim ulicama viših stručnih sprema“, bez mogućnosti stjecanja najviših stupnjeva obrazovanja unutar vlastite struke.

Prema Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, nakon srednjoškolskog obrazovanja na razini stručnih studija (među koje spada i studij sestrinstva), mogući su slijedeći stupnjevi obrazovanja;

1. *dvogodišnji specijalistički studij* nakon završene srednje škole (zamišljeni kao oblik cijeloživotnog obrazovanja za one koji su se zaposlili odmah nakon završene srednje škole),
2. *trogodišnji studiji* ili studiji prve razine visoke stručne spreme kojima se stječe naziv prvostupnika ili bakalaureata. Prema preporukama europskih i svjetskih sestrinskih tijela, ovaj stupanj trebala bi biti ona sestrinskog obrazovanja koja omogućava samostalnost i kompetentnost za obavljanje složenih poslova u sestrinstvu, dakle prva stepenica u profesionalizaciji sestrinstva.
3. *jednogodišnji diplomski specijalistički studiji* nakon trogodišnjih studija
4. *dvogodišnji diplomski specijalistički studiji* nakon trogodišnjih studija
5. *integralni četverogodišnji studij*
6. *jednogodišnji specijalistički studij* nakon integralnog četverogodišnjeg studija
7. *dvogodišnji specijalistički studij* nakon integralnog četverogodišnjeg studija
8. *doktorski studij*

Često spominjana razlika između stručnih i sveučilišnih studija u novom modelu obrazovanja prestaje biti važna. Iz svake od dvije osnovne vrste studija - stručnih i sveučilišnih - biti će moguć prijenos ECTS - bodova na drugu vrstu studija. Najvažnije je koliko pojedini program ima nastavnih opterećenja, koliko je kvalitetan u izvedbi, a manje je važno unutar kojeg se sustava izvodi jer bi prohodnost između sveučilišnog i stručnog obrazovanja trebala biti velika.

KONVERGENTNI MODEL STRUČNIH I SVEUČILIŠNIH STUDIJA



Ono što preostaje je dogovor unutar samih struka o najboljim strategijama razvoja vlastitog obrazovanja i pokušaji da tu svoju strategiju nametnu kao društveno prihvaćeni pravac razvoja.

Najvažnije pitanje koje moraju razriješiti same medicinske sestre je pitanje na kojoj razini obrazovanja i odgovornosti treba postaviti granicu između sestrinstva kao struke i sestrinstva kao profesije. Ukoliko standarde obrazovanja za sestrinsku profesiju postavimo prenisko, naći ćemo se u situaciji da punu autonomiju i profesionalizaciju sestrinstvo u Hrvatskoj neće tako brzo doseći. Postavimo li standarde previsoko, naći ćemo se u situaciji u kojoj će najveći broj medicinskih sestara srednje stručne spreme, dakle sestra sa ogromnim praktičnim znanjem stečenim višegodišnjim radom u sestrinskoj praksi, ispasti iz „sestrinske profesije“ i pretvoriti se u pomoćno osoblje.

I na toj razini rasprava o obrazovanju i profesionalizaciji sestrinstva dobiva potpuno drugu dimenziju. Ona počinje polako prerastati u nešto sasvim drugo. Ne više u dokazivanje nužnosti postizavanja što viših stupnjeva formalnog obrazovanja u sestrinstvu, već u dvojbu oko moguće razine profesionalizacije sestrinstva u sadašnjoj situaciji, opterećene povijesnim okolnostima čije je posljedica sadašnja obrazovna struktura medicinskih sestara u Hrvatskoj.

Jedini mogući izlaz iz ove situacije je opsežan razvoj cjeloživotnog obrazovanja u sestrinstvu. Činjenica je da među našim srednjim medicinskim sestrama ima mnoštvo vrsnih stručnjaka, ali bez potrebne formalne edukacije nužne za postizavanje profesionalizacije sestrinstva. Bilo bi potpuno neprimjereno zanemariti tu činjenicu i takve medicinske sestre svesti na razinu nesamostalnog pomoćnog zdravstvenog osoblja. Time bi se obezvrijedio i sav trud koje su one same uložile u vlastito stručno usavršavanje stjecanjem znanja i vještina kroz rad u praksi. I konačno time bi se unazadila i postignuta razina standarda kvalitete sestrinske prakse, bez obzira temeljila se ona na kvalitetnim formalnim ili neformalnim kompetencijama. Jedini način da se to izbjegne je osmišljavanje modela trajnog obrazovanja medicinskih sestara unutar kojeg će biti moguće da neformalno stečena teoretska i praktična znanja budu doprinos daljnjem formalnom cijeloživotnom obrazovanju. Time nećemo izgubiti sva dragocjena znanja i vještine kojima naše srednje medicinske sestre raspolažu, a omogućiti će se i poticati trajni naponi ka postizavanju sve većih razina obrazovanja.

Postojanje Zakona o sestrinstvu i osnivanje Hrvatske komore medicinskih sestara otvara brojne mogućnosti cijeloživotnog obrazovanja medicinskih sestara. Već sama činjenica nužnosti licenciranja sestrinske djelatnosti daje na znanje drugim profesijama u zdravstvu da sestre misle ozbiljno. Jer samo one struke koje potiču svoje članove na trajno obrazovanje, na stalno profesionalno samopotvrđivanje, imaju pravo na profesionalnu neovisnost.

Nakon dogovora o strategijama obrazovanja, treba svladati i postojeće društvene prepreke koje stoje i na putu društvenog prihvaćanja dogovorenih pravaca razvoja sestrinskog obrazovanja i sestrinske profesije. još mnoge prepreke.

Prepreke profesionalizaciji sestrinstva

Dvije su osnovne kategorije prepreka profesionalizaciji sestrinstva i povećanju obrazovnog statusa medicinskih sestara.

Prva, vezana uz tradicionalni stav prema sestrinstvu, koji proizlazi iz povijesnog razvoja sestrinstva i vrlo je jak i danas, a prema kojem je sestrinstvo pomoćna profesija koja ne treba imati svoju autonomiju a ni visok stupanj profesionalizacije, jer ono je samo u funkciji „glavne stvari“ tj. u funkciji pružanja pomoći medicini i liječnicima. Taj stav i ne bi bio tolika prepreka daljnjeg razvoja sestrinstva kada bi bio proširen samo među liječnicima. Međutim, mnoge medicinske sestre još uvijek svoju ulogu percipiraju sukladno takvom tradicionalnom odnosu sestrinstva i medicine tj. medicinskih sestara i liječnika.

Bojazan od gubitka hijerarhijskog monopola u zdravstvu, kojeg tradicionalno drže liječnici, vidljiva je kočnica razvoja i drugih, a ne samo sestrinske profesije, primjerice fizioterapeuta, radioloških inženjera i slično. Budući da je model organizacije zdravstva hijerarhijski, a ne interdisciplinarni, svako približavanje kvantumu znanja i vještina koje imaju liječnici, izaziva otpore.

Kako bi se oni umanjili, razvoj sestrinske profesije mora se usmjeriti u pravcu koji se temelji na teorijama holističkog pristupa čuvanju zdravlja i liječenja bolesti, pristupa koji se temelji na potpuno drugačijim obrazovnim konceptima od klasičnog medicinskog obrazovanja.

Druga kategorija prepreka vezana je uz specifičnosti organizacije i financiranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Proračunsko financiranje zdravstvenog sustava u situaciji trajnog manjka novca za sve širi raspon sve skupljih zdravstvenih usluga, nedovoljno razvijen sektor privatnog zdravstva i neracionalnost financiranja zdravstva ujednačavanjem cijena usluga bez obzira na njihovu kvalitetu, svako obrazovno i profesionalno napredovanje medicinskih sestara promatra kroz prizmu novih troškova koje će takvi trendovi profesionalizacije izazvati. Iako će se načelno mnogi kreatori strategija razvoja zdravstva složiti da bolje obrazovana i u svom radu profesionalnija medicinska sestra na dulji rok može polučiti znatne uštede zdravstvenog novca, suočeni s aktualnom (gotovo kroničnom) situacijom manjka financijskih sredstava u zdravstvenim fondovima, neće biti skloni niti jednom pomaku u razvoju bilo koje zdravstvene struke, koji dovodi do značajnog povećanja troškova zdravstvenih usluga. U takvoj situaciji čak i one medicinske sestre koje već imaju visok obrazovni status u sestrinstvu, u zdravstvenoj praksi nisu vrednovane sukladno tom statusu.

O uspješnosti samih medicinskih sestara, njihovih udruženja a posebno Hrvatske komore medicinskih sestara ovisi kako brzo i koliko uspješno će postojeće prepreke na putu profesionalizacije sestrinstva u Hrvatskoj, biti prevladane.

Zaključci rasprava sa ove Konferencije trebali bi biti kvalitetan doprinos tome.

ZAKONSKI PROPISI KOJI UTJEČU NA ZAKONSKI STATUS SESTRINSTVA

Miroslav Radić, dipl. iur.

UVOD

Hrvatski sabor je na sjednici od 17. srpnja 2003. donio Zakon o zdravstvenoj zaštiti i pet profesionalnih zdravstvenih zakona: Zakon o liječništvu, Zakon o stomatološkoj djelatnosti, Zakon o medicinsko - biokemijskoj djelatnosti, Zakon o sestrinstvu i Zakon o ljekarništvu. Ovi zakoni uređuju prava i obveze liječnika, stomatologa, medicinskih biokemičara, medicinskih sestara i magistra farmacije i ove zdravstvene radnike određuju kao profesije koje su nositelji zdravstvene djelatnosti i koji imaju svoje komore, kao stručne i strukovne organizacije..

Zakon o zdravstvenoj djelatnosti određuje da se zdravstveni radnici imaju pravo i obvezu stručno usavršavati radi održavanja i unapređivanja kvalitete zdravstvene zaštite, a da sadržaj, rokovi i postupak provjere stručnosti propisuju općim aktom nadležne komore.

Nadalje Zakon o zdravstvenoj zaštiti određuje da zdravstveni radnik poslije položenog stručnog ispita dobiva odobrenje za samostalan rad, koje je javna isprava, a koju prema posebnim zakonima profesija izdaju komore.

Odobrenje za samostalan rad ne dobivaju svi zdravstveni radnici, nego samo oni koji imaju posebne zakone i svoje komore. Dakle, oni koji su označeni kao nositelji zdravstvene djelatnosti.

Kako su svoje profesije definirali pojedini posebni zakoni?

Zakon o liječništvu određuje liječničko zvanje i liječnika kao temeljnog, samostalnog i odgovornog nositelja zdravstvene djelatnosti.

Zakon o stomatološkoj djelatnosti određuje da je stomatološka djelatnost služba koja osigurava pružanje stomatološke pomoći osobama u ostvarivanju i zaštiti oralnog zdravlja, a obavljaju ju doktori stomatologije.

Zakon također određuje da stomatološki tim čine doktor stomatologije-nositelj stomatološke ordinacije i stomatološki asistent sa završenim srednjoškolskim obrazovnim programom, odnosno medicinska sestra. Ovdje se uz medicinsku sestru navodi i stomatološki asistent sa završenim srednjoškolskim obrazovnim programom, koji je budućnost. Naime, sada ne postoji takav program obrazovanja. Dakle, u stomatološkom timu, prema Zakonu, sada treba i može raditi samo medicinska sestra s odobrenjem za samostalan rad.

Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti određuje da medicinsko-biokemijsku djelatnost mogu obavljati diplomirani inženjeri medicinske biokemije.

Zakon definira diplomiranog inženjera medicinske biokemije kao zdravstvenog radnika koji se bavi primjenom biokemijskih, hematoloških, molekularno-bioloških i kemijskih istraživanja u biološkom materijalu u svrhu utvrđivanja uzroka bolesti, održavanja zdravlja, prevencije bolesti i praćenja uspjeha liječenja.

Zakon također određuje da u obavljanju medicinsko-biokemijske djelatnosti sudjeluju: zdravstveni tehničari laboratorijskog smjera više ili srednje stručne sprema i zdravstveni suradnici.

Zakon o ljekarništvu određuje da ljekarničku djelatnost obavljaju magistri farmacije, a u njenom obavljanju sudjeluju farmaceutske tehničari. Nadalje Zakon određuje što farmaceutske tehničar može raditi: «Farmaceutski tehničar može raditi u ljekarničkoj djelatnosti samo uz prisustvo magistra farmacije, u skladu s opsegom rada za farmaceutske tehničare (ne smije izdavati lijekove na recept, lijekove koji sadrže opojne droge niti izrađivati magistralne pripravke koji sadrže tvari jakog ili vrlo jakog djelovanja).»

Napokon Zakon o sestrinstvu određuje da su medicinske sestre zdravstveni radnici i da je njihova djelatnost sastavni dio zdravstvene djelatnosti. Zakon određuje što obuhvaća djelatnost medicinske sestre. To su svi postupci, znanja i vještine zdravstvene njege.

Iz ovog prikaza proizlazi da od zdravstvenih radnika više i srednje stručne spreme samo medicinske sestre imaju svoj zakon, komoru i obvezu stjecanja odobrenja za samostalan rad te obvezu trajnog usavršavanja. Time se medicinskim sestrama priznaje poseban status u odnosu na druge zdravstvene radnike više i srednje stručne spreme i svrstava ih se među nositelje zdravstvene djelatnosti.

OBVEZE ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA I MEDICINSKIH SESTARA U PRUŽANJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

U ovom radu prikazat će se obveze medicinske sestre u obavljanju njene djelatnosti, koje proizlaze iz propisa, a posebno Zakona o zdravstvenoj djelatnosti, Zakona o zaštiti prava pacijenata i Zakona o sestrinstvu.

Obveze medicinske sestre, a i ostalih zdravstvenih radnika proizlaze iz prava pacijenta. Stoga treba najprije sagledati kako zakoni određuju prava pacijenata.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti utvrđuje sljedeća prava, ali i obveze pacijenata:

Svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja, ali ujedno je svaka osoba obvezna brinuti se o svome zdravlju.

Prava pacijenta vide se i iz načela zdravstvene zaštite. Zakon utvrđuje sljedeća načela:

Načelo sveobuhvatnosti zdravstvene zaštite znači uključivanje cjelokupnog stanovništva u provedbi odgovarajućih mjera zdravstvene zaštite.

Načelo kontinuiranosti zdravstvene zaštite znači takvo organiziranje zdravstvene djelatnosti, osobito na razini primarne zdravstvene djelatnosti koje pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu stanovništvu kroz sve životne dobi.

Načelo dostupnosti zdravstvene zaštite znači takav raspored zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika na području Republike Hrvatske koji će omogućiti stanovništvu podjednake uvjete zdravstvene zaštite, naročito na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti.

Načelo cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite znači provođenje objedinjenih mjera za unapređenjem zdravlja i prevencijom bolesti te liječenjem i rehabilitacijom.

Načelo specijaliziranog pristupa znači organiziranje i razvijanje posebnih specijaliziranih kliničkih, javnozdravstvenih dostignuća i znanja te njihova primjena u praksi.

Zakon nadalje određuje prava i dužnosti pacijenata, i to:

1. jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite
2. slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije
3. zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja
4. prvu pomoć i hitnu medicinsku pomoć kada mu je ona potrebna
5. slobodan izbor između više mogućih oblika medicinskih intervencija koje mu ponudi doktor medicine, odnosno doktor stomatologije, osim u slučaju neodgodive intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje osobe ili izazvalo trajna oštećenja
6. točno informiranje i pouku o svim pitanjima koja se tiču njegovog zdravlja
7. odbijanje promatranja, pregleda i liječenja od strane studenata i odbijanje svih drugih intervencija koje bi samostalno obavljali zdravstveni radnici prije položenoga stručnog ispita i ishoda odobrenja za samostalan rad
8. odbijanje da bude predmet znanstvenog istraživanja bez svoje suglasnosti
9. povjerljivost svih podataka koji se odnose na stanje njegovog zdravlja

10. odbijanje pregleda i liječenja, uključivši tu i pravo da tijekom liječenja pisanim putem zatraži promjenu doktora medicine, odnosno doktora stomatologije iz razloga koji ne mora šire obrazlagati
11. prihvaćanje ili odbijanje kirurške i druge medicinske intervencije na tijelu ako je pri svijesti i sposoban je za rasuđivanje
12. prehranu u skladu sa svojim svjetonazorom za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi
13. obavljanje vjerskih obreda za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi
14. pravo opremanja u mrtvačnici u slučaju smrti, uz primjenu vjerskih, odnosno drugihobičaja vezanih uz iskaz pijeteta prema umrloj osobi.

Uz navedena prava pacijent ima i obveze. Naprijed je već citirana odredba Zakona daje svaka osoba obvezna brinuti se o svome zdravlju. Zakon dalje određuje da je svaka osoba dužna svoja prava na zdravstvenu zaštitu koristiti prema uputama o liječenju doktora medicine i doktora stomatologije i osobno je odgovorna zbog nepridržavanja tih uputa te da je svaka poslovno sposobna osoba suodgovorna za očuvanje i unapređenje svoga zdravlja.

Hrvatski sabor je 19. studenoga 2004. godine donio Zakon o zaštiti prava pacijenata. Već se nad samim naslovom zakona treba zamisliti. Tko ugrožava prava pacijenata i od koga ih zakon štiti? Zašto je bilo potrebno donijeti takav zakon?

Zakon o zaštiti prava pacijenta u članku 1. određuje:

«Ovim se Zakonom određuju prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite te način zaštite i promicanja tih prava.»

Zatim definira pojam pacijenta:

«Pacijentom u smislu ovoga Zakona smatra se svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije.»

Zakon utvrđuje dva načela: načelo humanosti zaštite prava pacijenata i načelo dostupnosti.

Načelo humanosti zaštite prava pacijenata osigurava poštivanje pacijenta kao ljudskog bića, pravo na fizički i mentalni integritet pacijenta, zaštitu osobnosti pacijenta uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora te moralnih i vjerskih uvjerenja.

Načelo dostupnosti zaštite prava pacijenata podrazumijeva jednaku mogućnost zaštite prava svih pacijenata na području Republike Hrvatske.

Zakon dalje detaljno razrađuje pojedino pravo pacijenta i njegovu zaštitu, i to:.

Pravo na suodlučivanje znači pravo pacijenta na obaviještenost i pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka. Ovo pravo može se iznimno ograničiti samo kada je to opravdano pacijentovim zdravstvenim stanjem.

Pravo na potpunu obaviještenost o:

- svome zdravstvenom stanju
- procjeni rezultata i ishoda određenoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka
- preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata
- pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima
- mogućim zamjenama za preporučene postupke
- tijeku postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite
- daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite
- preporučenom načinu života
- pravima iz zdravstvenoga osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava.

Pacijent ima pravo dobiti obavijesti na način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti.

Posebno naglašavamo daje obavijesti pacijentu obvezan dati zdravstveni radnik visoke stručne sprema koji pacijentu izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge. Dakle, to je obveza liječnika. Iz ove odredbe sasvim jasno proizlazi da medicinska sestra nije ovlaštena niti smije davati navedene obavijesti.

Nadalje pacijent ima uvijek pravo tražiti drugo stručno mišljenje o svome zdravstvenom stanju.

Pacijent ima pravo biti upoznat s imenima te specijalizacijom osoba koje mu izravno pružaju zdravstvenu zaštitu. Ovo je jedna neobična odredba za zakon. To je nešto, što bi se samo po sebi trebalo podrazumijevati. Upravo iz ove odredbe treba sagledavati kolika je bila potreba donositi ovaj zakon i zašto.

Pravo na odbijanje primitka obavijesti znači da pacijent može pisanom izjavom odbiti primitak obavijesti o prirodi svoga zdravstvenoga stanja.

Pacijent se tog prava ne može odreći u slučajevima u kojima mora biti svjestan prirode svoje bolesti, kako ne bi ugrozio zdravlje drugih.

Pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka znači da pacijent može prihvatiti ili odbiti pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta ili izazvalo trajna oštećenja njegovoga zdravlja. To pacijent čini potpisivanjem suglasnosti.

Zaštita pacijenta nad kojim se obavlja znanstveno istraživanje znači daje za svako znanstveno istraživanje nad pacijentom nužan izričiti pristanak i to obaviještenog pacijenta.

Pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji znači da pacijent ima pravo uvida u cjelokupnu medicinsku dokumentaciju koja se odnosi na njegovu bolest, a također ima pravo o svome trošku zahtijevati presliku medicinske dokumentacije.

U slučaju smrti pacijenta, ako to pacijent nije za života izrijekom zabranio, pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju ima bračni drug pacijenta, izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik, odnosno skrbnik pacijenta.

Pravo na povjerljivost podataka znači da se na podatke o zdravstvenom stanju pacijenta primjenjuju propisi o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka.

Pacijent ima pravo dati usmenu ili pisanu izjavu o osobama koje mogu biti obaviještene o njegovu prijmu u stacionarnu zdravstvenu ustanovu kao i o njegovom zdravstvenom stanju. Pacijent može imenovati i osobe kojima zabranjuje davanje tih podataka.

Pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove znači da pacijent može samovoljno napustiti stacionarnu zdravstvenu ustanovu, u slučajevima kada bi to štetilo njegovome zdravlju i zdravlju ili sigurnosti drugih osoba.

O namjeri napuštanja ustanove pacijent mora dati pisanu izjavu ili usmenu izjavu pred dva istovremeno nazočna svjedoka koji potpisuju izjavu o namjeri pacijenta da napusti ustanovu. Izjava se prilaže u medicinsku dokumentaciju pacijenta.

Pravo na privatnost znači da pacijent pri pregledu, odnosno liječenju, a naročito prilikom pružanja osobne njege ima pravo na uvjete koji osiguravaju privatnost.

Nakon prikaza prava pacijenata daje se prikaz obveza zdravstvenih radnika u pružanju zdravstvene zaštite pacijentima prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i medicinskih sestara prema Zakonu o sestrinstvu.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti određuje:

Obveza je zdravstvenih radnika da pri pružanju zdravstvene zaštite postupaju prema pravilima zdravstvene struke, na način da svojim postupcima ne ugroze život i zdravlje ljudi.

Zdravstveni radnici dužni su čuvati kao profesionalnu tajnu sve što znaju o zdravstvenom stanju pacijenta.

Zakon određuje organizaciju rada zdravstvene ustanove koja obavlja zdravstvenu djelatnost u osnovnoj mreži zdravstvene djelatnosti. Takva zdravstvena ustanova obvezna je neprekidno pružati zdravstvenu zaštitu, radom u jednoj, dvije ili više smjena, dvokratnim radnim vremenom, pomakom radnog vremena, pripravnosti ili dežurstvom u skladu s potrebama stanovništva i oblicima pružanja zdravstvenih usluga.

Zakon definira dežurstvo kao poseban oblik rada kada radnik mora biti nazočan u zdravstvenoj ustanovi nakon redovitoga radnog vremena. Dežurstvo počinje iza prve ili druge smjene, a završava početkom rada prve smjene.

Zakon definira stalnu pripravnost kao poseban oblik rada, kada radnik ne mora biti nazočan u zdravstvenoj ustanovi, ali mora biti dostupan radi obavljanja hitne medicinske pomoći.

Zakon definira rad po pozivu kao poseban oblik rada kada radnik ne mora biti nazočan u zdravstvenoj ustanovi, ali se mora odazvati na poziv radi obavljanja djelatnosti.

Nadalje određuje da zdravstveni radnici ne smiju napustiti radno mjesto dok nemaju zamjenu, iako je njihovo radno vrijeme proteklo, ako bi time bila dovedena u pitanje sigurnost pružanja zdravstvene zaštite.

Na prava i dužnosti zdravstvenih radnika te druga pitanja u vezi s obavljanjem djelatnosti zdravstvenih radnika primjenjuju se odredbe posebnih zakona o profesijama u zdravstvu. Dakle, Zakon o zdravstvenoj zaštiti upućuje na zakone profesija, tj. za liječnike na Zakon o liječništvu, a kada se radi o medicinskim sestrama na Zakon o sestrinstvu.

