

ZDRAVSTVENO VELEUČILIŠTE

"SESTRINSTVO SIGURNOST I PRAVA PACIJENTA"

ZBORNİK RADOVA

Opatija
18. - 20. svibnja 2006.

IZDAVAČ

Zdravstveno veleučilište

Zagreb, 2006

UREDNIŠTVO

ORGANIZACIJSKI ODBOR

TISAK

Foto Soft, Zagreb

SADRŽAJ

PREDGOVOR	1
SESTRINSKO OBRAZOVANJE, SIGURNOST I PRAVA PACIJENATA; <i>Mr.sc. Biserka Sedić</i>	3
SIGURNOST PACIJENTA U SUVREMENOJ ZDRAVSTVENOJ NJEZI; <i>Snježana Čukljek, prof</i>	7
<i>PRAVO NA SIGURNU PSIHOLOŠKU OKOLINU;</i> Prof.dr.sc. Mladen Havelka; mr. sc. Damir Lučanin	11
PRAVA PACIJENATA - RAZVOJ, STANJE, PERSPEKTIVE; <i>Doc. dr. sc. Sanja Babić-Bosanac</i>	13
PRAVA PACIJENATA I PARTNERSKI ODNOSI U SUSTAVU ZDRAVSTVA; <i>Mr.sc. Đula Rušinović-Sunara, dr.med.</i>	25
ZAŠTO JE MEDICINSKIM SESTRAMA POTREBAN ZNAKOVNI JEZIK; <i>Prof.dr.sc. Ivan Šegota</i>	39
DUŽNOSTI I ODGOVORNOSTI MEDICINSKIH SESTARA; <i>Miroslav Radić, dipl. iur</i>	41
PRIZADEVANJA ZA ZMANJŠEVANJE NASILJA NAD PACIENTI; <i>Mag. Marija Zaletel</i>	51
CJELOŽIVOTNO OBRAZOVANJE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI; <i>Mr. sc. Danica Železnik, prof. zdr. njege</i>	53
PRAVA PACIJENATA U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU BOSNE I HERCEGOVINE; <i>Olivera Perić, diplomirana medicinska sestra</i>	59
OBIM EDUKACIJE IZ PRAVA I BEZBIJEDNOSTI PACIJENATA NA VISOKOJ ZDRAVSTVENOJ ŠKOLI UNIVERZITETA U SARAJEVU; <i>Rudić Aida; Berbić-Fazlagić Jasmina; Jusupović Fatima; Spasojević Nada; Mačak Amra</i>	61
Radionica 1 – Prava pacijenta	65
PRAVA BOLESNIKA I NJIHOVE OBVEZE; <i>Benceković Željka vms; Benko Irena, vms</i>	67
PRAVA PACIJENATA; <i>Boris Majetić</i>	69
Radionica 2 – Sigurnost pacijenta i specifični modeli stvaranja sigurne okoline za pojedine grupe studenta	79
SIGURNOST TRANSFUZIJSKOG POSTUPKA U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA; <i>Jasmina Šaranja, ms; Dijana Babić, vms</i>	81
KONTROLA BOLNIČKIH INFEKCIJA UZROKOVANIH MULTIREZISTENTNIM MIKROORGANIZMIMA I SIGURNOST PACIJENTA; <i>Mihaela Kranjčević-Ščurić, vms</i>	83
SIGURNOST BOLESNIKA U BOLNICI – STRATEGIJA PREVENCIJE I MANAGMENTA PADA BOLESNIKA U ZDRAVSTVENOJ USTANOVI; <i>Dijana Žuljević, Jasminka Adžija;, Milena Fiket</i>	85
SIGURNOST DJECE U BOLNICI; <i>K. Šešo, J Mikulić, M. Ćićak Novak</i>	87
SIGURNOST PACIJENTA; <i>Ljubica Čolakovac, ms</i>	89
PROJEKT »E – MEDICA«; <i>Edin Kadić, prof.</i>	91

Poštovani,

Dolaskom na konferenciju medicinskih sestara u organizaciji Zdravstvenog veleučilišta, učiniti ćete nam izuzetnu čast.