Zakon o liječništvu određuje:

Načela obavljanja liječničke djelatnosti su:

Liječnik je temeljni i mjerodavni nositelj zdravstvene djelatnosti koju obavlja poštujući osobito sljedeća načela:

1. stalno održavanje i podizanje kvalitete liječničkih usluga u interesu zdravlja i društvenog blagostanja pučanstva
2. održavanje i promicanje povjerenja između liječnika i pacijenata te članova njihovih obitelji
3. poštivanje prava pacijenata
4. neovisno i profesionalno djelovanje te očuvanje i promicanje slobode i ugleda liječničkog zvanja
5. promicanje dostojanstvenog i odgovornog profesionalnog ponašanja poštivanjem u radu propisa, pravila struke te kodeksa medicinske etike i deontologije.

Zakon nadalje određuje da liječničku djelatnost mogu obavljati samo liječnici.

Liječnik je dužan provesti potrebne mjere prevencije, dijagnostike, liječenja, odnosno rehabilitacije svim osobama kojima je on izabrani liječnik ili koje su upućene od strane drugog liječnika radi pružanja zdravstvene zaštite.

U hitnim stanjima liječnik je dužan pružiti pomoć svakom bolesniku bez odlaganja, a ostale bolesnike dužan je primati prema stupnju medicinskog prioriteta, odnosno prema listi čekanja. Hitnim stanjima smatraju se ona stanja kod kojih bi zbog nepružanja liječničke pomoći mogle nastati trajne štetne posljedice po zdravlje (invalidnost) ili po život bolesnika.

Liječnik može odbiti pružanje liječničke pomoći osobi koja mu prijeti ili je prema njemu, odnosno drugim zdravstvenim radnicima fizički agresivna, osim u hitnim stanjima.

Radi svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno uvjerenja liječnik se ima pravo pozvati na priziv savjesti te odbiti provođenje dijagnostike, liječenja i rehabilitacije pacijenta, ako se to ne kosi s pravilima struke te ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta. O svojoj odluci mora pravodobno izvijestiti pacijenta te ga uputiti drugom liječniku iste struke. Također o toj odluci mora izvijestiti svog poslodavca.

Odredbe o prizivu savjesti nema u Zakonu o sestrinstvu. To ne znači da se medicinska sestra ne može pozvati na priziv savjesti. Treba samo postupiti prema citiranoj odredbi iz Zakon o liječništvu. Naime, kada u zakonu nešto nije regulirano, primjenjuje se najbliži propis, a to je u ovom slučaju Zakon o liječništvu.

Prikaz obveza medicinskih sestara prema Zakonu o sestrinstvu

Medicinska sestra u provođenju svoje djelatnosti dužna je primjenjivati svoje najbolje stručno znanje, poštujući načela prava pacijenata, etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravlja stanovništva i svakog pacijenta osobno. Medicinske sestre svoju djelatnost provode na svim razinama zdravstvene zaštite, sukladno standardima. Standarde donosi ministar nadležan za zdravstvo na prijedlog Hrvatske komore medicinskih sestara. Standardi su u izradi i Komora će u narednom razdoblju ministru dati svoj prijedlog.

Zdravstvena njega provodi se u timu. Voditelj tima zdravstvene njege jest medicinska sestra visoke ili više stručne spreme. Voditelj utvrđuje plan zdravstvene njege. Zdravstvenu njegu, kao član tima, provodi medicinska sestra srednje stručne spreme.

Dužnosti medicinske sestre su:

- primjena svih dostupnih znanja iz područja sestrinstva
- primjena metoda rješavanja problema u provođenju zdravstvene njege koje zahtijevaju vještinu analitičkog kritičkog pristupa
- postupanje po utvrđenim pravilima i protokolima za provođenje postupaka u zdravstvenoj njezi
- provedba zdravstvene njege po utvrđenom planu njege
- primjenjivanje, provođenje i evidentiranje od liječnika ordinirane lokalne, peroralne i parenteralne terapije
- u slučaju kada bolesnik svjesno odbija ordinirani postupak ili primjenu ordinirane terapije medicinska sestra je obvezna odmah izvijestiti ovlaštenoga liječnika
- pravovremeno izvješćivanje liječnika u slučaju nastupa komplikacija primijenjene terapije
- provedba postupaka iz područja zaštite zdravlja i prevencije bolesti
- vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata
- pravovremeno izvješćivanje liječnika o stanju bolesnika, posebice o promjeni zdravstvenog stanja
- pristupanje postupku oživljavanja u slučaju odsutnosti liječnika
- čuvanje profesionalne tajne
- poštivanje prava bolesnika
- poštivanje etičkog kodeksa medicinskih sestara
- poštivanje vjerskih načela pacijenta
- suradnja sa svim članovima tima
- čuvanje ugleda ustanove (poslodavca)
- ekonomična i učinkovita uporaba pribora i opreme i
- djelovanje u interesu bolesnika.

Posebno naglašavamo obvezu medicinske sestre na primjenjivanje, provođenje i evidentiranje od liječnika ordinirane lokalne, peroralne i parenteralne terapije i na obvezu pravovremenog izvješćivanja liječnika u slučaju nastupa komplikacija primijenjene terapije.

Također je važno stručno pitanje pristupanje postupku oživljavanja u slučaju odsutnosti liječnika. O tome bi trebalo čim prije donijeti protokol.

Medicinska sestra obvezna je evidentirati sve provedene postupke na sestrinskoj listi za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite. Sestrinska lista je skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege. Sestrinsku listu predlaže Hrvatska komora medicinskih sestara, a propisuje ministar zdravstva. Prijedlog sestrinske liste je izrađen i bit će dostavljen ministru. Nakon što ministar donese ovu listu, provest će se od strane Komora posebna edukacija medicinskih sestara o vođenju liste. Lista je sastavni dio medicinske dokumentacije.

Zakon određuje povrede dužnosti medicinskih sestara. Medicinska sestra čini težu povredu radne dužnosti:

- kada zbog nemara ili neznanja nepravilnim postupanjem nanese štetu zdravlju bolesnika
- kada promjeni način i sadržaj od liječnika ordinirane terapije i
- kada namjerno učini materijalnu štetu.

Medicinska sestra ne smije provoditi postupke koji nisu u području njezine djelatnosti, a mogu izravno ili neizravno naštetiti bolesniku. Ovo je vrlo važna zakonska odredba koja obvezuje medicinsku sestru. U Zakonu je navedena odmah iza navođenja teže povrede dužnosti «zbog nepravilnog postupanja medicinske sestre kojim se nanosi šteta pacijentu».

Medicinska sestra odgovara za lakše i teže povrede radnih dužnosti pred disciplinskim tijelima Hrvatske komore medicinskih sestara.

Zakon određuje izuzetak od odgovornosti medicinske sestre, i to: medicinska sestra nije odgovorna za neprovedeni postupak u slučaju kada unatoč primjeni najboljeg znanja i vještina, poslodavac nije osigurao ordinirane lijekove, sredstva, minimalno potrebni pribor ili tehničku opremu u skladu s minimalnim standardima za provođenje uspješne zdravstvene njege. U tom slučaju medicinska sestra obvezna je odmah pisano izvijestiti nadređenu osobu.

Zakon predviđa kontrolu kvalitete rada medicinskih sestara koja naročito obuhvaća:

- plan zdravstvene njege
- provođenje postupaka zdravstvene njege
- rezultate zdravstvene njege
- utjecaj zdravstvene njege na zdravstveni status bolesnika.

Zakon predviđa kazne za prekršaje te određuje da će novčanom kaznom u iznosu od 3.000,00 do 10.000,00 kuna kazniti za prekršaj medicinsku sestru ako:

1. ne čuva profesionalnu tajnu
2. provodi zdravstvenu njegu kao voditelj ili član tima, a nije upisana u registar komore
3. obavlja samostalan rad bez odobrenja za samostalan rad
4. u slučaju nemogućnosti provedbe ordiniranog postupka odmah pisano ne izvijestiti nadređenu osobu
5. onemogućiti ili ometa provođenje stručnog nadzora
6. ne otkloni nedostatke utvrđene stručnim nadzorom.

Zakon određuje da medicinske sestre koje obavljaju svoju djelatnost obvezno se udružuju u Komoru. Utvrđuje i rok upisa u registar Komore pa određuje da medicinske sestre koje provode zdravstvenu njegu kao član tima mogu i dalje obavljati djelatnost pod uvjetom upisa u registar medicinskih sestara pri Hrvatskoj komori medicinskih sestara u roku od dvije godine od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Zakon je stupio na snagu 6. kolovoza 2003. godine te je rok upisa 5. kolovoz 2005. godine. Upućujemo u gore navedenu kaznenu odredbu za medicinske sestre koje bi provodile zdravstvenu njegu, a ne bi se u navedenom roku upisale u registar komore.

ZAKLJUČAK

Zakon o sestrinstvu prvi put je cjelovito uredio status medicinskih sestara, definirao njihovu djelatnost kao dio zdravstvene djelatnosti od javnog interesa, utvrdio njihova prava i obveze. Posebno je važno što su medicinske sestre dobile mogućnost svog organiziranja kroz Komoru. Važno je, što je to sada stalež koji ima licencu tj. odobrenje za samostalan rad, ali i zakonsku obvezu trajnog usavršavanja. Ima standarde, protokole i svoju medicinsku dokumentaciju.

Medicinske sestre preuzele su veliku dužnost i obvezu da obavljaju svoju djelatnost uz osobnu i stalešku odgovornost. To jasno ne znači zadiranje u medicinsku hijerarhiju u kojoj je liječnik nositelj djelatnosti, a medicinska sestra najbliži i nezamjenjiv suradnik.

Od stupanja na snagu Zakona o sestrinstvu i osnivanja te organiziranja Hrvatske komore medicinskih sestara i početka njezinog djelovanja dogodile su se značajne pozitivne promjene u staležu medicinskih sestara i njihovom položaju u zdravstvenom sustavu. Medicinske sestre vrlo su dobro prihvatile Zakon i Komoru, a po posjećenosti tečajeva trajne edukacije, koje organizira Komora, može se vidjeti s kolikom su ozbiljnošću prihvatile stručno usavršavanje, što će sigurno podići na još veću razinu kvalitetu njihovih zdravstvenih usluga i zdravstvene njege.

NURSING IN THE NETHERLANDS

Oscar R. de Miranda Med.Soc.,O.D.,N.Sc., RN.

Introduction

One can say that the nurse in the Netherlands has the image of being a professional that performs independent nursing tasks and functions in interdisciplinary and multidisciplinary settings on the basis of a body of knowledge and Evidence Based Practice.

The identity of the nurse in the Netherlands does not match with the behavior of Florence Nightingale, neither with the symbol of the Lady with the lamp, but the nurse in the Netherlands looks like a person that has a body of knowledge based on the nursing theories. A body of knowledge that is built up on the basis of Florence Nightingale, Virginia Henderson, Dorothea Orem and others nurse philosophers and theorist. The nurse in the Netherlands has skills, insight and attitude to function as a professional nurse. She / he communicate as the advocate of the patient and is an equal partner with other professionals of the health care system.

Nurses in the Netherlands have the reputation of working in multi-cultural community setting and show:

- a good team spirit
- respect to each colleague within the team with different social and religious backgrounds
- respect for patients' privacy and patients' rights and the significant others.

The nurse includes the patient in the decision making process and patients have the feeling to be unique and to have influence in the process of nursing and treatment.

In the Netherlands nurses are educated as professionals and the student-nurse can obtain a Bachelor, Master and or PhD-degree to function either as a basic nurse, specialized nurse, clinical-nurse-specialist, nurse-practitioner and or nurse-scientist.

There are special courses and studies at Higher Professional Schools and at Universities for nurses on Bachelor-Master level to (top) manager, nurse-supervisor (mentor) and or nurse-teacher perform indirect nursing care tasks such as nurse-leader, nurse- (docent / professor) in nursing.

The basic nurse meets criteria for nursing as defined by the ICN on 'nursing'. This means that the nurse-student is educated to be the advocate of the patient, to take care to work in a safe surrounding and to contribute and to perform nursing research. The nurse students in practice learn to play the role of: care taker, director, designer, coach, professional nurse.

Nurses in The Netherlands are involved in shaping health policy and policy in nursing and systems management. Although all good intentions it is in daily practice mostly like this that the weakest person bears the heaviest burden. However one can not work on a professional way if one does not also have the attitude to respect the weakest colleague in the chain of the groups within the nursing profession.

At this moment there is a lack of bedside-nurses in the Netherlands. In the big cities such as Amsterdam on each 1000 nurse-positions, 38 positions stay unoccupied. (1). For this and many other reasons much attention is paid in the Netherlands on the education of new nurses. The lack of nurses brings that the

nurse has to stay alert on the provided quantity and quality of care and that the nurse in the Netherlands is phasing difficult times in the workload and personal well-being. At the other hand this is a challenge for the bedside-nurse and the nurse-leader as well to manage with the available human and material resources. One can say: 'Good professionals never die!'

Education of the Nurse

The students in the Netherlands have the possibility to study part-time or so called dual-learning and or to study full-time.

Part-time students mostly have a contract with a hospital or institute within the nursing care system and have to work after graduating for a minimum of two years at their institute.

The part-time and the full-time students have to show their skills, knowledge, attitude and insight during the practical periods of their study. For this purpose each institute that works with nurse-students has to define the so called place-to-learn-profile. The place-to-learn-profile is a document that is part of the education and policy of the institute on which for each working unit and for the institute as a whole is defined which final attainments can be realized and on which way and under which circumstances they can be learned. The place-to-learn-profile describes those characteristics in the working situation that are relevant for the education, the student and the nurse-supervisor. The characteristics are the spectrum in the variation of competencies such as complexity of care and the care category and the learning volume. With learning volume is meant the amount of students that can be present at the same time on a certain ward or unit. The learning volume also defines the period and amount of time that the student will need to learn and realize the final attainment. Factors that influence the learning volume are the working unit, the intensity of care and the availability of qualified nurse-supervisors (mentors). The 'place to learn' has the following five characteristics:

1. 'Broadness of learning or Spectrum of learning'
2. 'Amount of volume to learn'
3. 'Quality of the place to learn'
4. 'the place to learn as in instrument to manage the process'
5. 'the place to learn as a means of communication between institutes and education institutes'

The 'Broadness of learning' is related to the variation in competencies that can be learned within the framework of the working situation. The point is 'the what' one is able to learn. It goes then as well about the different competencies as about the complexity. Factors that are determining for the 'Broadness of learning' are the variation in the categories of patients (persons) who ask for care, the variation in the occurrence of the categories of patients (persons) who ask for care and the variation in the complexity of the provided care.

The 'Amount of volume to learn' is related to the amount of students that can be present together on a certain moment on a specific working situation. The amount of volume to learn also indicates how long and during which period in time the student needs to realize his/her final attainment in reality. Factor that influence the 'Amount of volume to learn' are the size of the working unit, the intensity of the care and the amount of available qualified working-supervisors.

The quality of the 'place to learn'

This characteristic is related to the efficiency and the efficacy of the learning process. Factors that influence the quality of the 'place to learn' are the working climate, the quality of the supervision, the structuring of the learning-activities

and the space for the student to learn without help. Of course the characteristics can change during time and that is why it is necessary to adjust the 'place to learn profile' of a working unit, ward or institute.

The 'place to learn as an instrument to manage processes'

This means that the nurse-leaders and the co-workers on the ward will continuously have to be aware of extends to which the ward contributes and functions as a 'place to learn' and not as a 'place to lea(r)n'. On this way the 'place to learn' becomes more than a learning process, but contributes to the transfer of knowledge to improve the quality of the management in the institute, because on this way conditions for effective and efficient learning are set.

The place to learn as document to communicate

The 'place to learn' also functions as a basis of communication between the education institute and the nursing care institute.

Sometimes the planning of the learning route of the students requires good planning skills of the nurse-leaders especially in those cases where the wards differ much from each other in offering a 'place to learn' or where the working conditions and learning conditions differ much from each other and that the student has to make a very sharp planning to reach the final attainments within the available time of the practical period in the institute.

A 'place to learn' on a ward generate the next picture:

1. A description of the patient categories on which the care of the ward is focused;
2. A description of the skills that are needed to execute the primary provision of care on the described ward or unit;
3. Insight in the knowledge and skills and the competencies of the specialized nurse on which the ward calls on for consultation;
4. Insight in the level (of responsibility, complexity and transfer of knowledge) on which interventions and procedures on the ward are being executed;
5. An overview of the group of professions that function on the ward and that can function as role-model to the student (amount of nurses on the ward / ratio registered nurses versus nurse-students / other disciplines);
6. The characteristics of the learn- and education culture on the ward;
7. A description of the material and immaterial means that the ward or unit has with regard to the learning and supporting processes;
8. An overview of which module of final attainments and qualification within the learning institute (units/wards) can be realized;
9. A statement of the learning institute with regard to the qualifications / educations for which the learning institute is willing to educate and train;

Training in practice takes a prominent place in the nursing education in the Netherlands and is based on the starting points that only realistic practice situation on a ward can offer the possibility to be able to possess and obtain professionals skills on the level of the production of the product and service of nursing care of the institutes.

The quality of the education depends and rest for a big part on the quality of the wards that are available as 'Place to learn' for the students. This means for the practical part of the education for nurses only those learning goals that can be practiced during the practical period can be learned and obtained.

Professional education and training and the exercise on reaching a certain level of skills and attitude with regards to practical and cognitive skills, to internalize the values and norms of a certain profession or a cluster of functions requires reflective learning and working. The aim of the training and education in practice in the Netherlands of the nursing profession is that those persons who participate in the education system are as good as possible trained and prepared to be able to function as a fully qualified professional after obtaining the required competencies. This does not mean only that after the exams they are good professionals but that they also learn to cope with the norms and value that play a role in their particular profession.

Regulation of the profession

The nursing profession in the Netherlands is regulated by several laws. E.g. the Health Professional Acts regulates the registration of the nurse as a professional and the Law on Quality regulated the quantity and quality of the provided nursing care.

With regard to the Health Professional Act the registered nurse as well as the nurse-student is aware that they have to ask continuously her/his self when she/he has to perform a Restricted Risk Full Medical-Technical Intervention if she/he has the competence and if he/she is enough qualified to perform the medical order in accordance to the protocol. If not, then the nurse has the obligation and also the right to refuse the order to perform the requested intervention until the nurse-leader and the doctor are convinced that this particular nurse who refuses to perform the intervention is able and is competent and is also willing to perform the Restricted Risk Full Medical Technical order independent and in accordance to the guidelines, procedures and protocols of the ward.

This issue can bring ethical dilemmas for the nurse-(student) in the Netherlands for example when he/she is involved in the process of the request of the patient for euthanasia or for help with ending the life of the patient. The nurse is competent to bring in the needle for euthanatica but is he/she ready and willing to bring in the 'Final needle?'

Euthanasia

At euthanasia there is a performance: that deliberate ends the life, by another person than the patient, on special and explicit request of the patient.

Help at ending of life

At help at ending of life there is: a deliberate ending of life, by the patient, on explicit and special request of the patient.

In the Netherlands 30% of all requests for euthanasia is also granted by the Local Commission for Euthanasia. In less than half of the cases it is the nurse who is confronted as first person with this question and in most of the situations there is deliberation with the medical profession on this matter. In 30% of the cases the family of the patients receives on request after care from the nurse. And at the end in most of the cases the family is satisfied on the procedure and the ending of the life of their beloved family, relative partner. The ratio between euthanasia and help at ending of life is 93,9 % and 2,5 % of the cases. 1,2 % is a combination of both and 2,5 % is unknown. From the point of view of the relatives of the patient it is found that this process also has two faces: Happiness and Sorrow (2).

In 2004 the first National Research on Euthanasia and help at dying was executed by Ada van Bruchem-Van de Scheur (nurse scientist) and Arie van de Arend (PhD Health Ethics and nurse scientist) together with the regular Professors of the Univerisyt of Maastricth dr. Cor Spreeuwenberg, dr. Frans Wijmen, dr. Ruud ter Meulen on request of the Ministry of Health and Sport of the Netherlands (3).

Table 1: Care providers with whom the patient communicates first on euthanasia/help at ending of life (3).

	Hospital n= 381 %	Home Care n= 278 %	Nursing Home n= 140 %	Total N=799 %
Doctor (specialist, GP, hospice dr.)	23,4	62,2	22,9	36,8
Doctor + Nurse	22,3	8,3	21,4	17,3
Nurse	45,1	22,3	44,3	37,0
Others	43,7	-	2,8	2,3
Not known	5,5	7,2	8,6	6,6

Table 2: role of nurse in the decision making process on euthanasia/help at ending of life (3).

	Hospital n= 359 %	Home Care n= 267 %	Nursing Home n= 128 %	Total N=754 %
Doctor + Nurse	78,8	41,2	81,3	65,9
No deliberation	14,2	49,8	10,9	26,2
Doctor + Nurse	7,0	9,0	7,8	7,8
Not known				

Table 3: Giving euthanatica (3).

	Hospital n= 381 %	Home Care n= 278 %	Nursing Home n= 140 %	Total N=799 %
Doctor	83,2	87,5 (21)	89,5 (34)	84,9
Doctor + Patient	(119)	-	5,3 (2)	(174)
Patient	-	4,2 (1)	2,6 (1)	1,0 (2)
Doctor+Nurse	1,4 (2)	8,3 (2)	-	2,0 (4)
Nurse	11,9 (17)	-	-	9,3 (19)
Nurse from Anesthesiology	3,5 (5)	-	2,6 (1)	2,4 (5)
	-			0,5 (1)

Table 4: Giving care to relatives / family by the nurse after the procedure of euthanasia / help at ending of life (3).

	Hospital n= 262 %	Home Care n= 264 %	Nursing Home n= 80 %	Total N=606 %
Nurse give care	30,5	80,3	78,8	58,6
No care given by Nurse	63,7	15,2	11,3	35,6
Not known	5,7	4,5	10,0	5,8

Individual professionalism

Nurses receive more and more the responsibility in the Netherlands to develop the shape and content of the execution of the nursing process. In the research from NIVEL that took place on request of the Netherlands Nursing Association NU'91 in 2004 it appeared that the nurses in the Netherlands still have a long way to go in the field of individual professionalism (4). The research made clear that nurses in the Netherlands in general show little initiatives to be occupied with individual professionalism. They would rather adapt their self to the culture of the organization and arrange his/her self to the care-policy as planned by the nurse-management. This docile behavior of the nurse is conflicting with individual professionalism because the own responsibility is not taken. Aspects of individual professionalism that are taken into account in the mentioned NIVEL research are:

1. vision on the nursing profession;
2. motivation and the choice for the profession;
3. theoretical knowledge of the nursing profession;
4. systematic approach of the nursing process;
5. Evidence Based Practice;
6. Reflection and evaluation;
7. Attitude towards the patient/client/significant others;
8. Improvement of the skills and competence;
9. Law;
10. Knowledge of the most important nursing documents
11. Cooperation;
12. Role of the nurse in an organization;
13. Professionalism of the professional group;

Role of nurse and nurse-leader

In the recommendations the researchers stressed the importance that also the leaders should become more professional in order to create the pre-conditions and circumstances for individual professionalism. A good leader will inspire the teams to make use of (nursing) scientific research and to motivate to develop a clear vision on the nursing procedures and interventions in practice. Individual professionalism includes then that the nurse also thinks at what he/she does and he/she takes a critical attitude towards oneself by asking how the executed procedure can be done on another way and or how to improve the executed procedure and intervention.

Quality of care

Quality of care is one of the main concepts in the health care system of the Netherlands. Quality assurance, monitoring and quality auditing is put into the law as the task and the responsibility of all involved. This includes the professionals in the health care institutes, the organizations and others who are working within the Dutch health care system. The three laws that regulates the quality of care in the Netherlands are the Law on the Medical Treatment Agreement (WGBO) the Law on the Quality of the Care institutes (Kwaliteitswet Zorginstellingen = KWZ) and the law on the Professionals in the Individual Health Care system (Wet BIG). The WGBO aims to guarantee a better legal protection of the patient and obligate the professionals to 'deliver care as a good care-provider'. The KWZ mentions that 'responsible care' is goal-oriented and must be patient-oriented.

The law BIG regulates the execution of the profession including the list of restricted risk full medical-technical performances. These are performances that are executed by the nurse and which can cause risk for the patient and where extra knowledge, skills and insight is required to perform the medical-technical intervention on the basis of a written medical order and with guidance of approved protocol(s).

Quality and efficiency

To give answer on this question one has to ask: 'Which policy on quality is executed by nurses and what is the state of the art of quality in their practice?'

Out of a research from again NIVEL, the Institute of the Netherlands for Primary Health Care, nurses are divided into 64 professional organizations and more than half of these professional groups developed their own policy on quality (5).

Since 1995 the professional groups paid attention on the new structure of education and developing professional- and function nursing-profiles, registration and re-registration of the nursing profession. An overview of activities with regards to quality is presented and existing guidelines and protocols are listed and reviewed.

Policy and strategy

Since 1996 44 of the 64 professional and profession organization including the NNA NU'91, the Belgium and Netherlands professional organization on Neurology and Neurosurgery are united together in the General Assembly of Nursing and Health Technicians (AVVV).

The AVVV is a meeting point of all organizations in nursing, a point to transfer knowledge for and from nurses of the nursing care and education system. The AVVV tries to connect the (quality) policies of all professions in the nursing system and gave priority in the year 2000 (5) to:

1. Clarify the laws on quality
2. Develop quality assurance systems for external quality auditing
3. Legitimate the standards
4. Make better use of standards and protocols
5. Develop and up-date existing guidelines
6. Design and maintain the registration files and re-registration systems in nursing
7. Implement and make clear how to make research findings more accessible

Nurses in practice

Before a nurse is permitted to work he/she must be registered in the BIG-register. In order to keep the license as a nurse one has to have at least a working experience of 1840 hours during the last five years and the knowledge and skills must be adequate for the position. The unions ABVA / KABO FNV proposed to the Ministry of Health of the Netherlands that one should allow a nurse to go out of the nursing system for a maximum of 3 years instead of the present allowed period of 2 years, because the chance is big that the female nurses will then leave the nursing profession (6).

Nurses (48%) and health technicians (52%) work in all settings related to direct patient care. There is in 2005 a lack of personnel in the Health Care system all over the world. In the Netherlands there was in the year 2004 about 283.300 (nurse, health technicians) on 16 millions inhabitants that is 1 (one) nurse on 56.5 inhabitants nursing care has to be provided. These nurses are assisted by 88.300 aids and or alpha helps in either care at home or in institutes (7).

Satisfaction of nurses

The nurses and health technicians are organized by profession plus by unions or by the nursing association NU'91 which is amalgamated with the union and or by means of national, regional or local interest groups.

It is also possible for other health care workers such as physiotherapists, health technicians who are involved in the primary nursing care of the patient or who are working together with the nurse to become a member of the National Nursing Association NU'91 from strategic point of view. In November 2006 the evaluation of this new form of membership will take place.

Nurses are involved in short-term and long-term policy-making on local and National level.

As result of a survey by NU'91, the NNA from the Netherlands 23.000 members reacted. It was asked to rate (1 to 10) and to give the themes out of the Collective Agreements for the year 2005 priority. One of the priorities from the members was that the NNA should work to not to have lost of income (score 7.4) and that the rule to have the possibility to stop with working before 65 years has to be maintained (score 7.2).

Developments in the nursing profession

A Master degree in profession and or degree in science in nursing can be obtained either at the Higher Professional Education School or at one of the Universities. The education for Clinical Nurse Specialist, Advanced Nurse Practice and or Practitioner assistant is on Master level. The International Council of Nurses gives the following definitions:

Physician Assistant (PA)

The PA supports the medical specialist with clinical work on a limited and well described field, to execute certain treatments and interventions. The PA fills the gap between the medical treatment and the nursing care.

Nurse Practitioner (NP) / Advanced Practice Nurse (APN)

The NP/APN is a registered nurse that has reached the level of expert and is able to take complex decisions and who possess clinical competences to fulfill a broad role, that is realized in the frame work of the context an/or country where this nurse is legitimate to perform her profession. A Master education is recommended.

Nurse Practitioner (NP)

A nurse with an academic level of thinking and working that is involved in the direct patient care for a certain group of patients. The Nurse Practitioner integrates in his/her work with medical and nursing tasks (8).

The Nurse Practitioner (NP) is a nurse that performs tasks in the domain of the doctor and in the domain of nursing. The Nurse practitioner forms the 'nursing-medical-paramedical' bridge to the patient. While the Clinical Nurse Specialist (CNS) performs tasks that are only in the domain of nursing. E.g. the diabetes nurse at polyclinic, the Clinical Wound Care specialist in hospital and the nursing clinical specialist for elderly and rheumatic care in care at home settings.

Amount of Master students for Advanced Nursing Practice (ANP) and Physician Assistant (PA) in the Netherlands in 2004 (12)

Higher Education Schools	ANP	PA
Hogeschool van Utrecht	20	30
Hogeschool N-Holland	35	
Hogeschool Leiden	13	
Hogeschool Rotterdam	22	
Hogeschool Groningen	36	
Hogeschool Eindhoven	43	
Hogeschool Arnhem en Nijmegen	21	30
Total	190	60

Further more the nurses in the Netherlands have the possibility to have a Master degree in nurse-management or to become a teacher, professor at the High school or at a post-basic school or University.

Actual themes for nurse-managers in the field of development of knowledge in the Netherlands are: competent management, knowledge-management, performance management, Human Resource management and Management Development.

A PhD in nursing can be obtained at one of the universities in nursing. In principle the student is free to choose his/her topic of interest, but each university has also their own research program. Only those universities of the Netherlands with a specific nursing research topic are listed here below. At the other universities nurses are also free to follow a PhD program in one of the other sciences.

University	topic of the research program
Free University of Amsterdam	Community nursing and care at home
University of Amsterdam	Community nursing and care at home
University of Utrecht	Chronic ill patient and qualitative research
University of Nijmegen	Diagnostic Related Groups and Safety
University of Maastricht	Nursing Theory, models, policy and management
University of Groningen	Nursing Informatics

Research Institutes

There are also several research institutes for nursing and in the health care system that also function as mandated body for the government. E.g.: In Utrecht the NIVEL, National Institute for first-line care (community care and nursing care at home) and the NIZW, the National Institute for Care Science (all forms of care and significant other care at home and in institutes). In Nijmegen the ITS, The Institute for applied Sociology (personal bound budget for the patient) and in Amsterdam the NSPOH, (Master education for nurses and doctors, International projects in the health care system) is the National School for Public and Occupational Health.

Patient participation

There are several protocols on national level accepted and in use for daily practice. Also in the development of the protocols and quality criteria patients are involved. In the Netherlands the patient is included and involved in the decision making process. The ICN also signed in April 2005 an agreement with the International Patient Organization to include the patient more in the care. Below I will present on the basis of a research performed by a panel of experts at 404 nurses in the Netherlands at the different general hospitals, psychiatric clinics, Care for handicapped and disabled persons and at Home Care on the influence of the patient participation and assertiveness on the care. An asterisks (*) indicates that there is a statistic significant different on the answers between the nurses from the institutes (9).

Table 5	
The consequences of the independent, emancipated, assertive patient for the quality of care (n = 404)	
At an emancipated patient	
Total	
(in relation to a not emancipated patient)	
He/she decides more often together with me about the care*	70 %
I better know the problems of the patient	66 %
I work more goal-oriented *	44 %
I give more information on the care	36 %
I follow more strict the agreements	34 %
I take the patient more often serious	33 %
I show quicker the patient file *	22 %
I ask sooner to a colleague to take over the care when it does not 'click' 'match'	8 %

Table 6	
What goes easier at independent, emancipated, assertive patients in relation to not independent, emancipated, assertive patients? (n = 404)	
At independent, emancipated, assertive patients I find it easier...	
Total	
To evaluate if the care reached the desired effect	71 %
To evaluate if I performed my interventions according to the satisfaction of the patient	63 %
To tune the care on the needs of the patient	68 %
To give information on the care *	46 %

Table 7	
Is a less independent, emancipated, assertive patient a limitation for good care? The opinion of the nurse (n = 404)	
Total	
A less independent, emancipated, assertive patient plays (a)	
Very important role	5 %
Important role	35 %
Little role	52 %
No role	8 %

Table 8	
What are the consequences of the independent, emancipated, assertive patient for the experience of the work? (n = 404)	
Total	
At an independent, emancipated, assertive patient (in relation to a not independent, emancipated, assertive patient)	
The care is then mental more stress full *	17 %
I am less independent to determine how to execute my work *	11 %
The workload has increased	10 %
I can determine less independent the content of my job	10 %
I can less determine independent how much time to be spent for a certain activity *	9 %
The care increased physical	2 %

Patient safety

One less positive point has to be mentioned here on the day of Nurses with regards to the safety of the patient. Despite of the patient participation in the decision making process patients in psychiatric settings are earlier separated and tied on the bed for their safety than in other European Countries. The International Community complained in the Netherlands for this according to the commission not a humane approach. An explanation for this situation is given that there is a lack of nurses and that the aggression of the patient towards workers in the health care system is increasing (10).

In order to improve the situation of the patient, the nursing profession will implement eight quality criteria developed for use by professionals on early separation of the patient in psychiatric settings. Nurses are preparing now policy on the matter of separation and free movement of patient and the freedom of the patient in institutes (11).

SESTRINSTVO U NIZOZEMSKOJ

Oscar R. de Miranda Med.Soc.,O.D.,N.Sc., RN.

Uvod

Možemo reći da medicinska sestra u Nizozemskoj slovi kao profesionalac koji samostalno provodi zadatke i funkcije unutar interdisciplinarnim i multidisciplinarnim okruženjima po osnovi znanja i prakse.

Identitet medicinske sestre u Nizozemskoj se ne podudara sa Florence Nightingale, niti sa simbolom Lady with the lamp, međutim, medicinska sestra u Nizozemskoj je osoba koja posjeduje znanje temeljeno na teorijama sestrinstva. Znanje koje se temelji na osnovama Florence Nightingale, Virginia Henderson, Dorothea Orem i ostalih teoretičara i filozofa usko povezanih sa sestrinstvom. Medicinska sestra u Nizozemskoj posjeduje vještine, uvid i stav koji su joj potrebni da funkcionira kao profesionalna medicinska sestra. Medicinska sestra/brat su u ulozi advokata pacijenata te su jednaki partneri sa ostalim djelatnicima u sustavu zdravstvene njege.

Medicinske sestre u Nizozemskoj imaju reputaciju rada unutar multikulturalne zajednice u kojoj svojim primjerom demonstriraju:

- Dobar timski duh
- Poštovanje prema svakom kolegi unutar tima koji je sastavljen od raznih društvenih i religijskih pozadina
- Poštovanje prema intimi i pravima pacijenta i ostalima.

Medicinska sestra uključuje pacijenta u postupak donošenja odluke što pruža pacijentu osjećaj jedinstvenosti i pravo da aktivno sudjeluje u odluci o postupku liječenja.

U Nizozemskoj, medicinske sestre se obrazuju kao stručnjaci i student sestrinstva može po završetku studija dobiti diplomu Prvostupnika (bachelor), Magistra ili Doktora kako bi mogao raditi kao medicinska sestra, specijalizirana medicinska sestra, specijalizirana bolnička medicinska sestra, medicinska sestra-istraživač.

Postoje posebni tečajevi i studiji za medicinske sestre na Veleučilištima i Sveučilištima na nivou Prvostupnika-Magistra do menadžera, medicinske sestre (mentora).

Medicinska sestra zadovoljava kriterije koje je definirao ICN za područje 'sestrinstva'. To znači da se student sestrinstva educira kako bi postao 'advokat' pacijenata, provodio potrebne mjere za uvjete rada u sigurnom okruženju i provodio istraživanja na području sestrinstva. Student sestrinstva u praksi uči kako igrati ulogu: skrbnika, direktora, dizajnera, trenera i profesionalne medicinske sestre.

Medicinske sestre u Nizozemskoj su uključene u razvoj donošenja zakona o zdravstvenoj njezi te zakona o sestrinstvu i sustavu upravljanja. Iako sa dobrim namjerama, u svakodnevnoj praksi je vidljivo da najslabija osoba nosi najteži teret. Također, osoba ne može profesionalno izvršavati svoj posao ukoliko nema poštovanje prema najslabijem kolegi u lancu koji čine dvije grupe unutar zanimanja medicinskih sestara.

U ovom trenutku u Nizozemskoj je prisutan manjak medicinskih sestara. U velikim gradovima poput Amsterdama na svakih 1000 otvorenih pozicija za medicinske, 38 pozicija ostane nepokriveno (1). Zbog ovog i mnogih drugih razloga u Nizozemskoj se pridaje veliki značaj u obrazovanju novih medicinskih sestara. Zbog nedostatka broja medicinskih sestara dovodi do slučaja gdje su medicinske sestre

preopterećene radnim satima i ugrožavaju vlastito zdravlje. S druge strane, ovo je izazov medicinskih sestrama i njihovim vođama da upravljaju što je produktivnije moguće s raspoloživim ljudskim potencijalima i materijalnim sredstvima. Netko može reći: 'Dobar profesionalac nikad ne umire!'

Obrazovanje medicinskih sestara

Studenti u Nizozemskoj imaju mogućnost izvanrednog i redovnog studiranja.

Izvanredni studenti uglavnom imaju ugovor o radu sa bolnicom ili institutom koji se nalazi unutar sustava zdravstvene njege te su obvezni raditi najmanje dvije godine za institute nakon završetka školovanja.

Izvanredni i redovni studenti moraju pokazati svoje vještine, znanja, stav i smisao uočavanja za vrijeme stručne prakse tijekom školovanja. Za to svrhu, svaki institut koji radi unutar sustava zdravstvene njege mora definirati tzv. Profil mjesta za učenje. Profil mjesta za učenje je dokument koji je dio školovanja and politika instituta u kojem se definiraju, za svaku radnu jedinicu i za institut kao cjelinu, koje završni vještine i znanja se mogu realizirati te na koji način i pod kakvim okolnostima se mogu naučiti. Profil mjesta za učenje opisuje one karakterne osobine u radnim situacijama koje su bitne za školovanje studenta sestrinstva i medicinske sestre-mentora, karakterne osobine i varijacije u kompetencijama kao što su kompleksnost (složenost) njege i kategorija njege te broj studenata (learning volume). Learning volume znači broj studenata koji mogu biti prisutni istovremeno na određenom odjelu ili jedinici. The learning volume također određuje period i količinu vremena koji će studentu biti potrebni za naučiti i realizirati završna znanja i vještine. Faktori koji utječu na broj studenata su: radna jedinica, intenzitet zdravstvene njege i dostupnost kvalificirane medicinske sestre-supervizora (mentora). 'Mjesto za učenje' posjeduje slijedećih pet karakteristika:

1. 'Širina učenja i spektar učenja'
2. 'Količina i opseg sadržaja koji se uči'
3. 'Kvaliteta mjesta za učenje'
4. 'mjesto za učenje kao instrument u svladavanju procesa'
5. 'mjesto za učenje kao sredstvo komunikacije između zavoda i obrazovnih institucija'

'Širina učenja' je povezana sa varijacijama kompetencija koje mogu biti usvojene unutar okvira radnih situacija. Bitna stavka je 'što' je netko u stanju naučiti. Također se radi i o različitim kompetencijama vezanim uz složenost. Faktori koji određuju 'Širinu učenja' su varijacije u kategorijama pacijenata (osoba) kojima je potrebna zdravstvena njega, varijacije u okolnostima pod kojima pacijent (osoba) traži zdravstvenu njegu te varijacije u složenosti pružanja zdravstvene njege.

'Količina i opseg sadržaja koji se uči' je povezan s brojem studenata koji mogu biti skupno prisutni u određenim trenucima tijekom specifičnih radnih situacija. Količina i opseg sadržaja koji se uči, također pokazuje koliko dugo i tijekom kojeg vremenskog perioda će student biti u mogućnosti da u stvarnosti savlada završna znanja i vještine. Faktori koji utječu na 'Količinu i opseg sadržaja koji se uči' su broj radnih jedinica, intenzitet zdravstvene njege i dostupnost kvalificirane medicinske sestre-supervizora.

Kvaliteta 'mjesta za učenje'

Ova karakteristika je povezana sa učinkovitošću i uspješnosti postupka učenja. Faktori koji utječu na kvalitetu 'mjesta učenja' su: dobro radno ozračje, kvaliteta mentora, strukturiranje aktivnosti učenja i prostor za studenta gdje će učiti bez pomoći. Naravno da je moguće da su karakteristike tijekom vremena podložne

promjenama i iz tog razloga je nužno prilagoditi 'mjesto učenja' radnoj jedinici, odjelu ili institutu.

'Mjesto za učenje kao instrument u svladavanju procesa'

Ovo znači da će glavne sestre i suradnici na odjelu kontinuirano morati biti svjesni razmjera kojima odjel pridonosi i funkcionira kao 'mjesto za učenje' a ne kao 'mjesto za oslonac'. Tijekom ovog razdoblja, 'mjesto za učenje' postaje više od procesa učenja već pridonosi prenošenju znanja u svrhu poboljšanja kvalitete rukovođenja institutom iz razloga što su ovim postupkom postavljeni uvjeti za uspješno i učinkovito učenje.

Mjesto za učenje kao instrument komuniciranja

'Mjesto za učenje' također djeluje baza komunikacije između obrazovnih institucija i institute zdravstvenih njega.

Ponekad su za planiranje kvalitetnih pravaca učenja potrebne dobre organizacijske vještine glavnih medicinskih sestara u određenim situacijama kad se odjeli međusobno po mnogočemu razlikuju u pružanju 'mjesta za učenje' ili gdje su radni uvjeti i uvjeti za učenje vrlo različiti i gdje student mora pažljivo isplanirati kako bi u određenom vremenskom periodu, predviđenom za praksu u institutu, usvojio sva završna znanja i vještine.

'Mjesto za učenje' na odjelu prikazuje slijedeću sliku:

1. Opis kategorije pacijenata na koje je odjel usmjeren;
2. Opis vještina koje su potrebne kako bi se izvršila primarna izvedba zdravstvene njege na opisanom odjelu ili jedinici;
3. Uvid u znanja, vještine i kompetencije specijalizirane medicinske sestre koju odjel traži za konzultacije;
4. Uvid u stupanj (odgovornosti, složenosti i prijenos znanja) na temelju kojeg se provode intervencije i postupci na odjelu;
5. Pregled grupe zanimanja koji rade na odjelu i koji mogu funkcionirati kao uzor studentu (broj medicinskih sestara na odjelu / odnos broja između registriranih medicinskih sestara i studenata sestrinstva / ostale discipline);
6. Karakteristike kulture učenja i edukacije na odjelu;
7. Opis materijalnih i nematerijalnih sredstava koje odjel ili jedinica posjeduje u svrhu procesa učenja i podrške;
8. Pregled modula kojih završnih znanja, vještina i kvalifikacija mogu biti usvojeni unutar instituta (jedinice/odjela);
9. Izjava instituta u kojima navodi koje kvalifikacije / edukacije može pružiti;

Praksa zauzima važno mjesto u edukaciji medicinskih sestara u Nizozemskoj i zasniva se na točkama koje jedino stvarna praksa na odjelima može ponuditi kako bi usvojili i stekli profesionalne vještine na razini proizvoda i usluga zdravstvene njege u institutima.

Kvaliteta obrazovanja ovisi i većim se djelom zasniva na kvaliteti odjela koji su dostupni studentima kao 'Mjesto za učenje'. To znači da ciljevi obrazovanja praktične edukacije medicinskih sestara se mogu usvojiti i steći samo za vrijeme stručne prakse na institutima.

Za profesionalno obrazovanje i trening potrebno je reflektivno učenje i rad kako bi se dostigla određena razina vještina i stav prema praktičnim i spoznajnim vještinama, spoznaja vrijednosti i normi određenih zanimanja ili skup funkcija. Cilj treninga i praktične edukacije medicinskih sestara u Nizozemskoj je da one osobe koje sudjeluju u sustavu obrazovanja su najbolje moguće trenirane i

pripremljene osobe koje su sposobne funkcionirati kao potpuno kvalificirane osobe nakon stjecanja potrebnih kompetencija. Ovo ne znači samo da su te osobe nakon položenih ispita dobri profesionalci već da su naučili kako se nositi sa vrijednostima i normama koje su prisutne u njihovom zanimanju.

Uredba zanimanja

Zanimanje medicinske sestre u Nizozemskoj je uređene kroz nekoliko zakona. Na primjer, Zakon o zdravstvenim djelatnicima regulira registraciju medicinske sestre kao profesionalnog djelatnika te Zakon o Kvaliteti regulira količinu i kvalitetu pružene zdravstvene njege.

Prema Zakonu o zdravstvenim djelatnicima, registrirana medicinska sestra ili student sestrinstva su svjesni da se konstantno moraju pitati da li posjeduje kompetencije i da li je dovoljno kvalificiran/a kada treba izvesti Ograničeni visoko rizični medicinski postupak te da li će ga provesti u skladu sa propisanim protokolom. Ukoliko smatra da nije kompetentna, medicinska sestra tada ima obvezu i pravo odbiti nalog za izvršenje tražene intervencije sve dok vođa jedinice medicinskih sestara i doktor nisu uvjereni da medicinska sestra koja odbija provesti intervenciju je sposobna i kompetentna te je također voljna izvesti Ograničeni visoko rizični medicinski postupak te da ga provesti u skladu sa smjernicama, procedurama i protokolom odjela.

Ovo pitanje može potaknuti etičke dileme kod studenta sestrinstva. Na primjer, u Nizozemskoj kod slučaja kad je medicinska sestra/brat uključen u postupak kad pacijent želi eutanaziju ili pomoć pri skončavanju života. Medicinska sestra/brat je kompetentan za uvesti iglu za eutanaziju međutim, da li je on/ona spremna i voljna uvesti 'posljednju iglu'?

Eutanazija

Kod eutanazije postoji: svjesno i promišljeno skončavanje života, od strane druge osobe (ne pacijenta), uz jasno određenu želju pacijenta.

Pomoć pri skončavanju života

Kod pružanja pomoći pri skončavanju života postoji: svjesno i promišljeno skončavanje života, od strane pacijenta, uz jasno određenu želju pacijenta.

Trideset posto svih zahtjeva za eutanazijom u Nizozemskoj odobrava Lokalna komisija za eutanaziju. U manje od pola slučajeva, medicinske sestre su te koje su suočene kao prve osobe kojima se postavlja ovo pitanje te u većini situacija dolazi do dogovora s medicinskim djelatnicima o ovoj temi. U trideset posto slučajeva, obiteljima pacijenata je na njihov zahtjev pružena njega i podrška nakon postupka. U većini slučajeva obitelji su zadovoljne postupkom i skončavanjem života njihovih najbližih. Omjer između eutanazije i pomoći pri skončavanju života svih slučajeva je 93,9 % i 2,5 %. Kombinacija oba postupka iznosi 1,2 % a 2,5 % je nepoznato. Kroz mišljenje obitelji pacijenta pokazalo se da ovaj postupak ima dvije strane: Sreća i tuga (2).

Prvo nacionalno istraživanje o eutanaziji i pomoći pri skončavanju života, na zahtjev Ministarstva zdravstva i sporta Nizozemske, su proveli Ada van Bruchem-Van de Scheur (medicinska sestra-znanstvenik) i Arie van de Arend (Doktor zdravstvene etike i medicinski brat-znanstvenik) 2004. godine u suradnji s redovnim profesorima Sveučilišta Maastricht dr. Cor Spreeuwenberg, dr. Frans Wijmen, dr. Ruud ter Meulen (3).

Tablica 1: Zdravstveni djelatnici s kojima pacijenti prvo razgovaraju o eutanaziji/pomoći u sklopu života (3).

	Bolnica n= 381 %	Kućna njege n= 278 %	Starački dom n= 140 %	Ukupno N=799 %
Doktor (specijalist,doktor opće prakse dr.)	23,4 22,3	62,2 8,3	22,9 21,4	36,8 17,3
Doktor + Medicinska sestra	45,1	22,3	44,3	37,0
Medicinska sestra	43,7	-	2,8	2,3
Ostali	5,5	7,2	8,6	6,6
Nepoznato				

Tablica 2: Uloga medicinske sestre u postupku donošenja odluke o eutanaziji (3).

	Bolnica n= 359 %	Kućna njege n= 267 %	Starački dom n= 128 %	Ukupno N=754 %
Doktor + Medicinska sestra Bez dogovora	78,8	41,2	81,3	65,9
Doktor + Medicinska sestra	14,2	49,8	10,9	26,2
Nepoznato	7,0	9,0	7,8	7,8

Tablica 3: Pružanje eutanazije (3).