U nastojanju da budemo aktualni, ovogodišnja tema konferencije posvećena je sigurnosti i pravima pacijenata koji trenutno predstavljaju glavna pitanja u kreiranju zdravstvene politike, kako u našoj zemlji tako i u zemljama Europske unije. Svjedoci smo činjenici da se posljednjih godina tradicionalno paternalistički odnos između zdravstvenih profesionalaca i pacijenta, preobražava se u odnos partnerske komunikacije i suodlučivanja. Ključni instrument u tom području, Deklaracija o promicanju prava pacijenata u Europi Svjetske zdravstvene organizacije iz 1996., potvrđuje prava pacijenata kao što su: pravo na zdravstvenu skrb, pravo na dostojanstven postupak, pravo na informaciju, pravo na obaviješteni pristanak, pravo odbijanja tretmana, pravo na slobodu izbora liječnika, pravo na sudjelovanje u odlučivanju u zdravstvenoj skrbi, pravo na žalbu, pravo na dostojanstveno umiranje, itd. Sestrinstvo kao važan segment zdravstvenog sustava mora biti itekako upućen u prava pacijenata kako bi se stvorila okolina u kojoj se bolesnik osjeća sigurnim čime se ubrzava proces ozdravljenja.

Konferencije u organizaciji Zdravstvenog veleučilišta svojevrsna su smotra stručnih postignuća, mjesto razmjene ideja i iskustava s gostima iz inozemstva te dogovor za daljnje djelovanje.

U tom ozračju očekujemo da nam vrijeme provedeno i na ovoj konferenciji bude od stručne koristi na dobrobit naših pacijenata.

Predsjednica stručnog odbora konferencije

Mr. sc. Biserka Sedić

SESTRINSKO OBRAZOVANJE, SIGURNOST I PRAVA PACIJENATA

Mr.sc. Biserka Sedić

Posljednja dva desetljeća prošlog stoljeća obilježena su nastojanjima za promjenama u obrazovanju medicinskih sestara. Naime, suvremeni razvoj znanosti, visoke tehnologije, migracije i starenje stanovništva te veliki porast stanovnika u gradovima, promijenili su način života čovjeka i istovremeno utjecali na zdravlje i zdravstveno stanje i cjelokupni ustroj zdravstvenog sustava, što je nametnulo potrebu novih sadržaja u nastavnim planovima i programima za izobrazbu medicinskih sestara. Usporedo s tehnologizacijom i medikalizacijom zdravstva uočava se potreba za dodatnom edukacijom svih kadrova u zdravstvu pri čemu se sestrinstvo razvija kao disciplina s visoko kvalificiranim zadaćama vezanim za skrb koje se obavljaju usporedo s zadaćama ostalih članova multidisciplinarnog tima.

Dodatne promjene nastale u obrazovnom planu i programu proistekle su iz dokumenata (Bolonjska deklaracija) kojima se iskazuje spremnost za usklađivanjem visokog obrazovanja u Europi čiji je potpisnik Vlada Republike Hrvatske. Bolonjska deklaracija je skup općih pravila koja moraju potaknuti Bolonjski proces, tj. proces postupnog i uzajamnog usklađivanja sustava visokog obrazovanja u Europi.

Ciljevi tako strukturiranog obrazovnog sustava su:

- Prihvatanje sustava lako prepoznatljivih i usporedivih akademskih stupnjeva
- Prihvatanje sustava osnovanog na dva obrazovna ciklusa – dodiplomskog i postdiplomskog
- Uvođenje bodovnog sustava (ECTS)
- Promicanje mobilnosti nastavnika i studenata
- Promicanje europske suradnje u razvoju
- Promicanje europske dimenzije u razvoju nastavnih programa

Bolonjski model je od ove akademske godine unio značajne novosti i u obrazovanju medicinskih sestara. Jedna od novosti je da više nema dugogodišnje niže razine visokog obrazovanja pod nazivom „viša stručna sprema“ već se nakon prvog trogodišnjeg ciklusa stječe stupanj bakalaureata (prvostupništva), odnosno prvi stupanj visoke stručne spreme. Nadalje, medicinskim sestrama – prvostupnicama, otvorena je mogućnost nastavka studija i trenutno su na Zdravstvenom veleučilištu upisani prvi studenti na specijalističkom studiju „Menadžment u sestrinstvu“. Studenti upisani u ovoj akademskoj godini na prvu godinu stručnog studija sestrinstva predstavljaju prvu generaciju studenata novih, europskim standardima prilagođenih nastavnih planova i programa kojima će stečene kvalifikacije omogućiti zapošljavanje na području cijele ujedinjene Europe.

Globalni ciljevi ovako strukturiranog obrazovnog plana i programa su:

- Osposobiti medicinske sestre za uključivanje na sve razine zdravstvene zaštite – što znači da moraju usvojiti određena znanja, vještine i stavove
- Osposobiti ih za trajno (samo)obrazovanje i stručno napredovanje – što znači da tijekom školovanja i u praksi moraju razviti potrebu za stalnim učenjem i naučiti ih tražiti nova znanja
- Socijalizirati ih u profesiju – što znači da se moraju osjećati medicinskim sestrama, doživjeti to kao životni poziv i usvojiti određeni sustav vrijednosti.