	Bolnica n= 381 %	Kućna njege n= 278 %	Starački dom n= 140 %	Ukupno N=799 %
Doktor	83,2	87,5 (21)	89,5 (34)	84,9
Doktor + Pacijent	(119)	-	5,3 (2)	(174)
Pacijent	-	4,2 (1)	2,6 (1)	1,0 (2)
Doktor + Medicinska sestra	1,4 (2)	8,3 (2)	-	2,0 (4)
Medicinska sestra	11,9 (17)	-	-	9,3 (19)
Medicinska sestra anesteziolog	3,5 (5)	-	2,6 (1)	2,4 (5)
	-			0,5 (1)

Table 4: Pružanje njege bližnjima / obitelji od strane medicinske sestre nakon postupka eutanazije (3).

	Bolnica n= 262 %	Kućna njege n= 264 %	Starački dom n= 80 %	Ukupno N=606 %
Medicinske sestre koje su pružile njegu	30,5 63,7	80,3 15,2	78,8 11,3	58,6 35,6
Medicinske sestre koje nisu pružile njegu	5,7	4,5	10,0	5,8
Nepoznato				

Osobni profesionalizam

Medicinske sestre u Nizozemskoj dobivaju sve više odgovornosti u razvoju i oblikovanju provedbe procesa medicinske njege. U istraživanju NIVEL-a koje je provedeno na zahtjev Nizozemska udruga medicinski sestara NU'91 u 2004-oj godini, otkriveno je da medicinske sestre u Nizozemskoj imaju još puno prostora za poraditi na svom osobnom profesionalizmu (4). Istraživanje je jasno pokazalo da medicinske sestre u Nizozemskoj u osnovi pokazuju jako malo inicijative za razvoj osobnog profesionalizma, te bi radije prilagodile sebe kulturi organizacije i usmjerile sebe sukladno pravilima određenim od strane menadžmenta medicinskih sestara. Ovakvo pasivno ponašanje medicinskih sestara je u konfliktu s razvojem osobnog profesionalizma zato što nije preuzeta vlastita odgovornost. Aspekti osobnog profesionalizma koji su uzeti u obzir u gore navedenom NIVEL istraživanju su:

1. Vizija profesije medicinske sestre/brata
2. Motivacija i razlog izbora profesije
3. Teoretsko znanje profesije medicinske sestre/brata
4. Sistematski pristup procesu pružanja medicinske pomoći
5. Praksa zasnovana na dokazima
6. Izražavanje i evaluacija
7. Stav prema pacijentu/klijentu/bližnjima
8. Unaprjeđenje vještina i kompetencija
9. Zakon
10. Znanje o najvažnijim dokumentima koji se koriste u obavljanju poslova medicinske sestre/brata
11. Suradnja
12. Značaj medicinskih sestara/braće u organizaciji
13. Profesionalizam specijaliziranih grupa

Značaj medicinske sestre/brata i vođe medicinskih sestara/braće

U preporukama, istraživači su naglasili važnost da i vođe postanu profesionalniji kako bi kreirali sve preduvjete i okolnosti prikladne za razvoj osobnog profesionalizma. Dobar vođa će inspirirati timove da iskoriste znanstvena istraživanja i da se motiviraju da razviju jasne vizije i ciljeve procesa medicinske njege i primjene u praksi. Razvoj osobnog profesionalizma tada uključuje da se medicinska sestra/brat okrenu kritički okrenu prema tome što oni/one rade i na koji bi drugačiji način proces i primjena u praksi mogli biti unaprijeđeni.

Kvaliteta Njege

Kvaliteta njege je jedna od osnovnih ideja sustava zdravstva u Nizozemskoj. Osiguranje kvalitete, praćenje i kvaliteta provjere su stavljeni u zakon kao obveza i odgovornost svih uključenih u procesu. Ovo uključuje specijaliste u zdravstvenim institucijama, ali i sve organizacije i sve druge osobe koje rade unutar zdravstvenog sustava Nizozemske. Tri zakona koja reguliraju kvalitetu njege u Nizozemskoj su "Law of the Medical Treatment Agreement" (WGBO); "Law on the Quality of the Care institutes" (Kwaliteitswet Zorginstellingen=KWZ) i "Law on the Professionals in the Individual Health Care system" (Wet BIG). WGBO cilj je garancija bolje pravne zaštite pacijenata, te obvezuje profesionalce da "pružaju njegu kao dobri njegovatelji". KWZ napominje da je "odgovorna njega" orijentirana na zadovoljavanje ciljeva, ali istodobno mora biti orijentirana na pacijente. Zakon BIG regulira provedbu i uključuje listu ograničavajućih rizičnih medicinsko-tehnoloških zahvata. Takvi zahvati, koje provode medicinske sestre i koji mogu izazvati rizik za pacijenta, te zahtijevaju dodatna znanja, vještine, moraju biti medicinsko-tehnološki provedeni sukladno pismenom medicinskom zahtjevu i prema uputama odobrenih protokola.

Kvaliteta i efikasnost

Da bi odgovorili na ovo pitanje prvo se treba zapitati: " Koja pravila kvalitete provode medicinske sestre i koji je zlatni standard kvalitete u njihovoj primjeni?"

U istraživanju NIVEL-a, u Nizozemskom institutu za primarnu zdravstvenu zaštitu, medicinske sestre su podijeljene u 64 specijalizirane organizacije i više od pola tih specijaliziranih grupa je razvilo svoja vlastita pravila o kvaliteti (5). Od 1995 specijalizirane grupe su usredotočene na nove strukture obrazovanja i razvoja profesionalnih i funkcionalnih profila medicinskih sestara/braće, prijavljivanju i obnavljanju prijave u zvanju medicinskih sestara/braće. Pregled aktivnosti u svezi kvalitete je izložen i postojeće smjernice i protokoli su tiskani i pregledani.

Pravila i Strategija

Od 1996, 44 od 64 specijaliziranih i profesionalnih organizacija, uključujući NNA NU'91, Belgijske i Nizozemske specijalizirane organizacije u polju neurologije i neurokirurgije, ujedinjene su u General Assembly of Nursing and Health Technicians (AVVV).

AVVV je središte svih organizacija medicinske njege, mjesto gdje se prenosi znanje između medicinskih sestara/braće i stvara obrazovni sustav. AVVV pokušava povezati pravila (kvalitete) svih zvanja u sustavu medicinske njege, te daje prioritet u 2005 slijedećim:

1. Pojasniti zakone kvalitete
2. Razviti sustav osiguranja kvalitete za vanjsku provjeru kvalitete
3. Ozakoniti standarde
4. Poboljšati korištenje standarda i protokola
5. Razviti i revidirati postojeće smjernice
6. Kreirati i održavati registracijsku dokumentaciju i preregistracijske sustave u medicinskoj njezi
7. Uvesti i pojasniti kako napraviti rezultate istraživanja dostupnijim

Medicinske sestre u praksi

Medicinska sestra/brat moraju biti registrirani u BOG-registru prije dozvole za rad. Da bi održavali dozvolu rada kao medicinske sestre/braća moraju održavati radno iskustvo od 1840 radnih sati u struci te posjedovati znanje i vještine koje su adekvatne poziciji na kojoj su zaposleni. Udruge ABVA/KABO FNV su predložile Ministarstvu zdravlja Nizozemske da medicinske sestre/braća mogu izbivati maksimalno tri godine iz struke, za razliku od trenutnog dozvoljenog izbivanja od maksimalno dvije godine. Razlog je činjenica da će medicinske sestre vrlo vjerojatno napustiti struku (6).

Medicinske sestre/braća (48%) i zdravstveni tehničari (52%) rade sve vezano uz njegu pacijenata. U 2005 došlo je do manjka osoblja u zdravstvenom sustavu diljem svijeta. U 2004, u Nizozemskoj je bilo 283,300 (medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara) na populaciju od 16 miliona, što ukazuje da 1 medicinska sestra/brat pružaju njegu potencijalno 56.5 stanovnika. Takve medicinske sestre/braća su potpomognuti s 88,300 pomoćnih artikala bilo da se radi o kućnoj njezi ili njezi u institucijama (7).

Zadovoljstvo medicinskih sestara/braće

Medicinske sestre/braća i zdravstveni tehničari organizirani su prema zanimanjima i prema sindikatima ili prema medicinskim organizacijama NU'91 koji su vezani uz sindikate ili kroz nacionalne, regionalne ili lokalne grupne interese.

Također je moguće da i drugi radnici iz sektora zdravstvene njege, kao fizioterapeuti, zdravstveni tehničari i drugi uključeni u sustav osnovne zdravstvene njege te rade u suradnji s medicinskim sestrama/braćom, postanu članovi Nacionalne udruge medicinskih sestara NU'91, primarno iz strateških razloga. U studenom 2006 održati će se procjena ove nove vrste članstva. Medicinske

sestre/braća, uključeni su i u kratkoročne i dugoročne izrade pravilnika na lokalnim i nacionalnim razinama.

Kao rezultat ankete provedene u Nizozemskoj od strane NU'91, u ispunjavanju NNA upitnika, sudjelovalo 23,000 članova. U anketi je zatraženo da se rangiraju (1 do 10) i predlože prioritete teme iz kolektivnog ugovora za 2005-u godinu. Jedni od prioriteta prijedloga članova je da bi NNA trebao poslovati bez gubitka (7.4) i da se pravilo o mogućnosti prekida radnog odnosa prije 65-te godine održi (7.2).

Razvoj zanimanja medicinskih sestara

Magistarska titula ili diploma u znanosti sestrinstva se može dobiti na Veleučilištima ili Sveučilištima. Obrazovanje za specijaliziranu bolničku medicinsku sestru, naprednu medicinsku sestru ili asistenta liječnika je na magistarskoj razini. Međunarodni odbor za medicinske sestre pruža slijedeće definicije:

Asistent liječnika (PA)

PA pomaže medicinskom stručnjaku s kliničkim poslovima na ograničenim i strogo definiranim poljima, kako bi obavio određene postupke i intervencije. PA dopunjuje jaz između medicinskih postupaka i zdravstvene njege.

Nurse Practitioner (NP) / Advanced Practice Nurse (APN)

NP/APN je registrirana medicinska sestra koja je dosegla razinu ekspertize i može preuzeti na sebe složene odluke te posjeduje bolničke kompetencije kako bi zadovoljila široku ulogu koja joj je namijenjena u okviru konteksta posla i/ili države u kojoj je registrirana da obavlja svoje zvanje. Preporuča se magistarsko zvanje.

Nurse Practitioner (NP)

Medicinska sestra s akademskom razinom razmišljanja i rada koja je direktno povezana sa njom pacijenata za određenu skupinu pacijenata. Ona se uključuje svojim poslom u medicinske dužnosti i njegu pacijenata. (8).

The Nurse Practitioner (NP) je medicinska sestra koja izvršava zadatke u djelokrugu doktora i medicinske sestre. The Nurse practitioner čini most 'medicinska sestra-liječnik-bolničar' do pacijenta, dok specijalizirana bolnička medicinska sestra obavlja samo dužnosti u djelokrugu medicinskih sestara.

Broj studenata koji su magistrirali u Advanced Nursing Practice (ANP) i Asistenti liječnika (PA) 2004. godine u Nizozemskoj (12)

Visokoškolske ustanove	ANP	PA
Hogeschool van Utrecht	20	30
Hogeschool N-Holland	35	
Hogeschool Leiden	13	
Hogeschool Rotterdam	22	
Hogeschool Groningen	36	
Hogeschool Eindhoven	43	
Hogeschool Arnhem en Nijmegen	21	30
Ukupno	190	60

Nadalje, medicinske sestre u nizozemskoj imaju mogućnost steći magistarsku diplomu u menadžmentu u sestrinstvu ili kako bi postali učitelji, profesori u Srednjoj školi ili Sveučilištu.

Trenutne teme za menadžere u sestrinstvu u polju razvoja znanja u Nizozemskoj su: stručni menadžment, menadžment razumijevanja, menadžment izvedba, menadžment ljudskim potencijalima i razvoj menadžmenta.

Doktorat iz sestrinstva se može steći na jednom od sveučilišta za sestrinstvo. U načelu, student ima mogućnost odabira njegove/njezine teme interesa međutim, svako sveučilište posjeduje svoj vlastiti program istraživanja. Samo ona sveučilišta u Nizozemskoj sa specifičnim temama istraživanja u sestrinstvu su dolje navedena. Na drugim sveučilištima, medicinske sestre također imaju mogućnost da pohađaju doktorat u jednoj od ostalih znanosti.

Sveučilište	Tema istraživačkog programa
-	-
Free University of Amsterdam	Njega u zajednici i kućna njega
University of Amsterdam	Njega u zajednici i kućna njega
University of Utrecht	Kronični bolesnici i kvalitativno istraživanje
University of Nijmegen	Dijagnostički povezane skupine i sigurnost
University of Maastricht	Teorija sestrinstva, modeli, politika i menadžment
University of Groningen	Informatika u sestrinstvu
---	---

Istraživački instituti

Postoji nekoliko istraživačkih instituta za sestrinstvo i unutar sustava zdravstvene njege koji također funkcioniraju kao državna tijela sa mandatom. Na primjer, U Utrecht-u je NIVEL, Državni institut za primarnu zdravstvenu zaštitu i NIZW, Državni institut za znanosti njege. U Nijmegen-u je ITS, Institut za primijenjenu sociologiju i u Amsterdamu je NSPOH, (Obrazovanje na razini magistarske diplome za medicinske sestre i doktore, Međunarodni projekti u sustavu zdravstvene zaštite) Škola narodnog zdravlja.

Sudjelovanje pacijenata

Postoji nekoliko protokola na državnoj razini koji se svakodnevno koriste. Pacijenti su također uključeni u razvoj protokola i kriterija kvalitete. Pacijent u Nizozemskoj je uključen u proces donošenja odluke. ICN je u Travnju 2005. godine potpisao dogovor s Međunarodnom udrugom pacijenata prema kojem se pacijent više uključuje u njegu. U dolje navedenim tablicama, prema istraživanju stručnjaka na uzorku koji su činile 404 medicinske sestre iz raznih općih bolnica, psihijatrijskih klinika, njege hendikepiranih osoba, kućne njege, kakav učinak imaju na sudjelovanje pacijenata i kvalitetnu njegu. Zvezdica(*) prikazuje statistički značajnu razliku u odgovorima medicinskih sestara sa instituta. (9).

Tablica 5	
Posljedice koje samostalan, upućen i siguran pacijent ima na kvalitetu njege (n = 404)	
Upućeni pacijent Ukupno (u donosu na neupućenog pacijenta)	
On/ona često donose odluku sa mnom o njezi*	70 %
Bolje sam upoznata sa problemima pacijenata	66 %
Moj rad je orijentiran više prema cilju *	44 %
Pružam više informacija vezanih uz njegu	36 %
Precizno slijedim dogovore	34 %
Često shvaćam pacijenta ozbiljno	33 %
Brže pokažem pacijentov karton *	22 %
Brže pitam kolegu da preuzme njegu kada ne 'kliknem' s pacijentom	8 %

Tablica 6	
Što je lakše sa samostalnim, upućenim i sigurnim pacijentom u odnosu na nesamostalnog, neupućenog i nesigurnog pacijenta? (n = 404)	
Sa samostalnim, upućenim i sigurnim pacijentom lakše mi je...	Ukupno
Procijeniti da li je njega postigla željeni učinak	71 %
Procijeniti da li je pacijent zadovoljan izvedenim intervencijama	63 %
Da njegu prilagodim potrebama pacijenta	68 %
Da pružam informacije vezane uz njegu *	46 %

Tablica 7	
Da li nesamostalni, neupućeni i nesigurni pacijent ograničava pružanje kvalitetne zdravstvene njege? Mišljenje medicinskih sestara (n = 404)	
Ukupno Manje samostalan, upućen i siguran pacijent igra...	
Jako važnu ulogu	5 %
Važnu ulogu	35 %
Malu ulogu	52 %
Uopće ne igra ulogu	8 %

Tablica 8

Koje su učinci samostalnog, upućenog i sigurnog pacijenta na iskustvo na poslu?
(n = 404)

Ukupno samostalni, upućeni i sigurni pacijent (u odnosu na nesamostalnog, neupućenog i nesigurnog pacijenta)	
Njega je stresnija *	17 %
Nisam dovoljno samostalna za donošenje odluke o načinu izvršenja mog posla *	11 %
Radno opterećenje se povećava	10 %
Rijetko mogu samostalno odlučiti koji je sadržaj mog posla	10 %
Rijetko mogu samostalno odlučiti koliko vremena mi je potrebno za određenu aktivnost *	9 %
Njega se fizički povećala	2 %

Sigurnost pacijenata

Jedna manje pozitivna točka u vezi sigurnosti pacijenta se mora spomenuti danas na dan Medicinskih sestara. Usprkos sudjelovanju pacijenta u procesu donošenja odluke, u Nizozemskoj su pacijenti u psihijatrijskim okruženjima, brže nego u bilo kojoj europskoj zemlji, unaprijed svezani za krevet zbog njihove sigurnosti. Međunarodna zajednica u Nizozemskoj se žalila zbog te činjenice koja prema povjerenstvu nije humani pristup. Objašnjenje ove situacije je glasilo da je nedovoljan broj medicinskih sestara i da je agresivnost pacijenata prema zdravstvenim djelatnicima u porastu (10).

Kako bi poboljšali položaj pacijenta, medicinske sestre će uvesti osam kriterija kvalitete koji su sastavljeni za uporabu djelatnika na ranom odvajanju pacijenata u psihijatrijskim okruženjima. Medicinske sestre trenutno pripremaju uredbu u vezi odvajanja i slobode kretanja pacijenata te slobode pacijenata općenito unutar institucija (11).

FROM EVOLUTION TO REVOLUTION.

*Thomas Kearns
A/Chief Education Officer
An Bord Altranais (Irish Nursing Board).*

Introduction

I would like to offer greetings from your colleagues in Nursing in Ireland. Although English is our first language in use in Ireland it is not our native language. The traditional Irish greeting is Dia Ghuit. While it is used as “hello” in English it is literally translated as “God be with you”

It is an honour for me to give this presentation today. I am honoured and delighted to have this wonderful opportunity to visit your magnificent country. I look forward to meeting many delegates here at this conference and supporting colleagues who are undertaking significant journeys within nurse education.

I have titled my presentation “from evolution to revolution” for one primary reason - the rate and pace of change that nurse education has gone through specifically in the last decade or so. Nursing education and practice is operating in a changing world, politically, economically, technically and professionally.

In 1993 I worked with a hospital based 3 year certificate programme, in 2002 the 4 year Higher Education Institution (University and Institute) based Honours Bachelor Degree in Science in Nursing had commenced as the only pathway for nurse registration education in Ireland. In the period between 1993 and 2002, Ireland also developed and provided a college linked three-year Diploma programme (1994-2001). Therefore during these few years nurse educators and clinicians had to manage educational programmes that underwent most significant changes in terms of location of the programme and the nature of academic and clinical input and assessment. I contend that there are few experiences in terms of education and curriculum development in Europe that would have experienced such radical and revolutionary change in such a short time.

The context for all this change included Reports on the Future of Nurse Education in Ireland (1994), An international Evaluation of the Diploma programme (1998), A government based Commission on Nursing (1998) and The Nurse Education Forum Report (2000).

Nurse Regulation

Nursing in Ireland has been a regulated profession since 1919. An Bord Altranais is the statutory regulatory authority for Nursing, it has existed since 1950. The current Nurses Act, 1985 (to be replaced in 2005/2006) provides A Bord Altranais with its statutory authority. An Bord Altranais primarily manages Registration, Education and Training and Fitness to Practice functions. Through this Act An Bord Atranais under its powers in relation to Education and Training makes Rules that governs the provision of Nurse Registration and post-registration education. These rules provide the Board with the power to devise Requirements and Standards for Nurse Registration Education Programmes. These Requirements and Standards are guided in their construction by the European Union directives. My humble opinion in relation to the directives is that they conferred strength to the profession in relation to the determination of the theoretical and clinical input of Nurse Registration Programmes. Ireland adopted the 1977 directive in 1979 and have adopted and implemented subsequent directives (1989) with minimum delay.

Requirements and Standards

An Bord Altranais has developed Requirements and Standards for all Registration programmes (Certificate to Degree). These Requirements and Standards were and continue to be developed based on research evidence and consultation (nationally and internationally). They are devised to provide guidance for the development of flexible, innovative, practice orientated registration programmes to the Higher Education Institution and Health Care Institution partnerships that exist throughout the country.

Joint written statements must be submitted by these partnerships to An Bord for approval to provide Nurse Registration Education. The Requirements and Standards provide the template to assist the academic and clinical partners in making this submission and it provides a framework to support the development and maintenance of a national standard.

An Bord Altranais as the Statutory Regulatory Body determines for the Colleges and the Health Care Institutions the broad outcomes for the programme, the competencies to enter the register, the programme outline structure in terms of theoretical and clinical input and the specific circuit of clinical experience/rotation. The Requirements and Standards provide evidence based quality focussed standards in relation to institution resources to support education, curriculum design and development, clinical practice experience standards for student learning and standards for the assessment of theoretical and clinical experience and standards for the appointment of external examiners to the programme. Within each of these categories of standards there are a number of measurable criteria that are identified. These are used by the partnerships to guide the development of their programmes. The Standards and Requirements are also utilised by An Bord Altranais in terms of validation and approval of initial curricula and the auditing and monitoring of programmes on an ongoing basis (under statute).

Quality Based Approach

Nurse Registration Education in Ireland is quality assured through a tri-partite relationship between the academic institutions, the health care institutions and An Bord Altranais. An Bord Altranais operationalises a partnership approach to supporting the academic and clinical partners achieve the standards set. Approval is based on self-audit of the programmes by the academic and clinical partners. This self-audit is based on the An Bord Altranais Requirements and Standards. These partners also submit annual reports to the Board. An Bord Altranais conducts site visit audits at least once every five years and along with the review of annual report data, the Board monitors the programmes. Programmes are usually approved with conditions and recommendations attached. An Bord Altranais can and will withdraw approval from an academic or clinical site. This must be notified to the Minister for Health and Children.

Current Programme Structure

Ireland commenced the four year BSc Honours Registration programme in 2002. The programme is an integrated programme providing theoretical and clinical input. Students experience periods of supernumerary clinical placement throughout the first three years of the programme. The final part of the programme is a period of 36 weeks rostered clinical placement that runs to the end of the programme, prior to graduation and registration.

Finally we are not finished with change. A new edition of the Requirements and Standards is being published as I speak, it will be available for download/print later this summer. The Board is about to commission a three year longitudinal evaluation of the Degree programme.

I feel there may be some more revolution in the future!

The An Bord Altranais web-site (currently undergoing re-development) is www.nursingboard.ie and my email is tkearns@nursingboard.ie
I look forward to meeting and discussing the issues I and others have raised during the conference
Thank you!

OD POSTANKA DO REVOLUCIJE.

*Thomas Kearns
A/Chief Education Officer
An Bord Altranais (Irish Nursing Board).*

Uvod

Želio bih vam prenijeti pozdrave vaših kolega iz Irske. Iako je engleski jezik službeni jezik u Irskoj, on nam nije materinji jezik. Tradicionalni Irski pozdrav je Dia Ghuit. U engleskom se koristi kao 'dobar dan' međutim izvorno značenje tog pozdrava je 'Bog s vama'.

Čast mi je što sam danas među vama i što sam dobio mogućnost posjetiti vašu prekrasnu zemlju i da sudjelujem kao govornik na ovoj konferenciji. Veselim se susretu i novim poznanstvima sa sudionicima ove konferencije koji pridonose veliki značaj unutar obrazovanja medicinskih sestara.

Naslov moje prezentacije 'Od postanka do Revolucije' proizašao je iz primarnog razloga - smjer i brzina promjene kroz koju je obrazovanje medicinskih sestara u zadnje desetljeće prošlo. Edukacija i praksa medicinskih sestara djeluju u cijelom svijetu koji se mijenja politički, ekonomski, tehnološki i stručno.

1993. godine sam radio na certificiranom trogodišnjem programu koji je bio temeljen na bolničkom sustavu, a 2002. godine, Sveučilište je utemeljilo četverogodišnju diplomu u znanosti sestrinstva te je tim postupkom započelo jedini mogući put za registraciju medicinskih sestara u Irskoj. U razdoblju između 1993. i 2002., Irska je također razvila i omogućila trogodišnji studijski program s dobivanjem diplome (1993-2001).

U tu svrhu, tokom sljedećih nekoliko godina, nastavnici sestrinstva i kliničari su morali proći kroz edukativne programe koji su bili sastavljeni od značajnih promjena u terminima lokacije programa i prirode akademskih i kliničkih znanja i procjena. Jamčim vam da je vrlo mali broj u terminima razvoja edukacije i nastavnih programa u Europi koji su doživjeli takve radikalne i revolucionarne promjene u tako kratkom vremenskom razdoblju.

Kontekst svih ovih promjena je uključivao Izvještaje o budućnosti edukacije medicinskih sestara u Irskoj (1994.), Međunarodnu evaluaciju Dodiplotmorskog programa (1998.), Državno povjerenstvo za Sestrinstvo (1998.) i Izvještaj o Forumu edukacije medicinskih sestara (2000.).

Odredbe medicinskih sestara

Sestrinstvo u Irskoj je regulirano zanimanje od 1919. godine. An Bord Altranais je zakonski regulirano tijelo za Sestrinstvo i osnovano je 1950. godine. Postojeći Pravilnik medicinskih sestara, 1985. (trebao bi biti zamijenjen 2005/2006. godine) pruža An Bord Altrains-u sve zakonske ovlasti. An Bord Altrains prvenstveno omogućuje registraciju, edukaciju, trening i uvježbavanje za praktične funkcije. Ovim Pravilnikom, prema ovlastima vezanim uz Školovanje i trening, An Bord Altrains donosi propise koji određuju registraciju medicinskih sestara i dodatnu edukaciju nakon registracije. Ovi propisi omogućuju Povjerenstvu ovlasti da osmisli Uvjete i standarde za programe edukacije registriranim medicinskih sestara. Ovi uvjeti i standardi su u svom razvijanju usmjereni prema propisima Europske Unije. Moje skromno mišljenje u svezi propisa je da su oni dodali snagu u zanimanje u smislu određivanja teoretskih i kliničkih znanja u programima registracije medicinskih sestara. Irska je 1979. godine usvojila propise iz 1977. godine te je sa minimalnim zaostatkom usvojila i implementirala kasnije propise (1989).

Uvjeti i Standardi

An Bord Altranais je osmislio Uvjete i Standarde za sve programe registracije (od certifikata do diplome). Ovi Uvjeti i Standardi su sastavljeni i nastavljaju se dalje razvijati prema rezultatima istraživanja i konzultacijama (državnim i međunarodnim). Osmišljeni su kako bi pružili smjernice za razvoj fleksibilnog, inovativnog programa koji je orijentiran prema praksi i koji će dovesti do partnerstva između Visokih školskih institucija i Instituta zdravstvenih njega na državnu cjelinu.

Zajednički pisana izjava ovih partnerstva mora biti predložena Povjerenstvu kako bi se odobrila te kako bi omogućila edukaciju registriranim medicinskim sestrama. Uvjeti i standardi pružaju predložak kako bi pomogli akademskim i kliničkim partnerima u provedbi predloženja pisanih izjava te pružaju potporu za razvoj i održivost državnih standarda.

An Bord Altranais, kao zakonski regulirano tijelo, određuje za Veleučilišta i Institute zdravstvene njega, široki spektar ishoda novih programa, kompetencija za mogućnost registracije, strukturne koncepte u smislu teoretskih i kliničkih znanja i specifičnog ciklusa kliničkih iskustava/rotacije. Uvjeti i standardi pružaju standarde temeljene na istraživanjima koji su usredotočeni na kvalitetu te kako bi resursi instituta pružili pomoć u edukaciji, izradi i razvoju nastavnog programa, standarde vezane uz iskustva studenata kroz kliničku praksu, standarde za procjenu teoretskih i kliničkih iskustava i standarde za imenovanje vanjskih ispitivača koji će sudjelovati u programu. Unutar svake od ovih kategorija prisutan je broj mjerljivih kriterija koji su točno određeni. Njih koriste partnerstva kako bi im pomogli u razvoju njihovih programa. Uvjeti i standardi su također korišteni od strane An Bord Altranais-a u smislu provjere i odobrenja prvotnog nastavnog programa te revizije i redovnog nadgledanja razvoja programa (prema statute).

Pristup kvaliteti

Edukacija registriranih medicinskih sestara u Irskoj je visoko kvalitetna iako se sastoji od tročlanog partnerstva između akademskih institucija, institucija zdravstvene njega i An Bord Altranais-a. An Bord Altranais provodi partnerski pristup u podršci akademskim i kliničkim partnerima kako bi dosegli postavljenje standarda. Odobrenje se bazira na unutarnjoj reviziji programa od strane akademskih i kliničkih partnera. Unutarnja revizija je određena uvjetima i standardima An Bord Altranais-a. Također, partneri dostavljaju Povjerenstvu godišnje izvještaje. An Bord Altranais provodi jednom u pet godina reviziju kroz posjet lokaciji te uz pregled godišnjih izvještaja nadgleda programe. Programi su uglavnom odobreni prema uvjetima i preporukama priloženima u dodatku. An Bord Altranais može i poništiti će odobrenje akademskoj ili kliničkoj lokaciji. Ta odluka se mora najaviti od strane Ministra Zdravstva i Djece.

Struktura sadašnjeg programa

Irska je uvela četverogodišnji program 2002. godine. Ovo je integrirani program koji pruža teoretska i klinička znanja. Tijekom prve tri godine studija, studenti imaju priliku iskusiti razdoblja mnogobrojnih kliničkih plasmana. Posljednji dio programa traje 36 tjedana i obuhvaća popisane kliničke plasmane koji traju do kraja programa, prije diplomiranja i registracije.

Međutim, mi nismo završili sa uvođenjem promjena. Novo izdanje Uvjeta i Standarda se objavljuje upravo u ovom trenutku dok ja držim ovu prezentaciju te će ovog ljeta biti dostupne za preuzimanje i ispis. Povjerenstvo je u pripremi naručivanja trogodišnje evaluacije Diplomskog programa.

Uvjeren sam da nas u budućnosti čeka još veliki broj preokreta!
Web-stranica An Bord Altranais (trenutno pod izradom) je www.nursingboard.ie ; a
moj e-mail je tkearns@nursingboard.ie
Unaprijed se veselim susretu i diskusijama o temama koje smo svi zajedno
dotaknuli tijekom ove konferencije
Hvala vam!

HIJERARHIJSKA STRUKTURA SESTRINSKE SLUŽBE KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA ZAGREB

*Marija Orlić-Šumić, vms,
glavna medicinska sestra - pomoćnik ravnatelja*

Hijerarhijska struktura sestrinske službe objašnjava sustav podređenosti i nadređenosti u ustanovama gdje se proces rada provodi.

Da bi razumjeli hijerarhijsku strukturu potrebno je znati da je zdravstvena njega djelatnost.

Možemo se pozvati na dokument Europe izdan 2000. godine pod rednim brojem 5019309/15 koji kaže da je zdravstvena njega djelatnost koju provode medicinske sestre, ona obuhvaća znanja, postupke i vještine pomažući pojedincima, grupama i društvenim zajednicama očuvati i održati zdravlje te spriječiti bolest.

Kod osoba kod kojih je bolest nastupila, koriste svoje najbolje profesionalno znanje pomažući bolesniku u uspješnom svladavanju bolesti, sudjeluju u rehabilitaciji, a kod umirućih bolesnika osiguravaju dostojanstveno umiranje, posebno poštujući vjerska načela svakog bolesnika.

Hijerarhiju čini zakonski temelj koji kaže u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti NN 121/03, članak 53. da upravu zdravstvene ustanove sukladno Statutu zdravstvene ustanove čine ravnatelj, zamjenik, odnosno pomoćnik ravnatelja, a u bolničkim zdravstvenim ustanovama i glavna medicinska sestra bolnice.

Statut zdravstvene ustanove je najvažniji akt ustanove koji ujedno postavlja piramidu odgovornosti za sve službe pa tako i za sestrinstvo.

Upravno vijeće Kliničkog bolničkog centra Zagreb na 11. sjednici održanoj 21. srpnja 2004. godine donijelo je Statut KBC-a Zagreb u kojem se na prijedlog ravnatelja prof. dr. sc. Željka Reintera glavna medicinska sestra imenuje pomoćnikom ravnatelja.

Vlada Republike Hrvatske daje suglasnost na Statut KBC-a dana 4. kolovoza 2004. godine.

Od 4. kolovoza 2004. godine glavna medicinska sestra je pomoćnik ravnatelja.

Da bi hijerarhijska struktura funkcionirala imamo Zakon o sestrinstvu koji pomaže da sestrinstvo bude uređeno na sljedeći način, pa tako uređuje i:

- djelatnost medicinskih sestara
- obrazovanje
- trajno usavršavanje
- uvjete za obavljanje djelatnosti medicinskih sestara
- definira sustav odgovornosti i nadležnosti
- kontrolu kvalitete
- stručni nadzor
- privatnu praksu
- Hrvatsku komoru medicinskih sestara

U sestrinstvu je naročito važan sustav nadležnosti odlučivanja i odgovornosti.

Možemo podijeliti ovaj sustav na sljedeće razine:

- glavna medicinska sestra - pomoćnik ravnatelja
- zamjenica glavne medicinske sestre
- glavna medicinska sestra klinike - kliničkog zavoda
- glavna medicinska sestra zavoda ili odjela unutar klinike
- viša medicinska sestra - voditelj tima za zdravstvenu njegu
- viša medicinska sestra - voditelj smjene
- viša medicinska sestra
- medicinska sestra - tehničar

Vrlo je značajno da na razini zdravstvene ustanove također postoje određena organizacija odlučivanja i odgovornosti, pa tako na razini zdravstvene ustanove postoje:

- odjel za sprečavanje, suzbijanje i kontrolu bolničkih infekcija
- odjel za transplantaciju
- odjel za kontrolu kvalitete zdravstvene njege (u pripremi)
- odjel za edukaciju (u pripremi).

Navedene strukture sestrinske službe na razini klinika i na razini zdravstvene ustanove odgovorne su isključivo glavnoj medicinskoj sestri bolnice.

Ostale razine sestrinske službe uspostavljaju piramidu nadležnosti odlučivanja i odgovornosti slijedom gore navedenog.

Na pitanje zašto jedino medicinske sestre mogu biti odgovorne za zdravstvenu njegu.

- Nitko ne može odgovarati za provedene postupke odlučene izvan profesionalne odgovornosti
- Samo medicinske sestre mogu preuzeti odgovornost delegiranja poslova iz područja zdravstvene njege, budući da samo one mogu procijeniti način na koji će se njega provesti
- Samo medicinske sestre mogu profesionalno procjenjivati znanja i vještine članova svog tima
- Za zdravstvenu njegu može odgovarati isključivo medicinska sestra
- Postavlja se pitanje koji su razlozi ovako čvrstog sustava odgovornosti.
- Postoji vrlo jednostavan odgovor koji kaže:
- medicinske sestre čine više od polovice svih zdravstvenih djelatnika
- sestrinska skrb traje kontinuirano 24 sata
- 80% svih poslova skrbi za hospitaliziranog bolesnika u tijeku 24 sata je u području odgovornosti medicinske sestre
- samo medicinska sestra može planirati sadržaj radnog dana medicinske sestre
- jedini razlog zbog kojeg su medicinske sestre u bolnici je bolesnik.

Koje su posljedice nefunkcioniranja hijerarhije?

Posljedice su sljedeće:

- loši rezultati skrbi koju osjeća bolesnik (komplikacije, invalidnost itd.)
- povećanje troškova bolnice kroz veću potrošnju lijekova, medicinskog materijala i dužeg boravka u bolnici
- loše korištenje radnog vremena medicinskih sestara
- nekontinuiranost i nekoordiniranost skrbi za bolesnika
- loša raspodjela opterećenosti

- nezadovoljstvo medicinskih sestara
- loše funkcioniranje multidisciplinarnog tima čiji je član i medicinska sestra.

Da bi hijerarhijska struktura sestrinske službe u ovom sustavu nadležnosti odlučivanja i odgovornosti dobro funkcionirala potrebna je i nezaobilazna sestrinska dokumentacija.

Ovog trenutka ona nije službeno u upotrebi.

Hrvatska komora medicinskih sestara, tj. Radna grupa HKMS izradila je sestrinsku dokumentaciju koja čeka suglasnost ministra zdravstva Republike Hrvatske i naravno suglasnost Europske unije.

Želim napomenuti da dobar sustav nadležnosti odlučivanja i odgovornosti osigurava kvalitetno funkcioniranje sestrinske službe tijekom 24 sata.

PRIKAZ SUSTAVA ORGANIZACIJE SESTRINSKE SLUŽBE DOMA ZDRAVLJA SPLITSKO-DALMATINSKE ŽUPANIJE

Jadranka Vetma, vms

UVOD

U svom radu želim se dotaknuti područja zdravstvene zaštite za koju sam odgovorna i koju vodim, a to je zdravstvena njega te dati kratak uvid u organizaciju i moj rad. Velike promjene koje su posljedica udruživanja samostalnih domova zdravlja u Splitsko-dalmatinskoj županiji u jedan Dom zdravlja ima veliki utjecaj na organizaciju područja zdravstvene njege.

Kao pomoćnica ravnatelja za zdravstvenu njegu imam dva zadatka. Na jednoj strani imam funkciju upravljanja i zadatke koji proizlaze iz toga; a na drugoj odgovorna sam za organizaciju i sadržaj profesionalnog rada medicinskih sestara u svim djelatnostima (drugim riječima glavna medicinska sestra), koje predstavljaju najveću grupu profesionalaca u Domu zdravlja. To uključuje planiranje broja medicinskih sestara, organizaciju i planiranje njihovog rada, izbor novih medicinskih sestara te raspoređivanje na različite lokacije. Veoma važan dio je briga o kvaliteti i sadržaju njihovog rada; što znači, da organiziram i pružam potporu medicinskim sestrama pri izvođenju njihovih zadataka.

Ovlaštena sam, suglasno s konceptom dobrog upravljanja, samostalno odlučivati o organizaciji sustava zdravstvene njege za uporabu raspoloživih ljudskih i materijalnih resursa na tom području.

Od srpnja 2002. u toku je međunarodni projekt "Količina i kvaliteta rada u zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti". Projekt je u cjelini financiran od MATRE-Ministarstva za vanjske poslove Kraljevine Nizozemske. Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije izabran je od strane Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske kao pilotski centar, u kojem se razvija profesija i organizacija zdravstvene njege. Rezultati će biti implementirani u cijeloj Hrvatskoj. Zbog toga sam osobno, kao i sve patronažne medicinske sestre, veoma intenzivno uključena u sam projekt. To zahtijeva od nas dodatan trud, učenje, promjene u organizaciji, radu, ponašanju i veliku odgovornost u razvoju profesije zdravstvene njege u našoj zemlji. Veliki dio rezultata projekta je postao naš svakodnevni rad.

DOM ZDRAVLJA SPLITSKO -DALMATINSE ŽUPANIJE I ZDRAVSTVENA NJEGA

Dom zdravlja predstavlja veoma značajan dio primarne zdravstvene zaštite za 465.177 stanovnika u Splitsko-dalmatinskoj županiji, od toga je 159.976 stanovnika u gradu Splitu. Po broju stanovnika na drugom je mjestu u našoj Republici. Na širokom teritoriju 14045 km² obuhvaća dvanaest ispostava koje su u manjim gradovima, prigradskim područjima, zagori i otocima.

Dom zdravlja obavlja zdravstvenu djelatnost sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i to:

1. Primarnu zdravstvenu zaštitu:
 - obiteljsku (opću) medicinu
 - patronažnu zdravstvenu zaštitu
 - stomatološku zdravstvenu zaštitu
 - zdravstvenu zaštitu žena
 - zdravstvenu zaštitu dojenčadi i predškolske djece
 - medicinu rada
 - laboratorijsku dijagnostiku
 - radiološku i ultrazvučnu dijagnostiku
2. Specijalističko - konzilijarnu zdravstvenu zaštitu:
 - fizikalnu medicinu i rehabilitaciju
 - oftemologiju
3. Rodilište i stacionar za privremeni smještaj bolesnika (dijaliza).

Osim zdravstvene djelatnosti Dom zdravlja obavlja stručno - administrativne, uslužne i pomoćne poslove.

U svim tim djelatnostima je oko 250 medicinskih sestara, od toga su 93 patronažne medicinske sestre, koje predstavljaju najveću grupu profesionalaca u ZNJ te 148 srednjih medicinskih sestara koje rade u navedenim djelatnostima. To su timovi djelatnosti koji su ostali u sustavu Doma zdravlja i nisu u tkz. zakupu.

U novoj organizacijskoj shemi u svim tim djelatnostima gdje je zastupljena zdravstvena njega nema odgovornih medicinskih sestara.

U ožujku 2004 imenovana sam za pomoćnicu ravnatelja Doma zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, a time neslužbeno i za glavnu medicinsku sestru. Od tada pokušavam naći ravnotežu između te dvije funkcije. Organizacijska struktura zdravstvene njege je u Domu zdravlja Splitsko-dalmatinske županije plosnata-organizacija i stoga se podrazumijeva, da moram trošiti vrijeme u svakoj ispostavi za vođenje i organizaciju djelatnosti zdravstvene njege, uključujući i vođenje struke.

Najviše se promjena zbiva u patronažnoj djelatnosti, zbog toga što je projekt "Količina i kvaliteta u zdravstvenoj njezi" usmjeren u Domu zdravlja u tu djelatnost. Moj je rad najviše vezan za tu djelatnost zbog toga što predstavljaju patronažne medicinske sestre predstavljaju okosnicu kao djelatnost u Domu zdravlja.

Vizija

Vizija zdravstvene njege u Domu zdravlja je da osoba, odnosno pacijent dobije zdravstvenu njegu u suglasnosti s njegovim potrebama za zdravstvenom njegom i sposobnostima samoopskrbe te da medicinske sestre nauče i podupiru grupe stanovnika u zajednici zdravog načina ponašanja i time pridonose uzdizanju zdravlja populacije u zajednici.

Vizija o ulozi i funkciji patronažnih medicinskih sestara je da su patronažne medicinske sestre samostalne profesionalke koje imaju zadatke iz primarne, sekundarne i tercijarne prevencije na području zdravstvene njege osoba koje žive u Splitsko-dalmatinskoj županiji i koje su provedene u mono i multidisciplinarnim timovima; patronažna medicinska sestra je koordinator zdravstvene njege u zajednici.

Poslanstvo

Zdravstvenu njegu će medicinske sestre izvoditi po suvremenim metodama, individualno, po procesu zdravstvene njege i u suradnji sa ostalim članovima u timu.

Zdravstvena njega će biti provedena kvalitetno, s uključivanjem etičkih normi, poštivanjem pacijentovih prava, učinkovitošću i osiguranjem kontinuiteta zdravstvene njege (suradnja između bolnice, Ustanova zdravstvenih njega, obiteljskih liječnika i patronažne djelatnosti) na osnovi dobrog planiranja i organizacije s konačnim ciljem da pacijent dobije kvalitetnu zdravstvenu njegu koja se temelji na njegovim potrebama.

Poslanstvo pomoćnice ravnatelja za zdravstvenu njegu je pomoć ravnatelju kod donošenja odluka na području zdravstvene njege, te upravljanja i vođenja profesije zdravstvene njege, da bi se postigli ciljevi koje ima Dom zdravlja s raspoloživim ljudskim i materijalnim resursima.

Strategija

Za postizanje ciljeva u viziji zdravstvene njege upotrijebila sam slijedeću strategiju:

1. Razjasniti svim patronažnim medicinskim sestrama Doma zdravlja novu organizaciju, koji su njihovi zadaci, zašto i kako izvoditi zadatke.
2. Ustrajati na tome da patronažne medicinske sestre pokažu uzajamno poštovanje i profesionalno ponašanje i uvažavaju zaključke koji su postignuti tijekom dogovora i tijekom redovitih sastanka.
3. Revizija, ocjena obavljenih službenih obveza svake medicinske sestre i davanje usmjerenja za poboljšanje profesionalnog ponašanja te jasno dati na znanje koje su posljedice mogućeg negativnog odstupanja.
4. Slušati pojedinačno ili grupu medicinskih sestara i prepoznati signale pojedinačne medicinske sestre i uzeti ih ozbiljno.
5. Izmjenjivati informacije sa svim patronažnim medicinskim sestrama o unutranjim i vanjskim organizacijskim pitanjima, sadržajima povezanim sa zdravstvenom njegom općenito i naročito s profesijom zdravstvene njege.
6. Uskladiti organizaciju sa svim vanjskim organizacijama u lancu kontinuiteta zdravstvene njege.

1. Nova organizacijska struktura

Patronažne medicinske sestre

Do nove organizacije - udruženja domova zdravlja u Splitsko-dalmatinskoj županiji, su patronažne medicinske sestre djelovale kao "samostalni strijelci" na terenu. Sa postavljanjem zajedničkih ciljeva uspjela sam sastaviti tim pozitivnih patronažnih medicinskih sestara, koje su spremne učiti i raditi u suglasnosti sa zadacima i zaduženjima profesije zdravstvene njege.

Novi zadaci u patronažnoj djelatnosti

Od 1. travnja ove godine na snazi su nova "Pravila i opći uvjeti ugovaranja primarne, sekundarne i tercijarne razine zdravstvene djelatnosti", koja donose promjene i u nadležnosti patronažne medicinske sestre.

Patronažna medicinska sestra piše "Izvjješće/plan za ZNJ u kući osigurane osobe", to znači, utvrđuje potrebe pacijenta za ZNJ i planira postupke za Ustanove ZNJ te šalje obiteljskom liječniku. Medicinske sestre iz Ustanova ZNJ po pravilima nesmiju ući u kuću pacijenta bez prethodnog "Izvjješća" patronažne medicinske sestre.

Sam formular "Izvjješće" zahtijeva od medicinske sestre visoko stručno znanje o procesu zdravstvene njege, što mnoge medicinske sestre još nisu učile u školi, a u praksu nije ušlo.

Patronažne medicinske sestre su bile postavljene pred novi zadatak, s novim sadržajima rada, s novom organizacijom i suradnjom s Ustanovama ZNJ, obiteljskim liječnikom i bolnicom koje do sada nije bilo ili nije bila toliko intenzivna.

Sve to zahtijevalo je od mene, pored voditelja projekta, velik trud kod organizacije rada patronažnih medicinskih sestara, koordinacije različitih djelatnika uključenih u taj proces, rješavanje svakodnevnih problema, edukaciju i upute medicinskim sestrama na svim lokacijama.

Kontinuitet zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti

Kontinuitet rada patronažnih medicinskih sestara uključuje rad od ponedjeljka do petka od 7,30 do 15,30 sati. Izvan ovih okvira nije bilo patronažne medicinske sestre za uvrđivanje potreba i planiranje zdravstvene njege u kući pacijenta za one pacijente koji su bili otpušteni iz bolnice poslijepodne, blagdanom ili vikendom. Na prijedlog i uz potporu voditelja projekta, razgovorom s patronažnim medicinskim sestrama na lokaciji grada Splita i ravnateljem Doma zdravlja organizirala sam i uvela dežurstvo patronažne medicinske sestre svaki petak i dan prije blagdana do 19 sati. Za vikende i blagdane ne možemo organizirati dežurstva zbog "Kolektivnog ugovora" u kojem jasno stoji, da patronažna djelatnost ne organizira svoj rad u te dane. Dopisom smo obavijestili obiteljske liječnike i bolnicu o dostupnosti patronažne djelatnosti u tom razdoblju. Evaluacija novog radnog vremena će biti krajem veljače druge godine.

Razlozi promjena:

- a. žalbe Ustanova ZNJ da nema patronažnih medicinskih sestara, kada je bolesnik otpušten i da je to glavni razlog, za odobrenje ZNJ u kući na HZZO bez "Izvjješća" patronažne medicinske sestre.
- b. Poštovanje "Pravila" HZZO-a - nema odobrenja ZNJ u kući bez "Izvjješća" patronažne medicinske sestre

1. Kontinuitet u lancu zdravstvene njege

U ožujku 2004. patronažne medicinske sestre nisu znale koji pacijent je bio otpušten iz bolnice i da li treba zdravstvenu njegu u kući. Isto tako nisu bile upoznate kod kojega pacijenta se izvodi ZNJ u kući. U Pravilima HZZO-a je stajalo da patronažna medicinska sestra mora napisati izvješće za ove pacijente ali to se nije izvodilo. Planiranje zdravstvene njege u kući bilo je u rukama Ustanova ZNJ i obiteljskog liječnika.