Na studiju sestrinstva pri Zdravstvenom veleučilištu usvojen je stav da tijekom studija nije dovoljno usvojiti pojedina znanja i vještine, već i određene, za profesiju karakteristične navike, stavove i način razmišljanja. M. Oakeshort (1989) kaže kako *“edukacija nije stjecanje zaliha pripremljenih ideja, slika, mišljenja, vjerovanja, itd.; to je učenje kako gledati, slušati, misliti, osjećati, zamišljati, vjerovati, razumijevati, birati i željeti”*.

Funkcije sestre izravno proizlaze iz uloge koju sestrinstvo ima u društvu. Te su funkcije stalne, bez obzira gdje se skrb pruža (radno mjesto, škola, kuća, zatvor, logor, bolnica, dom zdravlja i sl.) bez obzira na zdravstveni status pojedinca ili skupine i bez obzira na dostupna sredstva i druge čimbenike. Te se funkcije ogledaju u zakonskim propisima koji reguliraju sestrinstvo u pojedinim zemljama Europe i Republici Hrvatskoj (Zakon o sestrinstvu RH, 2003.).

Iz zakona proizlaze četiri glavne funkcije sestre:

- Pružanje i organiziranje sestrinske skrbi - procjena potreba za skrbi i utvrđivanje potrebnih i raspoloživih sredstava za pružanjem skrbi, planiranje i pružanje skrbi, vođenje dokumentacije
- Poučavanje pacijenata i zdravstvenog osoblja – utvrđivanje znanja i vještina, priprema i primjereno pružanje potrebnih informacija, organiziranje i sudjelovanje u zdravstveno obrazovnim i stručnim aktivnostima, primjena prihvaćenih i primjerenih kulturalnih, etičkih i stručnih standarda
- Aktivno sudjelovanje u radu timova zdravstvene zaštite – suradnja s pojedincima, obiteljima i zajednicom, vođenje timova za pružanje sestrinske skrbi, dodjela i raspoređivanje poslova iz domene sestrinske skrbi, pregovaranje o sudjelovanju korisnika skrbi, suradnja s drugim članovima tima i drugim stručnjacima, aktivno sudjelovanje u izradi politike, planiranju programa, određivanju prioriteta, razvitku i raspodjeli sredstava unutar pojedine ustanove
- Razvijanje sestrinske prakse kroz kritičko razmišljanje i istraživanja – kreiranje i uvođenje novih načina rada, utvrditi područja istraživanja i sudjelovanje u istraživanju uz primjenu prihvaćenih i odgovarajućih kulturnih, etičkih i stručnih standarda.

S obzirom na navedene funkcije i odgovornosti, Preporuke Europske konferencije o sestrinstvu (Beč, 1988) uključuju i sljedeće: *Kandidati za studij sestrinstva moraju imati završeno puno srednje obrazovanje (što može*

biti različito od zemlje do zemlje) i udovoljiti uvjetima za upis koji odgovaraju onima što se zahtijevaju od kandidata za sveučilišne ili stručne studije na drugim visokim učilištima.

„Pravo na zdravlje“ pojam koji je nastao u 20. stoljeću, bio je usredotočen prvenstveno prema pojedinim grupama u populaciji ili prema pojedinim bolestima. 80-tih godina prošlog stoljeća pojavljuje se novi pristup zaštiti zdravlja gdje se odgovornost za zdravlje proširuje sa zdravstvenih stručnjaka i na stručnjake s drugih područja (gospodarstvo, politika, ekologija, biologija, tehnologija i dr.). Posljednjih godina se tradicionalno paternalistički odnos pacijenta i zdravstvene struke preobražava u odnos partnerske komunikacije i suodlučivanja. Da bi sestrinstvo moglo participirati u novonastalim situacijama bilo je nužno ugraditi nove sadržaje u nastavne planove i programe. Sigurnost i prava pacijenata pojmovi su koji se ne uče u određenom kolegiju već cijeli nastavni plan kao i metode podučavanja moraju biti usmjerene postizanju toga cilja. Naime predmeti Zdravstvene njege koji čine gotovo pola nastavnog plana integriraju u sebi i znanja usvojena unutar kliničkih predmeta, psihološke grupe predmeta, komunikacijskih vještina, sociologije, socijalnog i zdravstvenog osiguranja, zdravstvenog odgoja itd.. Deklaracija o promicanju prava pacijenata u Europi Svjetske zdravstvene organizacije iz 1996. i Zakon o zaštiti prava pacijenata u Republici Hrvatskoj iz 2004. potvrđuju sljedeća prava pacijenata:

- Pravo na zdravstvenu skrb
- Pravo na dostojanstven postupak
- Pravo na informaciju
- Pravo na obaviješteni pristanak
- Pravo odbijanja tretmana
- Pravo na slobodu izbora liječnika
- Pravo na sudjelovanje u odlučivanju u zdravstvenoj skrbi
- Pravo na žalbu
- Pravo na dostojanstveno umiranje, itd

Uloga sestre u ostvarivanju svih navedenih prava najuočljivija je u vrednotama što podupiru sestrinstvo, a uključuju:

- Poznavanje i poštivanje osobnosti svakog pojedinca,
- Prihvatanje ljudi kao složenih bića (holistički pristup)
- Preuzimanje uloge svojevrsnog advokata, odnosno zagovornika prava pacijenata.

Dakle, svaka sestrinska intervencija mora se temeljiti na navedenim vrednotama.

Sigurnost pacijenata ne uključuje samo brigu za fizički integritet, ona u sebi sadrži brojne elemente kao što su:

- Razina znanja – pacijent je siguran jer sestra zna što radi, koji su očekivani ishodi i moguće posljedice provedene intervencije
- Osobine sestre – empatija, iskrenost, brižnost, poštovanje
- Komunikacijske vještine – primjena različitih metoda i tehnika savjetovanja koje ovise o problemu pacijenta i teorijskom orijentacijom savjetovatelja

- Umijeće pomaganja – pomoć pacijentima da sagledaju svoju situaciju, razmotre moguća rješenja i sudjeluju u donošenju odluka

Sestrinska je praksa sve više utemeljena na znanju zahvaljujući razvitku sestrinskih teorija i istraživanjima. Suradnja među sestrama osnova je za ubrzanje razvitka sestrinstva budući da još postoje velike razlike u pojedinim granama sestrinstva i sestrinstva u pojedinim zemljama. kroz različita vremenska razdoblja sestre su obavljale (i još to ponegdje rade) posao liječnika i dijetetičara, radnog terapeuta, administratora i sl. što stvara nedefiniranu sliku njihova jedinstvenog doprinosa, kako u fizičkoj skrbi tako i u brizi za sigurnost i zaštitu prava pacijenata. Kao što je Florence Nightingale prepoznala, nužno je stalno naglašavati kako je bit sestrinstva skrb o pojedincu, a ne samo o njegovim medicinskim problemima:

Važnije je poznavati osobu koja boluje od neke bolesti negoli bolest od koje boluje.

Florence Nightingale

SIGURNOST PACIJENTA U SUVREMENOJ ZDRAVSTVENOJ NJEZI

Snježana Čukljek, prof

S primjenom prvih postupaka njegovanja, još u pretpovijesno doba, velika pažnja se posvećivala sigurnosti oboljelog pri liječenju. Pojedini postupci njegovanja napuštali bi se nakon što su doveli do štetnih posljedica kod pacijenata. Hipokrat navodi da ne smijemo škoditi pacijentu, brojne teoretičarke zdravstvene njege poput Florence Nightingale,* Virginie Henderon, Nancy Rooper naglašavaju važnost osiguravanja sigurnosti pacijenta.

Posljednjih godina osiguravanje sigurnosti pacijenata sve više se prepoznaje kao dužnost zdravstvenih djelatnika i zdravstvenih institucija. Osiguravanje sigurnosti pacijenata ima brojne aspekte, medicinske sestre često nisu niti svjesne svih aspekata osiguravanja sigurne skrbi pacijentu i svoje uloge pri tome. Međunarodni savjet sestara kao jednu od ključnih uloga medicinskih sestra navodi osiguravanje sigurne okoline i pružanje sigurne zdravstvene njege.

Potreba za sigurnošću jedna je od osnovnih ljudskih potreba (Maslov, Henderson), sve osobe imaju potrebu osjećati se sigurnima. Dolazak u novu i nepoznatu okolinu (zdravstvenu ustanovu), zabrinutost zbog dijagnostičkih i terapijskih postupaka dovodi do straha i osjećaja nesigurnosti kod pacijenta.

Pacijent očekuje da će biti zbrinut na najbolji mogući način, da će doći do poboljšanja njegova stanja. Očekuje da postupci koji se kod njega provode neće dovesti do pogoršanja njegova stanja.