Poslije novih "Pravila" HZZO-a patronažna medicinska sestra je bila obaviještena o otpustu pacijenta iz bolnice koji je trebao kontinuiranu zdravstvenu njegu tek nakon više tjedana ili uopće nije saznala. S namjerom osiguranja kontinuiteta u

lancu zdravstvene njege bilo je pripremljeno i uvedeno "Bolničko otpusno pismo zdravstvene njege" u Kliničkoj bolnici Split od strane voditelja projekta, koji je sada u testnoj fazi. Sestrinsko Otpusno pismo predstavlja osnovu za premještanje pacijenta između različitih organizacija zdravstvene njege. U Dom zdravlja je slano Faxom prije otpusta pacijenta iz bolnice. Pruža informaciju patronažnoj medicinskoj sestri o zdravstvenom stanju pacijenta - sestrinskoj dijagnozi i njegovim potrebama za zdravstvenu njegu. Do sada je poslano više od 100 Otpusnih pisama, patronažna medicinska sestra mora posjetiti pacijenta na dan otpusta i napisati "Izvjješće". U zadnjem periodu dobivamo Otpusno pismo veoma rijetko ali moramo uzeti u obzir, da je u našoj županiji bila testna faza te da će poslije primljene dokumentacije od strane HKMS i Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi biti poslano za svakog pacijenta koji treba kontinuiranu zdravstvenu njegu.

Moja uloga u tom procesu je dogovaranje, nadzor i usklađivanje procesa između patronažne djelatnosti, Kliničke bolnice Split i Ustanova ZNJ s ciljem da patronažna medicinska sestra radi i provodi intervencije za koje je odgovorna.

2. Edukacija patronažnih medicinskih sestara

U tijeku projekta intenzivno se educiraju patronažne medicinske sestre koje su tu edukaciju nužno trebale, jer se do sada nije mnogo ulagalo na tom području. Razvoj znanosti zdravstvene njege išao je u Europi skokovitim putem, dok su naše medicinske sestre zbog objektivnih i subjektivnih razloga zaostale za tim razvojem. Novi zadaci, veća odgovornost i samostalnost profesije zahtijeva veće znanje.

Dosadašnji rezultati u edukaciji su pridonijeli boljem i kvalitetnijem radu patronažnih medicinskih sestara i povećali motivaciju za daljnje obrazovanje i veće zadovoljstvo na radnom mjestu.

Moja uloga je organizacija i planiranje obrazovnih programa koji su pod okriljem HKMS.

Edukaciju koja je bila provedena od strane voditelja projekta na lokaciji Doma zdravlja grada Splita organizirala sam i izvodila zajedno s timom patronažnih medicinskih sestara u svim ispostavama županijskog Doma zdravlja.

3. Supervizija i revizija primjera bolesnika ponedjeljkom ujutro i supervizori/ interni stručni nadzor

Revizija ponedjeljkom ujutro

Kao rezultat novih "Pravila HZZO-a" značajna je uloga patronažne medicinske sestre kod dodjeljivanja zdravstvene njege Ustanovama ZNJ, na temelju utvrđivanja potrebe pacijenata za zdravstvenom njegom. U cilju optimalnog unošenja zdravstvene njege uz pomoć voditelja projekta bila je uvedena supervizija i revizija primjera bolesnika. Ove sastanke vodim u principu svaki ponedjeljak ujutro.

Do sada je svaki ponedjeljak predstavljen primjerak pacijenta od strane jedne patronažne medicinske sestre koju predložim. Sastanak je pripremljen pod supervizijom voditelja projekta zajedno sa mnom, s medicinskom sestrom koja predstavlja primjerak i s medicinskom sestrom koja je predstavljala primjerak prošli ponedjeljak.

U toku sastanka sve medicinske sestre pišu "Izvešće"- utvrđivanje potreba za ZNJ i predloženi plan postupaka za Ustanove ZNJ. Sastanak pomaže pronaći konsenzus o zadacima, funkciji i ulozi patronažne medicinske sestre kod dodjeljivanja i planiranja zdravstvene njege pacijenta u kući. Cilj sastanka je pravljenje i usvajanje standarda za svaki specifični primjerak.

Supervizija i Interni stručni nadzor

Područje rada projekta na dodjeljivanju ZNJ ("Izvešće") prešlo je poslije intenzivnog obrazovanja, tumačenja i usvajanja u "Pravilima HZZO" u redoviti svakodnevni rad patronažnih medicinskih sestara u cijeloj Hrvatskoj.

Za pomoć, potporu i superviziju medicinskih sestara u svakodnevnom radu na području planiranja ZNJ za Ustanove ZNJ ("Izvešće") predložila sam na osnovu prijedloga voditelja projekta, imenovanje četiri patronažne medicinske sestre za superviziju-interni stručni nadzor. Ravnatelj Doma zdravlja je službeno imenovao medicinske sestre. Članice internog stručnog nadzora imaju dva zaduženja. Jedno je evaluirati kvalitetu pisanja "Izvešća" na osnovi kriterija kvalitete i standarda koji su bili postavljeni u projektu. Drugi zadatak je davanje potpore i individualno učenje i tumačenje onim medicinskim sestrama, koje nisu dostigle dovoljno visok kriterij kvalitete.

Članice internog stručnog nadzora pomažu i meni kada trebam, na osnovu žalbe posjetiti pacijenta u kući te rade u tijesnoj suradnji sa mnom. Na osnovi rezultata stručnog nadzora poduzimam određene postupke.

4. Problematika patronažnih medicinskih sestara

Patronažne medicinske sestre nailaze na mnoge probleme u svom radu. Sa ciljem, da imam uvid u problematiku imam više individualnih razgovora i sastanka.

Jedan od prvih zaključaka je da postoje strukturni problemi na mnogim lokacijama Doma zdravlja, koji proizlaze iz uvjeta rada. Medicinske sestre na nekim lokacijama nemaju sobe za rad, neke nemaju ni stol ni stolicu da bi mogle dokumentirati svoj rad.

Prije ožujka 2004. patronažne medicinske sestre su dobivale veoma malo općih i stručnih informacija, pogotovo u bivšim Domovima zdravlja. S njima imam redovite sastanke na svim lokacijama. Informiram ih o svim značajnim stvarima, rješavam problematiku koja je u mojoj nadležnosti. O ostalim problemima informiram ravnatelja Doma zdravlja.

Zbog rješavanja problema najveće grupe radnika Doma zdravlja i drugih značajnih stvari koje proizlaze iz moje funkcije te nužnog redovitog informiranja na mom poručju rada potrebni su redoviti unaprijed planirani termini ravnateljem Doma zdravlja.

5. Informiranje, organizacija

Patronažne medicinske sestre

Sa ciljem, kako bi patronažne medicinske sestre bile dobro upoznate sa svim događajima, redovito ih informiram na sastancima o organizacijskoj strukturi i razvoju, o potrebnim promjenama ili pozornostima u svim djelatnostima koje utječu na tretman pacijenata u patronažnoj djelatnosti. Isto tako je redovito informiranje i dogovor o radu na projektu i o rezultatima projekta. Medicinske sestre su spremne i motivirane učiti i raditi na projektu s ciljem poboljšanja svog rada uz pomoć voditelja projekta.

Ustanove zdravstvene njege

U samom projektu postavljena je i realizirana komunikacijska struktura između Ustanova ZNJ i patronažne djelatnosti. Sada imam zajedno sa voditeljima projekta sastanke s voditeljicama Ustanova ZNJ na kojima raspravljamo i rješavamo probleme koji proizlaze iz zajedničkog rada kod pacijenta koji treba zdravstvenu negu u kući - takozvanog "Hrvatskog modela organizacije zdravstvene njege" koji je utemeljen u novim Pravilima HZZO-a.

HZZO

Postoje redoviti sastanci uz izmjenu informacija o novim promjenama dodjeljivanja zdravstvene njege u kući pacijenta, na kojima su prisutni direktor HZZO, članovi liječničkog povjerenstva HZZO-a, voditelji projekta i ja.

Na tim sastancima rješavamo mnoge probleme, dok neki problemi ostaju zbog toga što je potrebno vrijeme za prilagodbu velikim promjenama u sistemu na području zdravstvene njege. Patronažne medicinske sestre, unatoč Zakonu o zdravstvenoj njezi i Pravilima HZZO-a, nisu u potpunosti prepoznate kao ravnopravan partner u multi-disciplinarnim timovima sa strane liječnika.

Akutne probleme mnogo puta rješavam telefonski s voditeljicom liječničkog povjerenstva HZZO.

Klinička bolnica Split

Postoje redoviti dogovori s pomoćnicom ravnatelja za zdravstvenu negu Kliničke bolnice Split o organizaciji povezanoj s kontinuitetom zdravstvene njege i "Otpusnim pismom ZNJ".

Projekt

Projekt "Količina i kvaliteta u zdravstvenoj njezi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti" provodi se u tijesnoj suradnji s Ministarstvom zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, Ministarstvom zdravlja Kraljevine Nizozemske i Hrvatske komore medicinskih sestara. Svi rezultati projekta su u upotrebi u Domu zdravlja Splitsko-dalmatinske županije i sastavni su dio svakodnevnog rada medicinskih sestara.

Dodjeljivanje zdravstvene njege ustanovama ZNJ je već implementirano u cijeloj Hrvatskoj i ušlo je u Pravila HZZO-a.

Sve patronažne medicinske sestre su uključene različitim aktivnostima u projekt-u projektnu grupu i radne grupe koje rade na različitim područjima, od količine, kvalitete, obrazovanja, s podgrupama za dekubitus, mjerenja, dokumentaciju.

Moja uloga u tom projektu je tijesna suradnja sa voditeljima projekta u svim aktivnostima, predsjednica sam RG za količinu rada, član vodeće grupe projekta i član Projektne grupe.

Želim istaknuti, da smo projekt za potporu i saznanja o vrijednostima rada i ulozi patronažne medicinske sestre u sustavu zdravstvene zaštite i promociji Doma zdravlja Splitsko - dalmatinske županije u Republici dobili u pravo vrijeme.

ZAKLJUČAK

Na početku moj je rad bio usmjeren:

- a. Sastavljanju timova i postavljanju prave organizacije profesije, učenju i vođenju medicinskih sestara u zajedničkom radu u novoj organizacijskoj strukturi
- b. potpori i motivaciji pojedinačnih medicinskih sestara kako funkcionirati i raditi u timu patronažnih medicinskih sestara.
- c. uvjeriti medicinske sestre u značenje i ulogu voditelja patronažne djelatnosti
- d. uvjeriti medicinske sestre u podučavanje i nužnosti supervizije nad sadržajem njihovog rada.
- e. građenju radnih navika koje dopuštaju pozitivan pristup i samodisciplinu u sprovođenju postupaka zdravstvene njege i zaduženja.

U okvirima projekta u tom dijelu godine bilo je provedeno i mjerenje količine rada u zdravstvenoj njezi. Pomoću rezultata testnog mjerenja imala sam dobar uvid u radno opterećenje, sadržaj rada medicinskih sestara i objektivno vrijeme izraženo u minutama koliko medicinska sestra provede s pacijentima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Zbog rezultata mjerenja počeli smo ponedjeljkom ujutro s edukacijom na "Primjeru dobre prakse". Predstavljanje je počela medicinska sestra na području zdravstvenog odgoja u vrtiću.

Moj rad je bio više usmjeren na sadržaj rada patronažnih medicinskih sestara, uz pomoć voditelja projekta:

- a. utvrđivanje potrebe bolesnika za zdravstvenom njegom u kući sa:
 - supervizijom rada patronažnih MS
 - obrazovanje u procesu ZNJ i uputama o pisanju "Izvješća"
 - postavljanjem standarda kvalitete - planiranje ZNJ za Ustanove ZNJ
- b. priprema standarda postupaka kod bolesnika sa dekubitom i prevencija dekubita.
- c. oblikovanje i sakupljanje svih dogovora između aktera uključenih u lancu kontinuiteta zdravstvene njege.
- d. razgovori i dogovori s lokalnim HZZO s ciljem rješavanja pogrešnog razumijevanja te poštivanja odgovornosti patronažnih medicinskih sestara kod dodjelivanja ZNJ u kući pacijenata.

Plan rada

1. Nastaviti s edukacijom patronažnih MS pod okriljem HKMS i uz pomoć voditelja projekta na različitim područjima njihovog rada, s naglaskom na procesu ZNJ, zdravstvenom odgoju stanovnika, komunikacijskim vještinama.
2. Ojačati suradnju s obiteljskih liječnicima, koja nije dobra
3. Nastaviti s radom na određivanju ili uvođenju standarda uz pomoć voditelja projekta, koji će pomagati MS u svakodnevnom radu.
4. U okvirima projekta provesti mjerenja, kako bismo imali uvid u aktivnosti koje MS provode i u njihovo radno opterećenje. Rezultati i analiza rezultata će dati dobar uvid u efikasnost upotrebe raspoloživog radnog vremena i na osnovu toga ćemo dobiti normativ o nužnom broju medicinskih sestara.

5. Suradnja u projektu kod pripremanja sadržaja rada patronažnih medicinskih sestara i dokumentacije.
6. Uvođenje dokumentacije u svakodnevni rad patronažnih medicinskih sestara.

Preporuke

Za uspješno vođenje profesije zdravstvene njege u Domu zdravlja potrebno je:

1. Potpuna informiranost o svim aspektima menadžmenta Doma zdravlja i suradnja s drugim pomoćnicima kao ravnopravnim članovima. Samo na takav način mogu raditi kao pomoćnica ravnatelja za zdravstvenu njegu i davati prijedloge na području kratkoročnog i dugoročnog planiranja.
2. Potpuna informiranost o svim stvarima koje se odnose na zdravstvenu njegu i medicinske sestre. Odgovornost pomoćnika za zdravstvenu njegu je upravljanje i nadziranje ljudskih resursa u sustavu zdravstvene njege, stručno vođenje medicinskih sestara, planiranje i preraspodjele zaposlenika u zdravstvenoj njezi. To uključuje i izbor novozaposlenih MS, pripravnika, MS studenata i odlučivanje o višku MS, razumije se na osnovi odluke ravnatelja o primanju novih radnika.
3. Demonstrirati visoku razinu etičkog i moralnog ponašanja te izbjegavati moć pozicije za osobnu korist.
4. Sposobnost motiviranja medicinskih sestara, imajući u vidu viziju i poslanstvo zdravstvene njege u Domu zdravlja.
5. Ispitati pretpostavke i oblikovati problem.
6. Usmjeriti posebnu pažnju na potrebe svake medicinske sestre za profesionalnim rastom.
7. Zbog toga što je organizacija djelatnosti zdravstvene njege u domovima zdravlja veoma plosnata organizacija i djelokrug kontrole previše velik za upravljanje, vođenje i kontrolu sustava zdravstvene njege, želim predložiti rješenja:
 - a. smanjiti djelokrug kontrole imenovanjem odgovornih medicinskih sestara u dislociranim ispostavama Doma zdravlja i stacionarnim odjelima.
 - b. imenovati medicinsku sestru koja bi bila pomoć kod stručnog vođenja patronažne djelatnosti.
 - c. imenovati medicinsku sestru supervizora.

Prilog 1.: O Zdravstvenom veleučilištu

Kratka povijest

Visoka zdravstvena škola slijednik je Više škole za medicinske sestre i tehničare koju je osnovao prof. dr. Andrija Štampar, u okviru Škole narodnog zdravlja, 1953. godine. Viša škola za medicinske sestre i tehničare djelovala je na adresi sadašnje Škole za medicinske sestre u Mlinarskoj ulici 34 u Zagrebu.

Međutim, već 1959. godine, Zakonom o medicinskim školama, Viša škola za medicinske sestre i tehničare ukinuta je, a cjelokupno obrazovanje medicinskih sestara prebačeno je na razinu srednjeg obrazovanja. No, već 1960. godine, uvidjelo se da je visokoškolsko obrazovanje za medicinske sestre nužno potrebno i donesen je novi Zakon o višim školama za medicinske sestre, koji je otvorio mogućnost osnivanja nove škole.

Bez obzira na taj Zakon, u razdoblju između 1960. do 1966. godine nije bilo zanimanja niti poticaja za organiziranje višeg obrazovanja kako za medicinske sestre, tako ni za ostale zdravstvene djelatnike na toj razini obrazovanja. Tek 28. prosinca, 1966. godine, Upravni odbor Zajednice zdravstvenih ustanova Hrvatske, temeljem ispitivanja potreba za zdravstvenim djelatnicima više stručne spreme, donosi Odluku o otvaranju nove Više škole za medicinske sestre i zdravstvene tehničare u Zagrebu.

Tom Odlukom otvoreno je pet studijskih smjerova nove Škole i to: za bolničke medicinske sestre, patronažne medicinske sestre, laboratorijske tehničare, sanitarne tehničare i radiološke tehničare.

Počeci školovanja u novoj Višoj školi za medicinske sestre i zdravstvene tehničare bili su više nego skromni. Prostor za rad Škole nije postojao, jer je zgrada u Mlinarskoj ulici 34, ranije u funkciji Više škole za medicinske sestre i tehničare, Zakonom o medicinskim školama iz 1959. godine, prenijeta u funkciju srednje medicinske škole. Prvo središte Više škole bilo je u Centru za zaštitu majke i djece, u Klaićevoj ulici 16, gdje je Škola imala na raspolaganju prostor od oko 20 četvornih metara. Nastava se odvijala gotovo na području cijeloga Zagreba. Iznajmljeni su slobodni prostori u srednjim školama, dvoranama Otvorenog sveučilišta, prostori na Medicinskom fakultetu, te na bolničkim odjelima gotovo svih zagrebačkih bolnica. Nastavnici su isključivo bili u honorarnom statusu.

Godine 1970. Škola je iz vlastitih ušteđenih sredstava kupila prostor privatnog stana u Gajevoj ulici 49/1, površine od 140 m². Taj je prostor bila osnova za daljnji razvoj Škole. No i dalje nije bilo prostora za izvođenje nastave.

Već sljedeće godine, 1971., ukazala se mogućnost kupnje prostora u Mlinarskoj cesti 38, pokraj tradicionalne adrese na kojoj je i osnovana prva Škola za medicinske sestre i tehničare. Prodajom prostora u Gajevoj ulici 49/1 i uz dugoročni kredit, Škola kupuje zgradu u Mlinarskoj ulici 38, u kojoj se i danas nalazi.

Početak 80-tih godina Škola postaje članicom Sveučilišta u Zagrebu. Sukladno odredbama tadašnjeg Zakona o usmjerenom obrazovanju predviđeno je pripajanje viših škola odgovarajućim, tj. srodnim fakultetima i tada započinje ponovni gubitak samostalnosti Škole. Tako je 6. 12. 1983. godine Skupština Sveučilišta u Zagrebu usvojila prijedlog tadašnjeg Republičkog komiteta za prosvjetu, kulturu i fizičku kulturu o povezivanju i udruživanju znanstveno-nastavnih organizacija srodnih struka - članica Sveučilišta u Zagrebu u jedinstvene ustanove. Temeljem tog prijedloga, 1984. godine, bez obzira na otpore takvom udruživanju od uprave i djelatnika Škole, kao i uprave i djelatnika Medicinskog fakulteta, Viša škola za medicinske sestre bila je, pod snažnim političkim pritiskom tadašnje vlasti, prisiljena udružiti se s Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu i tako je, po drugi put, izgubila svoju samostalnost.

Na Medicinskom fakultetu programi stručnih zdravstvenih studija bivše Škole za medicinske sestre i zdravstvene tehničare izvode se u okviru poslovne jedinice Medicinskog fakulteta s istim nazivom, ali u potpunoj programskoj i institucionalnoj ovisnosti o Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Cijelo to vrijeme studiji na Školi traju dvije godine, nakon čega se stječe viša stručna sprema.

Stupanjem na snagu Zakona o visokim učilištima 1993. godine, kojim je propisano da se stručni studiji ne mogu više izvoditi na fakultetima, već samo na visokim školama i veleučilištima, ponovno se pruža prilika za osamostaljenje Škole.

Do tog osamostaljenja, tj. do osnivanja nove Visoke zdravstvene škole, dolazi tek 1996. godine, nakon što Nacionalno vijeće za visoku naobrazbu Republike Hrvatske pozitivno ocjenjuje nove trogodišnje nastavne programe Visoke zdravstvene škole u osnivanju. Temeljem pozitivnog mišljenja Nacionalnog vijeća za visoku naobrazbu, Vlada Republike Hrvatske na svojoj sjednici donosi Odluku o osnivanju nove Visoke zdravstvene škole.

Danas Visoka zdravstvena škola obrazuje šest različitih profila zdravstvenih stručnjaka i organizira sljedeće studije:

- > **Studij fizioterapije**
- > **Studij medicinsko-laboratorijske dijagnostike**
- > **Studij medicinske radiologije**
- > **Studij radne terapije**
- > **Studij sanitarstva**
- > **Studij sestrinstva**

Osim redovnog obrazovanja Visoka zdravstvena škola organizira i izvanredne studije te razlikovne godine za studente koji su studij završili po raniim, dvogodišnjim programima, te tečajeve trajnog obrazovanja iz brojnih područja prema potrebama i interesima pojedinih struka.

Prilog 2.: Povijest sestrinstva u Hrvatskoj

POVIJEST SESTRINSTVA U HRVATSKOJ

Snježana Čukljek, prof.

Povijest sestrinstva u Hrvatskoj najlakše se može pratiti kroz razvoj edukacije medicinskih sestara.

Krajem 19. i početkom 20. stoljeća broj obrazovanih sestara bio je mali i zdravstvenu njegu obavljale su uglavnom nekvalificirane bolničarke i redovnice osposobljene kratkotrajnim tečajevima iz njege bolesnika. Mali broj sestara iz Hrvatske obrazovao se u Austrougarskoj u Beču, gdje je prva škola za medicinske sestre otvorena 1882. u Rudolfinerhausu zalaganjem kirurga Billrotha.

O problemima vezanim uz osoblje za njegu prvi je pisao 1907. Žigo Švarc. Nakon otvorenja prvog Gradskog dječjeg ambulatorija suočio se s nedostatnim znanjem osoblja o higijeni, medicini ili socijalnom radu. S istim problemom susreo se dr. Čepulić po osnivanju antituberkuloznih dispanzera. Doktor Čepulić je bio svjestan značenja kvalificiranih sestara u dispanzerskom radu, te je u listopadu 1920. predložio Zdravstvenom odsjeku za Hrvatsku, Slavoniju i Međimurje nacrt i naučnu podlogu za djelovanje škole sestara pomoćnica za tuberkulozu u Zagrebu. Taj prijedlog je podržao dr. Andrija Štampar koji se zalagao za razvoj socijalne medicine i unaprjeđenje sestrinske profesije i dr. Josip Lochert šef Zdravstvenog odsjeka u Zagrebu.

Andrija Štampar je shvaćao kako bez kvalitetno i polivalentno obrazovanih sestara nije moguće razviti dispanzersku i patronažnu službu kao polazište pretpostavke moderne zdravstvene službe kakvu je postepeno gradio.

Prva Škola za sestre pomoćnice osnovana je 1.01.1921. u Zagrebu, direktor prve škole bio je dr. Vladimir Čepulić, a prva sestra nadstojnica bila je Jelka Labaš koja je završila sestrinsku školu u Beču. To je bila jedina škola za izobrazbu sestara u Hrvatskoj do 1947.

Prva generacija sestara upisana je 15.01. 1921. i primila je 40 učenica. Škola je osnovana s ciljem da osposobi sestre poglavito za rad na suzbijanju tuberkuloze, no već u prvoj generaciji javile su se kandidatkinje i za bolničarke tako da je odmah uvedeno i bolničko usmjerenje.

Naziv sestra-pomoćnica označuje funkciju i zadatak dispanzerske sestre tj. sestre pomoćnice bolesnog čovjeka i njegove obitelji i pomoćnice zdravih da očuvaju zdravlje.

Uvjeti za upis bili su državljanstvo kraljevine SHS, životna dob od 20 do 35 godina, završena viša pučka škola ili četiri razreda koje srednje škole, neporočnost, savršeno zdravlje i vičnost materinjem jeziku.

Nastavni plan sadržavao je teorijsku i praktičnu nastavu. Teoretska izobrazba sadržavala je specijalnu nastavu usmjerenu na suzbijanje tuberkuloze i opću izobrazbu iz bolničkih stručnih predmeta. Praktična nastava također se sastajala od specijalnog i općeg dijela a provodila se tijekom cijele godine. Svaka je učenica morala ostvariti ukupnu šestomjesečnu praksu na bolničkim odjelima, te praksu u socijalno medicinskim ustanovama.

Diplomirane sestre iz građanstva zapošljavale su se u antiTBC dispanzerima, školskoj poliklinici ili Dječjem ambulatoriju, seoskim zdravstvenim stanicama, sestre redovnice samo u unutarnjem dispanzerskom radu. Radile su na suzbijanju i sprječavanju TBC, zdravstvenom prosvjećivanju, a bile su i prve zdravstvene učiteljice naroda.

Jedino je Bolnica za zarazne bolesti u Zagrebu upošljavala diplomirane sestre. Prve dvije diplomirane sestre zaposlile su se u Bolnici za zarazne bolesti u Zagrebu 1928. godine i to nakon specijalizacije iz područja organizacije bolničke službe u Beču i Londonu. Bile su to Mihaela Terzić i Margareta Denich.

Prve godine (1921.) školovanje traje jednu godinu, 1922. godinu i pol, a od 1923. produžena je na dvije godine. Od 1924. odvojena su dva postojeća usmjerenja - sestrinski i bolničarski. Za sestre pomoćnice mogle su se upisivati samo učenice iz građanstva i školovanje je trajalo dvije godine. Za bolničarski smjer upisivane su redovnice uglavnom iz reda Sv. Vinka Paulskog i Sv. Križa, a nastava je trajala godinu dana.

O radu Škole za sestre pomoćnice nadstojnica Jelka Labaš je izvijestila na Internacionalnoj konferenciji Crvenog križa 1925. godine u Varšavi, a dr. Čepulić, direktor škole, 1922. na Međunarodnoj konferenciji za tuberkulozu u Bruxellesu i 1926. u Washingtonu.

Od 9. veljače 1923. rješenjem Ministarstva zdravlja škola je dobila službeni naziv Državna škola za sestre pomoćnice u Zagrebu. 1927. godine osnovana je Škola narodnog zdravlja, te je 26.12.1929. Škola za sestre pomoćnice pripojena Školi narodnog zdravlja.

Na osnovu zakona iz 1930 od školske godine 1930/31 škola traje tri godine i izjednačena je sa srednjim školama.

Na inicijativu Nikice Bavolini 1929. osnovan je Jugoslavenski savez sestara, gdje je ona izabrana za predsjednicu, a Lujza Wagner za potpredsjednicu.

1930. u Zagrebu je počeo izlaziti prvi sestrinski časopis *Sestrinska riječ*, a urednica je bila Lujza Janković-Wagner sve do 1941. List se bavio pitanjima usavršavanja sestara, te pitanjima organizacije rada sestara u bolnicama i socijalno-medicinskim ustanovama.

PRVE SESTRE

Danica Zelenjak bila je prva sestra direktor škole od 1934 godine. Školu je završila 1926. nakon čega je radila u Higijenskom zavodu, pa je nekoliko godina bila na usavršavanju u inozemstvu i na poslijediplomskom studiju u Torontu. Po povratku nekoliko je godina bila predavač na školi, a potom direktor škole do 1941.

Mihaela Terzić diplomirala je 1928. Zaposlila se u Zaraznoj bolnici gdje je preuzela voditeljstvo praktične nastave za učenice i te predavala na školi njege bolesnika. U Zaraznoj bolnici je uvela suvremeni pristup njezi bolesnika. Svoje bogato iskustvo prenosila je na učenice, pisala je i prve skripte. Nakon odlaska iz škole radila je u Savjetu za narodno zdravlje i Školi narodnog zdravlja. Dobila je nagradu F. Nightingale 1977.

Štefaniya (Ani) Papailiopulos bila je prvi voditelj higijensko domaćinskih tečajeva koji su organizirani u zdravstvenim stanicama. Tečajevi su organizirani za udate žene koje su educirane o higijeni stanovanja, načinima kuhanja i pripremanja namirnica za zdravu prehranu, te o njezi dojenčadi i male djece.

Lujza Janković Wagner diplomirala je u četvrtoj generaciji sestara pomoćnica 1926. u Zagrebu, a potom je nastavila školovanje - dvogodišnji studij na Sveučilištu Yale i Torontu kao stipendistica Rockefellerove fondacije. U Torontu je diplomirala 1928., i po povratku se zaposlila u dječjem ambulatoriju u Zagrebu. Izradila je prijedlog i plan rada Središta sestara, sa svrhom da se objedine patronažne službe sestara. 1930. osnovala je Središte sestara i 10 godina ga je vodila. Bila je potpredsjednica Saveza društva sestara prve Jugoslavije, te predsjednica Sekcije sestara Savsko-dravske banovine sa sjedištem u Zagrebu. Posljednje mjesece života bila je djelatnica Međunarodnog Crvenog križa u Zagrebu.

SESTRINSTVO NAKON 1945.

Nakon rata u svrhu omasovljavanja školovanja medicinskih sestara 1947. i 1948. osnovan je niz škola za medicinske sestre. Uvjet za upis bila je mala matura i najmanje 17 godina života, a školovanje je trajalo 3 godine.

Zaslugom prof. A. Štampara Škola za medicinske sestre je 1953. pripojena Medicinskom fakultetu te je osnovana Viša škola za medicinske sestre. Polaznice škole morale su imati završenu srednju školu sa položenom maturom, biti zdrave i dobi od 18 do 25 godina. Nastava je trajala 6 semestara odnosno 3 godine.

Nastavni plan Više škole za medicinske sestre sastojao se od teoretskog i praktičnog dijela. Teoretski dio obuhvaćao je kolegije iz područja medicine, prirodnih i društvenih znanosti, pedagogiju, psihologiju, njegu zdravog i bolesnog čovjeka u svim fazama njegova života, te engleski i hrvatski jezik. Predavači su bili liječnici, profesori i sestre. Vježbe su se održavale na kliničkim odjelima i u socijalno-zdravstvenim ustanovama pod nadzorom liječnika i sestara instruktora.

Tijekom školovanja bilo je obavezno stanovanje u internatu. Polaznice su polagale semestralne ispite. Na kraju školovanja polagao se završni ispit i dobivala se diploma.

U suradnji sa višom školom Andrija Štampar je razvio širok program trosemstralnog postdiplomskog obrazovanja za sestre u Školi narodnog zdravlja. Postdiplomsko školovanje je kvalificiralo sestre za glavne sestre ustanova, odjelne sestre velikih odjela, nastavnice, instruktore u sestrinskim školama. Završeni tečaj davao je sestri rang završenog fakulteta. Tečaj je sadržavao teoretski i praktični dio nastave i vježbe.

1953. osnovano je Samostalno društvo medicinskih sestara Hrvatske. Prva predsjednica društva bila je Agneza Dumenčić.

1959. u Hrvatskoj je bilo pet viših škola (Zagreb, Osijek, Pula, Rijeka i Split). Donošenjem Zakona o srednjim školama 1959. prestaje vrijediti Zakon o višim školama za tehničare zdravstvene struke. Postojeće Više škole postaju srednje škole koje traju 4 godine. U Hrvatskoj se provodilo obrazovanje sestara pedijatrijskog i primaljskog smjera, te za skrb odraslih.

Viša škola za medicinske sestre i zdravstvene tehničare u Zagrebu osnovana je 13. rujna 1966. godine, te je donesena odluka o upisu redovitih i izvanrednih studenata u školsku godinu 1966/67. Nastava traje dvije godine odnosno četiri semestra i odvija se na odsjecima za medicinske sestre dispanzersko patronažnog i smjera bolničke njege. Nastava je počela u veljači 1966 godine. Voditelji studijskih smjerova bili su za studijski smjer medicinska sestra bolničkog usmjerenja Prof. dr. Svebor Čerlek, te za studijski smjer medicinska sestra dispanzersko-patronažnog usmjerenja Prim. dr. Danko Bartolović. 1968 godine na školi se zapošljavaju medicinske sestre nastavnice-instruktore: Dragica Čop, vms, Zorka Mojsović, vms, te kasnije Lela Košutić, vms i Ana Šolda, vms.

Studij za medicinske sestre oba smjera trajao je dvije godine (četiri semestra) i nastava se odvijala kao redovni studij, te kao studij uz rad. Studij uz rad student je mogao upisati na osnovi odluke ustanove u kojoj je radio.

Na Višoj medicinskoj školi obrazovale su se više medicinske sestre bolničkog smjera, dispanzersko-patronažnog smjera, ginekološko opstetričkog smjera, oftalmološkog smjera te dijetetičarskog smjera.

Zbog potrebe obrazovanja velikog broja medicinskih sestara Viša medicinska škola proširila je svoju djelatnost i izvan Zagreba, te su studenti upisani 1980. godine na dislocirane studije u Splitu i Osijeku.

U periodu od 1979. do 1987. na Višu medicinsku školu upisuju se isključivo studenti uz rad, nakon toga Škola je ponovno dobila odobrenje za upis medicinskih sestara na redovni studij.

Kao posljedica praćenja i evaluacije nastave te u skladu sa potrebama zdravstva 1986. uveden je jedinstveni program izobrazbe medicinskih sestara. U novom nastavnom planu veliki naglasak se stavlja na kolegije i nastavu iz Zdravstvene njege, školovanje je trajalo dvije godine.

1996. godine Viša medicinska škola medicinskog fakulteta postaje samostalna visokoškolska ustanova Visoka zdravstvena škola.

Od 1999. godine obrazovanje medicinskih sestara na Studiju sestrinstva Visoke zdravstvene škole provodi se po trogodišnjem nastavnom planu i programu.

Prilog 3.: BOLONJSKA DEKLARACIJA I BUDUĆE OBRAZOVANJE MEDICINSKIH SESTARA U HRVATSKOJ

BOLONJSKA DEKLARACIJA I BUDUĆE OBRAZOVANJE MEDICINSKIH SESTARA U HRVATSKOJ

Prof. dr. sc. Mladen Havelka

Pristupanje Hrvatske Bolonjskom procesu i prihvaćanje osnovnih načela budućeg sustava visokog obrazovanja, jamči skoru harmonizaciju hrvatskog sustava visokog obrazovanja s "europskim obrazovnim prostorom" u kojem će iste razine obrazovanja pojedinih struka biti izjednačene po svojim "znanjima, vještinama i kompetencijama". Krajnji je cilj ovih usklađivanja obrazovnih sustava u Europi veća mobilnost radne snage i jedinstveno europsko tržište rada na kojem će se zapošljavati stručnjaci čija se kvaliteta obrazovanja, a time i razina znanja, vještina i kompetencija, značajno ne razlikuje, bez obzira u kojoj su se od europskih zemalja školovali.

Prvi korak k ostvarenju tog cilja je promjena zakonske regulative. Tako su, u posljednjih deset godina, u većini europskih zemalja doneseni novi zakoni na području obrazovanja u koje su ugrađena glavna načela Bolonjske deklaracije. U Hrvatskoj je 2003. donesen novi Zakon o znanstvenoistraživačkoj djelatnosti i visokom obrazovanju koji kao krajnji rok uvođenja novih, europskim standardima prilagođenih programa visokog obrazovanja, predviđa školsku godinu 2005/6.

Dakle, već iduće školske godine sve visokoškolske ustanove u Hrvatskoj (sveučilišta, veleučilišta i visoke škole) moraju započeti nastavu po novim nastavnim programima.

Time se, nakon gotovo pedeset godina, otvaraju vrlo široke mogućnosti nastavka sestrinskog obrazovanja do najviših obrazovnih stupnjeva. Naime, od pedesetih godina prošlog stoljeća do danas najveća moguća stručna sprema u sestrinstvu bila je viša stručna sprema. Novim zakonskim promjenama medicinskim sestrama, kojima je ranije bilo onemogućeno napredovanje u vlastitoj struci, sada se široko otvaraju vrata za razvoj sestrinskog obrazovanja do najviših stupnjeva obrazovanja, a time i mogućnosti razvoja sestrinske profesije u cjelini.

Studij sestrinstva u Hrvatskoj, prema odredbama novog Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, može trajati najmanje tri godine, uz mogućnosti nastavka studija na četverogodišnjim i petogodišnjim specijalističkim studijima. Tako će se obrazovanje medicinskih sestara na visokoškolskoj razini od školske godine 2005/2006. odvijati po modelu 3+0, 3+1 ili 3+2. što znači da će medicinske sestre moći samostalno obavljati poslove sestrinske djelatnosti nakon završenog trogodišnjeg studija, ali će moći i nastaviti studij za još jednu godinu, odnosno još dvije godine na specijalističkim diplomskim studijima. Također je predviđena i mogućnost nastavka studija sestrinstva na doktorskim studijima, no način na koji će se to realizirati posebno je pitanje koje će doći na red tek kada, za nekoliko godina, prve medicinske sestre u Hrvatskoj završe diplomske specijalističke studije.

Razine studija sestrinstva prema odredbama novog Zakona

- Trogodišnji studij (bakalaureat)
- Jednogodišnji specijalistički studij
- Dvogodišnji specijalistički studij
- Doktorski studij (2-3 godine) prijenosom ECTS bodova na ustanove koje organiziraju doktorske studije.

Po predviđenom modelu u Hrvatskoj će biti četiri stupnja visokog sestrinskog obrazovanja, a time i otvoren put za potpunu profesionalizaciju sestrinstva kao samostalne profesije. No, još uvijek su ostala neriješena brojna pitanja od kojih pitanje stručnih naziva izaziva najveće dvojbe. Zakon o znanstvenoistraživačkoj djelatnosti i visokom obrazovanju samo je načelno riješio pitanje stručnih naziva. Precizno određivanje stručnih naziva očekuje se od novog Zakona o stručnim nazivima i akademskim stupnjevima koji treba biti donesen do ljeta ove godine. Hrvatska komora medicinskih sestara, udruženja medicinskih sestara kao i obrazovne ustanove koje provode sestrinsko obrazovanje moraju se zajednički izboriti za takve stručne nazive nakon završavanja pojedinih razina obrazovanja medicinskih sestara, koji će odgovarati stručnim nazivima drugih visokoobrazovanih profila s jednakim trajanjem studija.

Nazivi koji bi tome odgovarali su:

1. Bakalaureat iz sestrinstva - nakon završenog trogodišnjeg studija sestrinstva
2. Diplomirana medicinska sestra - specijalist struke - nakon završenog četverogodišnjeg studija sestrinstva
3. Magistar sestrinstva - Nakon završenog petogodišnjeg studija sestrinstva
4. Doktor sestrinstva - nakon završenog osmogodišnjeg studija sestrinstva.

Medicinske sestre sa završenim petogodišnjim studijem sestrinstva moći će, sukladno novom Zakonu, biti izabrane u nastavna zvanja za izvođenje nastave sestrinskih predmeta na studijima sestrinstva. Time će se prvi puta ostvariti mogućnost da medicinske sestre svoje obrazovanje preuzmu u svoje ruke. No glavni problem na tom putu je sadašnja loša situacija s brojem medicinskih sestara koje imaju visoko obrazovanje i koje bi trebale polako preuzimati nastavu sestrinskih predmeta. Naime, za organiziranje i izvođenje četverogodišnjih i petogodišnjih diplomskih specijalističkih sestrinskih studija, danas u Hrvatskoj ne postoji dovoljan broj kvalificiranih medicinskih sestara, tj. sestara visoke stručne spreme. Naravno da će i dalje dio programa sestrinskih studija provoditi stručnjaci drugih struka, ali nedostatak kvalificiranih medicinskih sestara koje bi mogle preuzeti glavninu sestrinske edukacije na studijima sestrinstva ozbiljan je problem koji traži hitno rješenje. Ono se može naći u što žurnijem organiziranju diplomskog i magistarskog sestrinskog obrazovanja u Hrvatskoj, ali i upućivanjem perspektivnih medicinskih sestara na sestrinske studije u inozemstvu. Drugi je problem relativno mali broj medicinskih sestara koje su završile trogodišnje studije. Srećom, u Hrvatskoj se produženje sestrinskih studija s dvogodišnjih

studija na trogodišnje dogodilo još prije nekoliko godina, pa tako već danas imamo manji broj (oko 300) medicinskih sestara sa završenim trogodišnjim studijem koje su potencijalni kandidati za upis na specijalističke diplomske studije. Svima njima bit će priznat i stupanj obrazovanja i stručni naziv po novom Zakonu o znanstvenoistraživačkoj djelatnosti koji je već donesen i novom Zakonu o stručnim nazivima i akademskim stupnjevima koji je u fazi donošenja.

Među prvim specijalističkim studijima započet će studiji Menadžmenta u sestrinstvu, Javnog zdravstva i studij za Medicinske sestre nastavnice.

Sva ta zbivanja otvaraju široke mogućnosti razvoja sestrinskog obrazovanja i konačne profesionalizacije sestrinske struke. Na svima nama je da zajedničkim naporima što brže i što bolje iskoristimo ove nove prilike.

Prilog 4.: Djelatnost Zdravstvenog veleučilišta

Zdravstveno veleučilište

je samostalna javna ustanova osnovana Odlukom Vlade Republike Hrvatske 1996. godine. Visoka zdravstvena škola je slijednik Više medicinske škole osnovane 1966. godine. U razdoblju od 1984. do 1996. godine škola je bila dio Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, a od 1997. godine ustrojena je prema odredbama novog Zakona o visokim učilištima, kao prva samostalna javna visoka škola u Republici Hrvatskoj.

Djelatnost Zdravstvenog veleučilišta je:

- izvođenje stručnih dodiplomskih i poslijediplomskih stručnih studija
- obavljanje stručnog i znanstvenog rada iz područja biomedicinskih, humanističkih i društvenih znanosti
- ustrojavanje i izvođenje programa stalnog usavršavanja, izdavačka, bibliotečna i informatička djelatnost.

Trajanje studija

Svi studiji u školskoj godini 2005./2006. traju tri godine (šest semestara)

Prijave za upis

Prijave za upis redovnih studenata primaju se krajem lipnja i početkom srpnja mjeseca u tajništvu Zdravstvenog Veleučilišta, Mlinarska cesta 38. Detaljnije obavijesti mogu se dobiti u tajništvu ili na web stranicama Zdravstvenog Veleučilišta <http://www.vmskola.hr>.

Uvjeti upisa

Pravo upisa na studij imaju osobe koje su završile srednju školu u trajanju od četiri godine i koje imaju odgovarajuće psihofizičke sposobnosti. Pristupnik je dužan prilikom prijave za razredbeni postupak, dostaviti liječničku potvrdu o nepostojanju kontraindikacija za izabrano zanimanje.

Razredbeni postupak

Svi pristupnici koji se prijave na natječaj za upis, podliježu razredbenom postupku kojim se

obavlja izbor pristupnika na studij. Razredbeni postupak obuhvaća vrednovanje uspjeha u srednjoj školi i pismenu provjeru znanja (test opće informiranosti iz biomedicine i zdravstva).

Temeljni podaci o razredbenom postupku

Prijave za razredbeni postupak primaju se od 27.6. - 8.7.2005. god. Prijave se predaju **osobno u tajništvu Zdravstvenog Veleučilišta radnim danom od 9,00-13,00 sati** ili se šalju preporučenom pošiljkom na adresu:

Zdravstveno Veleučilište, p.p.901 Mlinarska 38, 10000 Zagreb.

Prijave za razredbeni postupak podnose se na posebnoj tiskanici koja se može kupiti u knjižari Visoke zdravstvene škole.

Razredbeni ispit za srpanjski rok održat će se **12. 7. (utorak) 2005. god. u 12,00 sati**. Svaki pristupnik prilikom prijave za razredbeni postupak dobiva potvrdu o prijavi na kojoj se nalazi broj prijave, podatak o adresi i nazivu dvorane gdje će razredbeni ispit biti proveden. Konačni raspored dvorana u kojima će se provesti razredbeni ispit bit će objavljen 24 sata prije provedbe razredbenog ispita, na oglasnoj ploči Zdravstvenog Veleučilišta.

Upis u prvu godinu obaviti će se za prvi upisni rok **od 18.7. s početkom u 9,00 sati do 20.7. 2005. god. do 15,00 sati**. Pravo na upis stječu kandidati koji su nakon provedbe razredbenog postupka stekli pravo upisa. Upis će se obaviti na osnovu ostvarenog uspjeha na "Listi uspješnosti", prema kojem će biti sačinjen precizan

raspored pristupnika , a određivati će točan dan i sat upisa pojedinog pristupnika. **Raspored će biti objavljen na oglasnoj ploči Zdravstvenog Veleučilišta.** Pristupnici će imati mogućnost izbora studija prema raspoloživim slobodnim mjestima u vrijeme kad budu pozvani na upis. "Lista uspješnosti" utvrdit će se na temelju uspjeha na razredbenom postupku i na temelju bodova na razredbenom ispitu.

Rezultati razredbenog postupka -

"Lista uspješnosti" bit će objavljena najkasnije 48 sati nakon završetka razredbenog ispita na oglasnoj ploči Zdravstvenog Veleučilišta i na web stranici škole - **www.vmskola.hr.**

Raspored pristupanja upisu sa točnim datumom i satom kada pojedini pristupnik treba obaviti upis, bit će objavljena istodobno sa "Listom uspješnosti".

Popis preporučene literature za razredbeni ispit na Zdravstvenom veleučilištu, škol. god. 2005./2006.

Razredbeni postupak osim vrednovanja postignutog općeg uspjeha u srednjoj školi, odnosno maturi, obuhvaća i vrednovanje uspjeha postignutog na razredbenom ispitu, koji će sadržavati pitanja iz sadržaja vezanih iz opće informiranosti iz područja biomedicine i zdravstva. Naša namjera je pristupnicima ponuditi test - ispit iz opće informiranosti iz područja biomedicine i zdravstva, te smo prilikom sastavljanja pitanja vodili računa o težini pitanja, kako bi pristupnici sa završenom četverogodišnjom srednjom školom bili u mogućnosti uspješno riješiti razredbeni ispit. Sukladno tome pre-poručamo slijedeću literaturu koju pristupnici mogu koristiti u pripremi za razredbeni ispit.

1. Prlić N., "Zdravstvena njega", Zagreb, Školska knjiga, 2003.
2. Grupa autora . "Socijalna medicina, zdravlje i okoliš ", Školska knjiga, Zagreb, 2001.
3. Živković R. "Interna medicina ", Zagreb , Medicinska naklada , 1999.
4. Volner Z. "Opća medicinska mikrobiologija s epidemiologijom i imunologijom", Zagreb, Školska knjiga, 2003.
5. Havelka M. "Zdravstvena psihologija", Zagreb, Školska knjiga, 2003.
6. Šverko B. i suradnici "Psihologija udžbenik za gimnazije", Zagreb, Školska knjiga, 1992.
7. Keros P. i suradnici "Anatomija i fiziologija - udžbenik za 1. razred" Zagreb , Školska knjiga , 2003.
8. Habek D. "Porodništvo i ginekologija", Zagreb, Školska knjiga, 2003.
9. Ilić V. "Metodika zdravstvenog odgoja", Zagreb, Školska knjiga, 2003.
10. Slijepčević M. "Čovjek, zdravlje i okoliš ", Zagreb, Školska knjiga, 2003.

Broj bodova na osnovu uspjeha na razredbenom ispitu (testu znanja) utvrđuje se na osnovu broja ispravno riješenih pitanja.

Zdravstveno Veleučilište u Zagrebu je samostalna javna visoka škola koja organizira i provodi stručne zdravstvene studije za šest profila zdravstvenih djelatnika. Na Zdravstvenom veleučilištu u školskoj godini 2005./2006. organizirat će se nastava za sljedeće studije:

- Studij fizioterapije
- Studij inženjera medicinsko-laboratorijske dijagnostike
- Studij inženjera medicinske radiologije
- Studij radne terapije
- Studij sanitarstva
- Studij sestrinstva

Studij fizioterapije

Fizioterapeut je zdravstveni stručnjak koji radi s osobama svih dobi, kako bi održao i poticao zdravlje i kako bi nadomjestio funkcije i samostalnost kada pojedinci imaju probleme izazvane tjelesnim, psihološkim i drugim poremećajima, onespособljenost ili hendikep koji je proizvod tih poremećaja. Fizioterapeut je u sklopu svoje struke kvalificiran za sudjelovanje u postupcima procjene bolesnika te djelovanje u terapiji kao i područjima prevencije i procjene terapijskih učinaka.