Nažalost tehnologizaciju medicine, suvremene dijagnostičke postupke, operativne zahvate, primjenu brojnih lijekova, brojnost intervencija i interakcija koje se provode kod pojedinog pacijenta prate, ali i povećavaju mogućnost pojave, neželjeni učinci. Također i organizacija zdravstvene njege, prekovremeni rad medicinskih sestra, nedovoljan broj medicinskih sestra, opremljenost zdravstvenih ustanova može utjecati na sigurnost pacijenta.

Upravo stoga brojne svjetske organizacije poput Svjetske zdravstvene organizacije, Međunarodnog savjeta sestara, Svjetskog udruženja liječnika, Međunarodne organizacije farmaceuta pokrenuli su niz akcija usmjerenih očuvanju i unaprjeđenju sigurnosti pacijenta u zdravstvenim ustanovama.

Međunarodni savjet sestara objavio je niz brošura o sigurnosti pacijenta, najčešćim pogreškama koje se javljaju pri pružanju zdravstvene njege i kako ih spriječiti.

Svjetska zdravstvena organizacija provodi niz programa usmjerenih osiguravanju sigurnosti pacijenta. Tijekom 2005. i 2006. godine provodi se program pod nazivom *Čista zdravstvena njega je sigurnija zdravstvena njega*. Program je usmjeren prevenciji bolničkih infekcija budući se bolničke infekcije razvijaju kod 5-10% hospitaliziranih pacijenta u razvijenim zemljama. Procjenjuje se da je broj bolničkih infekcija u zemljama u razvoju 2 do 20 puta veći nego u razvijenim zemljama.

Medicinska sestra zagovornica pacijentovih prava

Medicinska sestra oduvijek je zagovornica prava pacijenta i upravo ona brine da se pacijentu osigura primjerena skrb. Danas u sustavu zdravstva dolazi do brojnih pogrešaka, koje se vezuju uz kompleksnost sustava zdravstvene skrbi i visokosloženu tehnologiju.

Stoga danas još više dolazi do izražaja uloga medicinske sestre pri osiguravanju sigurnosti pacijenta i zaštiti pacijentovih prava.

Niti jedan dio sustava zdravstvene zaštite - bolničke ustanove, dnevne bolnice, domovi zdravlja, ljekarne, domovi umirovljenika, nije imun na pojavu pogrešaka pri zbrinjavanju pacijenta. Globalni cilj postaje sigurna skrb za pacijente.

Sigurnost pacijenta -indikator kvalitete zdravstvene njege

Sigurnost pacijenta je osnova za kvalitetnu zdravstvenu njegu i kvalitetnu skrb. Sigurnost pacijenta se prvenstveno percipira kao odgovornost medicinske sestre. Budući medicinska sestra ima središnju ulogu u sigurnosti pacijenta postoji opasnost da se sve pogreške pripišu medicinskim sestrama, a i ne pogreškama u sustavu. Naprotiv tome istraživanja pokazuju da su upravo medicinske sestre spriječile pojavu velikog broja neželjenih događaja i da one štite pacijenta od nesigurne prakse.

Svaki postupak pri zbrinjavanju pacijenta uključuje određeni stupanj potencijalnog rizika.

Vezano uz sigurnost pacijenta definirani su indikatori kvalitete zdravstvene skrbi, ali i indikatori kvalitete zdravstvene njege. Indikatori u akutnoj bolničkoj skrbi su slijedeći (American nurses association)(1):

- Obrazovanje osoblja koje brine o pacijentima
- Broj sati zdravstvene njege pružene pacijentu tijekom dana
- Broj dekubitusa
- Broj padova pacijenta
- Zadovoljstvo pacijenta s ublažavanjem boli
- Zadovoljstvo pacijenta s provedenom edukacijom
- Zadovoljstvo pacijenta s pruženom zdravstvenom skrbi
- Zadovoljstvo pacijenta s pruženom zdravstvenom njegom
- Broj bolničkih infekcija
- Zadovoljstvo medicinskih sestra

Stvaranje ozračja sigurnosti

Broj pogrešaka koji se svakodnevno događa u zdravstvenim ustanovama je razmjerno velik. Radna grupa za unaprjeđenje kvalitete u Europskim bolnicama procjenjuje da svaki deseti pacijent tijekom boravka u bolnici doživi štetu koja se mogla prevenirati, a vezana je uz zdravstvenu skrb.

Kao najčešće pogreške i neželjeni događaji vezani uz zdravstvenu njegu navode se:

- pogreške pri primjeni lijekova i transfuzija krvi i krvnih derivata
- neispravna oprema, nepravilno rukovanje opremom
- operacija pogrešnog mjesta
- samoubojstva koja su se mogla spriječiti
- padovi
- opekotine
- pogreške pri identificiranju pacijenta.

Nastoji se promijeniti ozračje krivnje u ozračje sigurnosti. U ozračju krivnje medicinska sestra koja je učinila pogrešku proziva se i kažnjava, u ozračju sigurnosti naglasak se stavlja na unaprjeđenje sustava kako bi se smanjila mogućnost pogreške i povećala sigurnost. Nastoje se utvrditi uzroci pogrešaka i smanjiti ih. Npr. uzrok pogrešaka pri primjeni lijekova ne mora biti nemarnost, nepažnja ili samodopadnost već pohranjivanje sličnih lijekova jednog pored drugog, nedostatak infuzijskih pumpi što može dovesti do prebrze primjene lijekova, umorne sestre, manjak zdravstvenog osoblja, ili se infekcije mogu javiti jer nije dostupan pribor za pranje ruku, ili zaštitna odjeća nije dostupna. Kazna može biti prikladna u nekim situacijama no to nije učinkovit način sprječavanja daljnjih pogrešaka.

U ozračju sigurnosti naglasak je na analizi pogreške i nastojanju pronalaženja strategije ili protokola usmjerenih sprječavanju daljnjih pogrešaka.

Unaprjeđenje sigurnosti

Sigurnost pacijenta je prioritet i unaprjeđenje sigurnosti pacijenta obuhvaća brojne postupke. Intervencije se odnose na pomniji odabir i edukaciju zdravstvenih djelatnika, trajnu edukaciju zdravstvenih djelatnika, stvaranje sigurne okoline u zdravstvenim ustanovama, veći nadzor nad kontrolom bolničkih infekcija, sigurnu primjenu lijekova, osiguravanje potrebne i ispravne opreme, sigurnu praksu.

Potrebno je primijeniti široku lepezu intervencija usmjerenih na pacijente i zajednicu, zdravstvene djelatnike, zdravstvene ustanove, ljekarne ali i zdravstvenu politiku države. Sigurnost se može unaprijediti samo ako postoji inicijativa, ali i aktivnost svih sudionika u zdravstvenoj skrbi.

Intervencije usmjerene na pacijente i zajednicu:

- upoznajte zdravstvene djelatnike sa svim lijekovima koje uzimate i o svim bolestima od kojih bolujete
- postavljajte pitanja kako biste bolje razumjeli upute koje Vam daju zdravstveni djelatnici, a vezani su uz Vašu bolest, liječenje, samozbrinjavanje
- preuzmite rezultate pretraga koje ste obavili
- obavijestite nadležne ustanove o pogreškama i neželjenim događajima

Intervencije usmjerene na zdravstvene djelatnike:

- preuzmite aktivnu ulogu u procjeni sigurnosti i procjeni kvalitete zdravstvene njege u praksi
- unaprjeđujte komunikaciju s pacijentima i drugim zdravstvenim djelatnicima
- obavijestite pacijenta o potencijalnom riziku
- izvještavajte nadležne o pojavi pogrešaka i neželjenih događaja
- ojačajte suradnju svih članova tima pri primjeni lijekova

Intervencije usmjerene na zdravstvene ustanove:

- osigurajte dovoljan broj osoblja
- usmjerite se na unaprjeđenje zdravstvene skrbi koju pružate, a ne na optuživanje pojedinaca
- uspostavite rigorozne programe kontrole bolničkih infekcija
- izradite standarde i protokole kako bi izbjegli zbunjenost, rad prema sjećanju
- izbjegavajte lijekove koji su slično pakirani i sličnih naziva

Intervencije usmjerene na zdravstvenu politiku:

- uspostavite državni registar u koji će se unositi pogreške kako bi se one mogle analizirati i učiti iz njih
- promovirajte prijavljivanje pogrešaka
- stavite naglasak na sigurnost u zdravstvenoj skrbi i kontroli kvalitete
- primjenjujte mehanizme koji osiguravaju primjenu sigurnije prakse po analizi pogrešaka preporučite sigurniju praksu, ustrajte na njejoj primjeni i analizirajte njene učinke
- razvijte mehanizme usmjerene na prepoznavanje karakteristika sigurnije prakse i primjenjuje ih kako bi se osigurala kvalitete zdravstvene skrbi.