Sastavnice fizioterapije su:

- fizioterapeutska procjena (kineziometrijski testovi...),
- tehnike koje zahtijevaju aktivno sudjelovanje pacijenta/korisnika (specijalne tehnike facilitacije, tehnike mišićne reedukacije, tehnike relaksacije, ...),
- tehnike koje ne zahtijevaju aktivno sudjelovanje pacijenta/korisnika (manualne tehnike, uređajni fizioterapijski postupci),
- edukacija pacijenta/korisnika i/ili članova obitelji.

Uvjeti upisa

Završen program srednje škole i razredbeni ispit.

Trajanje studija

Nastavni program stručnog studija traje tri godine (šest semestara)

Mogućnosti zapošljavanja

Fizioterapeut osigurava usluge u privatnom i javnom sektoru, u ambulantnim službama, bolnicama, rehabilitacijskim ustanovama, ustanovama socijalne skrbi, vrtićima, školama, sportsko-rekreacijskim centrima, poduzećima i u kući korisnika. Studij fizioterapije pri Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu od školske godine 1999./2000. koncipiran je prema standardima obrazovanja u najrazvijenijim zemljama i usklađen prema preporukama Svjetske konfederacije za fizikalnu terapiju (WCPT)

Studij inženjera medicinsko-laboratorijske dijagnostike

Studij inženjera medicinsko-laboratorijske dijagnostike omogućava naobrazbu zdravstvenog djelatnika sa stručnim znanjem za obavljanje samostalnog rada na složenim analitičkim postupcima u medicinsko-laboratorijskoj dijagnostici i analitici. U ovom znanju izuzetno je naglašena karakteristika komunikativnosti, zbog kontakta sa bolesnim, traumatiziranim, nemoćnim, operiranim i nekontaktibilnim osobama, uz pozitivan psihološki pristup pacijentu.

Preduvjet za rad u laboratorijima je i obvezatno poznavanje stranog jezika (engleskog), korištenje stručne literature, rad sa računalom, pridržavanje pravila medicine, etike, praćenje i napredovanje u struci, uključivanje u istraživačke aktivnosti i prijenos znanja na mlađe suradnike

Uvjeti upisa

Završen program srednje škole i razredbeni ispit.

Trajanje studija

Tri godine (šest semestara).

Mogućnost zapošljavanja

Po završetku studija, diplomanti će imati usvojena znanja i vještine za obavljanje svih vrsta laboratorijske dijagnostike. Studij omogućuje stjecanje teoretskog znanja i umijeća te sposobnost samostalnog stručnog rada. Nakon završetka studija moguća mjesta zaposlenja su: dijagnostički i istraživački laboratoriji u klinikama, bolnicama,

domovima zdravlja, znanstvenim institutima te zavodima brojnih fakulteta i privatnim dijagnostičkim laboratorijima.

Studij inženjera medicinske radiologije

Studij inženjera medicinske radiologije daje naobrazbu zdravstvenog djelatnika s tehničkim znanjem, koji je osposobljen za samostalno provođenje velikog broja dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Budući da se u tom zvanju tehnika i medicina nadopunjuju, potrebno je u jednakoj mjeri vladati znanjem iz oba područja.

Tehnička je osnova struke fizika, osobito fizika valova i čestica, primijenjena u radu klasičnih rendgenskih aparata i suvremenih, integriranih sustava za obradu podataka i dokumentiranje te nužna za primjenu pribora i korištenje kompjutorskih tehnologija koje su u zadnjem desetljeću postale dominantne, jednako u dijagnostici, radioterapiji i nuklearnoj medicini. Medicinska znanja pretpostavljaju poznavanje bazičnih i kliničkih predmeta i svega što je usko vezano za rad s bolesnikom poput metoda zaštite, primjene medikamenata, kontrastnih sredstava i instrumentarija te njega i prva pomoć bolesniku. Radiološka se djelatnost obavlja pod posebnim radnim uvjetima, pa izvršiocu ne smiju biti mlađi od 18 godina i moraju ispunjavati zdravstvene uvjete propisane zakonom. U struci se primjenjuju međunarodni standardi i zakonski propisi iz područja upotrebe ionizirajućeg zračenja u medicini.

Uvjeti upisa

Završen program srednje škole i razredbeni ispit.

Trajanje studija

Tri godine (šest semestara).

Mogućnosti zapošljavanja

Odjeli i zavodi za radiološku dijagnostiku i radioterapiju bolničkih ustanova i domova zdravlja te privatne ustanove sličnog profila.

Studij radne terapije

Radni terapeut je stručnjak koji koristi aktivnosti svakodnevnog života (ASŽ)-samozbrinjavanja, produktivnosti i razonode - u terapijske svrhe, potičući klijente na aktivno sudjelovanje u istima, a s ciljem povećanja njihove samostalnosti i kvalitete života. Filozofija radne terapije počiva na činjenici da tjelesno, psihičko i socio - kulturno ograničavanje osobe u samostalnom obavljanju njenih svakodnevni aktivnosti dovodi do zdravstvenih problema, te smanjuje kvalitetu života sobe, a samim time i njeno zadovoljstvo.

Sastavnice radne terapije

- radno-terapijska procjena (uočavanje problema pri obavljanju ASŽ, njihovih komponenti, te faktora okoline u kojoj se aktivnosti izvode)
- planiranje terapije / intervencije
- terapija / intervencija (uvježbavanje ASŽ, korištenje pomagala za samozbrinjavanje, preporuke o ergonomske prilagodbi prostora, edukacija klijenata i članova obitelji, izrada edukativnih materijala, korištenje kreativnih metoda u terapiji / art-terapija, prevencija onesposobljena...)
- evaluacija - provjera uspješnosti terapije

Cilj radne terapije je osposobiti osobu da što samostalnije obavlja sve aktivnosti (koje želi ili mora obavljati) u tijeku svojeg dana, aktivno je uključujući u sudjelovanje u procesu terapije, kako bi njen život bio uspješan i kvalitetan, te kako bi osoba iskoristila sve svoje potencijale.

Uvjeti upisa

Završen program srednje škole i razredbeni ispit.

Trajanje studija

Tri godine (šest semestara).

Mogućnost zapošljavanja

Radni terapeut po završetku studija može provoditi radnu terapiju u zdravstvenim ustanovama (bolnicama, razvojnim centrima, rehabilitacijskim centrima, jedinicama za ovisnosti,...), socijalnim ustanovama (domovima umirovljenika, dnevnim centrima, hospicijama, stacionarnim ustanovama socijalne skrbi), domu korisnika, školi, vrtiću, radnom mjestu, zajednici, zatvorima.

Studij sanitarstva

Sanitarni inženjer analizira čimbenike okoliša koji mogu štetno djelovati na zdravlje čovjeka te predlaže i provodi postupke za poboljšanje uvjeta u okolišu i životu čovjeka.

Sanitarni inženjer provodi postupke nadzora nad sanitarno-tehničkim uređajima za opskrbu pitkom vodom i za odlaganje otpadne tvari; nad prijevozom, uskladištenjem i prodajom u prometu namirnica i hrane; nad tehnološkim procesima prehrambene industrije te proizvodnjom i prometom predmeta opće uporabe; nad prometom otrova; nad kakvoćom zraka; nad izvorima ionizirajućeg i neionizirajućeg zračenja; provodi i nadzire postupke dezinfekcije, dezinsekcije i deratizacije; sudjeluje u Nacionalnom akcijskom planu okolinskog zdravlja Republike Hrvatske.

Uvjeti upisa

Završen program srednje škole i razredbeni ispit.

Trajanje studija

Tri godine (šest semestara).

Mogućnosti zapošljavanja

U zavodima za javno zdravstvo i drugim zdravstvenim ustanovama; u tvrtkama koje obavljaju dezinfekciju, dezinsekciju i deratizaciju; u tvrtkama koje obavljaju poslove uvoza, proizvodnje, korištenja i prijevoza otrova; u organizacijama koje obavljaju fizikalno-kemijska ispitivanja namirnica i predmeta opće uporabe; u tvrtkama za odlaganje otpadne tvari; u tvrtkama koje se bave proizvodnjom, prijevozom, uskladištenjem i prodajom namirnica i hrane.

Studij sestrinstva

Stručni studij sestrinstva obrazuje medicinsku sestru za provođenje profesionalne sestrinske prakse na svim razinama zdravstvene zaštite.

Nakon završenog trogodišnjeg studija stručnjaci ovog profila bit će osposobljeni:

- obavljati i organizirati poslove u svrhu zaštite i unapređenja zdravlja pojedinca i zajednice;
- obavljati i organizirati rad u području zdravstvene njege bolesnika na svim razinama;
- baviti se znanstveno-istraživačkim radom u području zdravstvene njege

U okviru svojih ovlaštenja medicinska sestra treba djelovati na unapređenju kvalitete života i održanju samopoštovanja i dostojanstva čovjeka.

Uvjeti upisa

Završen program srednje škole i razredbeni ispit.

Trajanje studija

Tri godine (šest semestara).

Mogućnost zapošljavanja

Medicinska sestra može raditi u: zdravstvenim ustanovama svih razina zdravstvene zaštite (ambulantama, savjetovalištima, bolnicama, klinikama, znanstveno-istraživačkim institucijama, javnom zdravstvu....i dr.); ustanovama za socijalnu skrb; odgojno-obrazovnim ustanovama.

Prilog 5.: Djelatnost Zdravstvenog veleučilišta

SCHOOL OF HEALTH STUDIES

is an independent public institution of higher education established in 1996 by Croatian Government, as a successor of Higher Medical School founded in 1966. From 1984 to 1996 the School was part of Zagreb University School of Medicine, while since 1997 it functions on the basis of the new Act on Institutions of Higher Education as the first independent public school of higher education in Croatia.

The activities of the School are the following:

- carrying out graduate and postgraduate studies for different health professions
- participation in professional and scientific work in the field of bio-medical, humanistic and social sciences
- organisation and implementation of lifelong learning and training programs, publishing, library and computer literacy activities.

Study duration: in 2005/06 school year the studies at all departments of the School last three academic years (or six semesters).

Enrolment applications for regular students are received at the end of June, and beginning of July at the Secretariat of School of Health Studies, 38 Mlinarska Street. Further details may be obtained either directly by the Secretariat or on web sites of the School, <http://www.vmskola.hr>.

Admission requirements: All graduates from four-year high schools are eligible to enter the School provided they meet the required psychological and physical standards. On submission of application for enrolment exam each candidate should submit proper medical certificate on absence of contra-indications to performing the selected profession.

Classification procedure: All candidates applying for enrolment to school undergo classification procedure by which the selection of future students is made. The procedure includes the assessment of high school scores and written test of general knowledge (i.e. general knowledge about bio-medical and health issues).

Information about classification procedure: Applications for classification procedure are received from 27.06. to 08.07. 2005. The applications are submitted in person to the Secretariat of School of Health Studies on workdays from 9.00 a.m. to 13.00 p.m., or are sent by registered mail to the following address:

School of Health Studies P.O. Box 901 38 Mlinarska Street 10000 Zagreb

The applications for classification procedure are submitted on special application forms obtained at the School book shop.

Qualification examination (admission test) will be held on 12.07. (Tuesday) 2005 at 12.00 o'clock. On submission of application each candidate gets a receipt with the information about the number of application, address and name of classroom in which the exam is to be held. The final schedule of classrooms will be announced 24 hours prior to beginning of the test on notice-board at the School of Health Studies.

Enrolment into the 1st academic year will take place from 18.07.from 9.00 a.m. till 20.07.2005. till 12.00. All the candidates who have passed the admission test have the right to enrolment into the first academic year. The right to enrolment is based on test scores as stated in the "List of Achievements"; the List also contains precise position of each candidate and her/his date and time of enrolment. The schedule will be announced on the notice-board of the School. The candidates will have the opportunity of choosing the study group according to vacancies available at the time of their enrolment schedule. The "List of

Achievements" is based on the admission test scores and high school achievement scores.

Admission test results contained in the List of Achievements will be available not later than 48 hours following the completion of qualification exam and will be announced on the notice-board of the School and on the School web site: www.vmskola.hr. The timetable of enrolment containing the date and time when each individual candidate may be enrolled will be announced together with the List of Achievements.

Reference literature recommended Health Studies for 2005/06 school

Beside evaluation of general achievement at high school and high school graduation exam, the classification procedure includes the evaluation of admission test achievement. The test contains questions concerning general status of being informed about major issues in the fields of biomedicine and health. The purpose was to define to what extent the candidates are informed about certain topics of biomedicine and health, so that special care was taken with regard to the difficulty of questions in order for the high school graduates to be able to successfully complete the admission test. The following reference literature is recommended:

1. Prlic N: Health Care (Zdravstvena njega), Zagreb, Skolska knjiga, 2003.
2. Group of authors: Social Medicine, Health and Environment (Socijalna medicina, zdravlje i okolis), Skolska knjiga, Zagreb, 2001.
3. Zivkovic R: Internal Medicine (Interna medicina), Zagreb, Medicinska naklada, 1999.
4. Volner Z: General Medical Microbiology with Epidemiology and for qualification exam at School of year Immunology (Opća medicinska mikrobiologija s epidemiologijom i imunologijom), Zagreb, Skolska knjiga, 2003.
5. Havelka M: Health Psychology (Zdravstvena psihologija), Zagreb, Skolska knjiga, 2003.
6. Sverko B et al: Psychology - High School Students' Textbook (Psihologija - udzbenik za gimnazije), Zagreb, Skolska knjiga, 1992.
7. Keros P et al: Anatomy and Physiology - the 1st Class High School Textbook (Anatomija i fiziologija. Udzbenik za 1. razred srednje skole), Zagreb, Skolska knjiga, 2003.
8. Habek D: Obstetrics and Gynaecology (Porodnistvo i ginekologija), Zagreb, Skolska knjiga, 2003.
9. Ilic V: Teaching Methods of Health Education (Metodjka zdravstvenog odgoja), Zagreb, Skolska knjiga, 2003.
10. Slijepcevic M: Man, Health and Environment (Covjek, okolis i zdravlje), Zagreb, Skolska knjiga, 2003.

The admission test achievement is based on the number of correct answers to test questions

School of Health Studies, is an independent public institution of higher education, organizes and carries out professional health studies for six health professions. In the 2005/06 school year the regular studys will be organized for the following health professions:

- Physical Therapy
- Laboratory Medicine Engineers
- Medical Radiology Engineers
- Occupational Therapy
- Sanitary Engineers
- Nursing

Department of Physiotherapy

Physical therapist is a health professional involved in the treatment of individuals of all age groups in order to maintain and promote health, to restore functions and independence in those who have problems resulting from physical, mental and other disorders, including disability or handicap caused by these disorders. A physical therapist is trained and qualified to participate in the patients' assessment procedures, to act in the therapy, prevention and evaluation of therapeutic effects.

The components of physiotherapy are the following:

- Physiotherapeutic assessment (kinesiometric tests, etc)
- Techniques that require active participation of patients/clients (specific facilitation techniques, techniques of muscle re-education, relaxation techniques, etc.)
- Techniques that do not require active participation of patients/clients (manual techniques, the use of therapeutic devices and apparatuses, etc.)
- Instructing patients/clients and/or their family members.

Admission requirements:

high school graduates and admission test achievement.

Study duration:

Full term study curricula take three academic years (or six semesters) and are taught through 990 hours of theoretical classes, 740 hours of practical exercises and 905 hours of clinical practice.

Employment opportunities:

A physical therapist provides services in private and public sectors, in out-patient services, hospitals, rehabilitation centres, social welfare institutions, kindergartens, schools, sports and recreation facilities, business companies, at homes of the patients/clients. Since 1999 the study of physiotherapy at Zagreb School of Health Studies has been organised on the basis of education standards in the most developed countries and in accordance with World Confederation of Physical Therapy (WCPT) recommendations.

Department of Laboratory Medicine Engineers

The study at the Department of Laboratory Medicine Engineers enables the students to acquire knowledge of a health professional capable of independent work in the most complex and sophisticated analytical procedures in the fields of laboratory medical diagnosis and analysis. Special emphasis is put on communication skills and positive psychological approach to patients due to contacts with the sick, the traumatised, disabled, the operated and uncommunicative individuals.

It is important to the engineers of laboratory medicine to follow their reference literature, to be computer literate, to comply with the rules of medicine and ethics, to be informed about the recent events in their profession, to participate in continuous training and upgrading activities and to transfer their knowledge to younger generations.

Admission requirements:

high school graduates and admission test achievement.

Study duration:

Full term study curricula take three academic years (or six semesters).

Employment opportunities:

Upon completion of study curricula the engineer of laboratory medicine will have acquired knowledge and skills needed to perform all types of laboratory diagnostic procedures. The study enables acquiring theoretical knowledge, practical skills, and capacity to independently perform professional job. The laboratory

medicine engineer can work in the following facilities: diagnostic and research laboratories at clinics, hospitals, health centres, scientific institutes, university institutes, private diagnostic laboratories.

Department of Medical Radiology Engineers

The study of engineers of medical radiology ensures education of a health professional with adequate technical knowledge, who is capable of independently carrying out a large number of diagnostic and therapeutic procedures. As in this profession medicine and technical expertise complement each other it is important to gain adequate knowledge in both branches.

Technical basis to the profession is physics, particularly wave and particle physics applied to traditional x-ray equipment and modern integrated data analysis and storage systems, and also needed in the use of modern computer technology that has become dominant in the past decade not only in diagnostics but also in radiotherapy and nuclear medicine. Medical knowledge should include the knowledge of basic clinical subjects and all other subjects closely related to working with patients, such as protection measures, medication administration, the use of contrast media and instruments, general and emergency care of the patients. The radiological activities are performed under special working regimen, i.e. individuals younger than 18 years of age are not allowed to perform the job, while all other professionals need to satisfy strict regulations prescribed by the relevant laws. International standards and legal provisions concerning the use of ionising radiation in medicine are strictly obeyed by the profession.

Admission requirements:

high school graduates and admission test achievement.

Study duration:

Full term study curricula take three academic years (or six semesters).

Employment opportunities:

departments and institutes of radiological diagnostics and radiotherapy in hospitals, health centres and private facilities providing the same services.

Department of Occupational Therapy

Occupational therapist is a professional who uses the activities of daily living (ADD - i.e. self-care, productivity and leisure - for therapeutic purposes by stimulating the clients to actively participate in these activities in order to increase their independence and quality of living. The philosophy of occupational therapy lies in the fact that the physical, the mental and the socio-cultural limits that a person has to cope with in independently performing the activities of daily living bring about health problems, diminish the quality of life and consequently life satisfaction.

Components of occupational therapy

- Occupational therapeutic assessment (identification of problems in performing ADL, their components, and environmental factors)
- Planning of therapy / intervention
- Therapy / intervention (practicing ADL, the use of appliances for self-care, recommendation on ergonomic adjustment of space, training of clients and family members, education materials, the use of creative therapeutic methods: e.g. art therapy, prevention of disability, etc.)
- Evaluation - testing the efficacy of therapy

The fundamental objective of occupational therapy is to enable the clients/patients to perform the needed, or desired, activities as independently as possible in the course of the day, to actively participate in therapeutic process in order for their lives to be successful and satisfactory by using all their individual potentials.

Admission requirements:

high school graduates and admission test achievement.

Study duration:

Full term study curricula take three academic years (or six semesters).

Employment opportunities:

Upon completion of study curricula the occupational therapist can provide occupational therapy in health institutions (hospitals, developmental centres, rehabilitation centres, addiction units, etc), social welfare institutions (retirement homes, day centres, hospices, stationary social welfare institutions), at homes of their clients, schools, kindergartens, business premises, community, prisons

Department of Sanitary Engineers

A sanitary engineer, or environmental health engineer . deals with the analysis of environmental factors that could produce harmful effects on human health and proposes and implements steps and procedures aimed at the improvement of environmental conditions and life of humans.

A sanitary engineer carries out supervision of sanitary and technical equipment for drinking water supply and waste disposal; transportation, storage, management and sale of foodstuff; technological processes in food industries; manufacturing and dealing with the objects for general use; management of toxic products; air quality; sources of ionizing and non-ionizing radiation; implements and supervises the disinfection, insect and rat control procedures; participates in the National Action Plan of Environmental Health in Croatia.

Admission requirements:

high school graduates and admission test achievement.

Study duration:

Full term study curricula take three academic years (or six semesters).

Employment opportunities:

Institutes of public health and other health institutions; companies involved in the carrying out of disinfection, insect and rat control measures; companies dealing with the import, manufacturing, utilisation and transportation of toxic substances; companies that manufacture, transport, store and sell foodstuffs.

Department of Nursing

The study of nursing provides for education and training of a professional medical nurse capable of carrying out independent nursing practice at all health care levels.

Following completion of three-year study curricula the professionals of this specific profile will be able to do the following:

- Perform and organise activities aimed at protection and promotion of health of an individual and of the community.
- Perform and organise activities in the field of nursing and health care of patients at all levels of care.
- Participate in scientific and research activities in the field of nursing care.

As part of regular activities a professional medical nurse is involved in the promotion of quality of life, maintenance of self-respect and human dignity.

Admission requirements:

high school graduates and admission test achievement.

Study duration:

Full term study curricula take three academic years (or six semesters).

Employment opportunities:

health institutions of all health care levels (out-patient clinics, counselling services, hospitals, in-patient clinics, health and research institutions, public health institutions, etc); social welfare institutions; educational institutions.

Prilog 6.: Program rada stručnog skupa

11.05.2005. SRIJEDA

17,30 – 19,30 Prijava sudionika

12.05.2005. ČETVRTAK

08,30 – 09,30 Prijava sudionika

09,30 – 10,30 Svečano otvaranje konferencije

10,30 – 11,30 *Koktel dobrodošlice*

11,30 – 11,50 Proces profesionalizacije sestrinstva u Hrvatskoj
Dragica Šimunec, vms

11,50 – 12,10 Što je to profesija?

Doc.dr.sc.Gordana Cerjan - Letica

12,10 – 12,30 Uloga obrazovanja u profesionalizaciji sestrinstva
Prof.dr.sc. Mladen Havelka

12,30 – 15,00 *Ručak*

15,00 – 15,30 Zakonski propisi koji utječu na zakonski status sestrinstva
kao djelatnosti u RH
Miroslav Radić, dipl.iur.

15,30 – 17,00 Plenarna rasprava

20,30 Svečana večera - Dan sestrinstva

13. 05. 2005. PETAK

09,00 – 09,20 Sestrinstvo u Nizozemskoj
Oscar De Miranda, NSPOH Neaderlends

09,20 – 09,40 Kako se razvijalo sestrinstvo u Irskoj
Thomas Kearns, Irish Nursing Board

09,40 – 10,20 *Pauza*

10,20 – 10,40 Organizacija sestrinske službe pri KBC-Zagreb
Marija Orlić - Šumić, vms, pomoćnik ravnatelja KBC-zagreb

10,40 – 12,00 Prikaz sustava organizacije sestrinske službe Županijskog
doma zdravlja Splitsko – dalmatinske županije
Jadranka Vetma, pomoćnik ravnatelja DZ

12,00 – 14,00 *Ručak*

14,00 – 15,30 Okrugli stol i zaključci

15,30 *Zatvaranje konferencije*

16,00 Podjela potvrdnica

14.05.2005. SUBOTA

09,00 *Cjelodnevni izlet u Veneciju*

Zahvaljujemo se svima koji su na bilo koji način dali svoj doprinos u organizaciji konferencije, a posebno:

Alcaloid
Aleksandar Radenović
Basler osiguranje d.d.
Bauerfeind d.o.o.
Biofarm d.o.o.
Doc. dr. sc. Bojan Biočina
Bratuša Zinka, vms
Chromos d.d.
Foto Soft, Zagreb
Franck d.d., Zagreb
Grand hotel «Adratic», Opatija
Hrvatska turistička zajednica
Hypo banka , Zagreb
INA d.d.
Jasminka Blaha
Kadulja A. M. d.o.o.
KRAŠ d.d.
Milsing d.o.o.
Papirna konfekcija Branko Jagić - Sesvete
Simbex d.o.o., Zagreb
Školska Knjiga d.d, Zagreb
Uriho d.o.o.
Vivera d.o.o.
Vlasta Šiprak, vms
Zvijezda d.o.o.

ORGANIZACIJSKI ODBOR

IZDAVAČ

Zdravstveno veleučilište

Zagreb, 2005

UREDNIŠTVO

ORGANIZACIJSKI ODBOR

TISAK

Papirna konfekcija Branko Jagić - Sesvete



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



savjeti i pomagala pri inkontinenciji



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



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



FRUCTAL
u suradnji s prirodom