Potrebno je osvijestiti kompleksnost i rizičnu prirodu moderne zdravstvene zaštite te procijeniti i primijeniti standarde koji osiguravaju najbolju praksu. Neki od koraka koje medicinske sestre mogu primijeniti usmjereni su na sigurniju identifikaciju pacijenta, oprez pri pohrani i primjeni lijekova, prienos i dokumentiranje podataka o pacijentima, višu razinu edukacije pacijenta i članova njihovih obitelji o lijekovima, liječenju postupcima samozbrinjavanja. Iako je to vrlo teško potrebno je priznati pogreške i neželjene događaje nakon što su se dogodili kako bi ih njih učili i povećali stupanj sigurnosti. Kako bi osigurali sigurnu praksu neophodno je izraditi protokole i standarde koji ju osiguravaju.

Medicinska sestra smatra se najodgovornijom osobom u osiguravanju sigurnosti pacijenta. Uzimajući u obzir edukaciju i odgovornost medicinskih sestara one tu ulogu mogu i preuzeti.

PRAVO NA SIGURNU PSIHOLOŠKU OKOLINU

Prof. dr. sc. Mladen Havelka; mr. sc. Damir Lučanin

Istaknuti teoretičar s područja psihologije motivacije Abraham Maslow smatra da postoji pet ljudskih potreba, koje su u hijerarhijskom odnosu i koje objašnjavaju motive ponašanja ljudi. Hijerarhijska priroda Maslowljevog modela odražava se u tome da one potrebe koje su niže u nizu imaju veću važnost za određenje čovjekovog ponašanja, odnosno potrebe koje su niže u nizu imaju veći prioritet u zadovoljavanju. Tako na primjer, kada smo bolesni nećemo poklanjati puno pozornosti na to što drugi misle o nama, nego će nam glavna briga biti ozdravljenje. Po njegovom modelu najniže su fiziološke potrebe (zdravlje, hrana, spavanje i sl.) dok su odmah iznad njih potrebe za sigurnošću. Možemo uočiti kako potreba za sigurnošću podrazumijeva potrebu zaštite osobnog integriteta i zaštitu od mogućeg ugrožavanja zdravlja ili narušavanja osobne dobrobiti. Potreba za sigurnošću tako uključuje tjelesnu kao i psihološku sigurnost.

Psihološka sigurnost upućuje na potrebu za osjećajem zaštićenosti i doživljaj vlastite sposobnosti zaštite od mogućih štetnih posljedica u nekim okolnostima.

Prema tome sigurnost pacijenta obrnuto je proporcionalna količini rizika za njegov tjelesni i psihički integritet, a subjektivni doživljaj sigurnosti odražava stupanj njegove percepcije količine takvog rizika. Jednako tako može se reći da je doživljaj sigurnosti pacijenta gotovo proporcionalan njegovom zadovoljstvu zdravstvenim tretmanom, no vrijedi i obrnuto što se pacijent osjeća sigurnijim to će i njegovo zadovoljstvo liječenjem biti veće.

Osnovna odgovornost onih koji provode zdravstvenu skrb je sigurnost pacijenta, a uključuje razumijevanje rizika, prihvaćanje odgovornosti za učinjene štetne posljedice i ulaganje napora za sprečavanje štetnih posljedica. Svi zaposlenici kao i članovi uprave obavezni su sudjelovati u procesu trajnog unapređenja sigurnosti pacijenata.

U cilju unapređenja sigurnosti pacijenta sve bolnice i druge zdravstvene organizacije i ustanove trebaju uspostaviti program stalnog unapređenja sigurnosti pacijenata, kao proces razvoja kulture sigurnosti u aktivnostima povezanim uz skrb i liječenje pacijenta i to na svim razinama, od osoba koje neposredno provode skrb i liječenje do rukovodećih struktura.

Jedan od najvažnijih koraka na unapređenju sigurnost je izbjegavanje pogrešaka u radu s pacijentom za što je izuzetno važno uspostavljanje standardizacije (utvrđivanje standardnih postupaka) u procesu skrbi i liječenju. Standardi su značajni činilac u smanjenju mogućih pogrešaka tijekom zdravstvene skrbi i medicinskih tretmana, istovremeno su važna pretpostavka za unapređenje kvalitete skrbi. Standardi mogu biti potaknuti i uspostavljeni iz različitih izvora (od vladinih od nevladinih organizacija), a njihovo uspostavljanje većinom će rezultirati unapređenjem kvalitete zdravstvene skrbi te pridonijeti dobrobiti pacijenata.

S pozicije korisnika zdravstvenih usluga, svaki postupak u odnosu na njega i osobe u njegovoj okolini utječu na doživljaj sigurnosti ili ugroženosti, a istovremeno određuju percepciju i svojevrsnu mjeru kvalitete zdravstvene skrbi. U tom smislu pacijentima je osim sadržaja i djelotvornosti postupaka skrbi i liječenja svakako značajno koliko imaju informacija i koliko sudjeluju u odlučivanju o vlastitom liječenju.

PRAVA PACIJENATA - RAZVOJ, STANJE, PERSPEKTIVE

Doc. dr. sc. Sanja Babić-Bosanac

Uvod

Koncept prava pacijenata koji se javlja početkom 1970-tih godina u zapadnoeuropskim državama (poglavito nordijskim) i SAD-u doživio je u posljednja tri desetljeća impresivan zamah. Prva faza u razvoju tog koncepta, koju pokrivaju «rane» istraživačke studije (*Leenen, H.J.J., Pinet, G., Prims, A. V. 1986 Trends in health legislation in Europe, MASSON*), fokusirana je na teorijsku eksplanaciju prava pacijenata u sklopu ljudskih prava, ali s naglaskom na socijalnima aspektima zdravstvene zaštite u kojemu dominira pravo na zdravstvenu zaštitu. Drugu fazu razvoja koncepta prava pacijenata karakterizira više trendova:

a) jačanje interesa za problematiku prava pacijenata kako opće javnosti, udruženja pacijenata odnosno potrošača, zdravstvenih profesionalaca i političara, tako i akademske zajednice što potvrđuju brojni članci, studije i monografije (*Meterko M. et ali. Patient judgments of hospital quality, Medical Care 1990; Leenen, H..J.J. 1994 The rights of patients in Europe. European Journal of Health Law, 1; 5-13.; Leenen, H, Gevers, S., Pinet, G. 1993 The Rights of Patients in Europe, Deventer-Boston; Kluwer Law and Taxation Publishers.*);

b) razvoj novih prava pacijenata (npr. zaštu osobnih podataka u medicinskim bazama podataka, pravo na drugo mišljenje itd.);

c) postavljanje međunarodnopravnih standarda u sferi zaštite i unapređenja prava pacijenata (Deklaracija o unapređenju prava pacijenata u Europi, Ljubljanska deklaracija o reformi zdravstvene zaštite, Konvencija o biomedicini i ljudskim pravima itd),

d) reguliranje prava pacijenata u nacionalnim okvirima putem posebnih zakona (*Finska 1992, Nizozemska 1994, Grčka, Portugal 1997, Danska 1998, Belgija i Francuska 2002, itd*), kao dijela općeg zakona o zdravstvenoj zaštiti pa do zakonske regulative koja uključuje posebne skupine pacijenata;

e) praćenja provedbe regulative o pravima pacijenata s prijedlozima za unapređenje položaja pacijenata (*Patients Rights and Citizens Empowerment: through Vision to Reality, WHO Regional Office for Europe, Nordic Council of Ministers, Nordic School of Public Health, Copenhagen, 1999., Patients Rights in Europe: a Citizens Report, 2005*)

Trendu ozakonjenja prava pacijenata priključila se i Hrvatska 2004. godine donošenjem Zakona o zaštiti prava pacijenata («*Narodne novine*» br. 169/04.). Prava pacijenata, međutim, ne egzistiraju u vakuumu (*Patients rights in Europe today, The European Ombudsman Speech, Harvard Medical International Conference, Chalandri-Athens, 2005*). Pitanje koje se nameće glasi: kako taj Zakon i drugu regulativu implementirati u stvarni život?

2. Prava pacijenata

Za razliku od prava na zdravlje koje po svojoj prirodi spada u kategoriju tzv. socijalno-ekonomskih ljudskih prava što će reći da je njegova realizacija u direktnoj mjeri s ekonomskim potencijalima konkretne društvene zajednice, koncept "prava pacijenata" temelji se na doktrini osobnih ljudskih prava. Ta prava koja obuhvaćaju pravo na život, pravo na slobodu, na poštivanje ljudskog dostojanstva, na tjelesni i psihički integritet te pravo na privatnost pripadaju svakoj osobi već samim činom što je rođena kao ljudsko biće. Ona imaju za cilj zaštititi osobnu slobodu i privatnu sferu pojedinca od države, društva i drugih osoba. Po svom karakteru osobna prava su apsolutna što znači da mogu biti ograničena samo jednakim slobodama i pravima drugih pojedinaca ili nekim drugim interesom, u pravilu javnim, koji je pretežniji, ali izuzetno, s krajnjim oprezom, restriktivno i na temelju zakonom utvrđenih razloga (*Šeparović Z. 19H5:25, Granice rizika*). Distincija između prava na zdravlje i prava pacijenata ogleda se i tome što je prvo pravo pozitivno određeno te zahtijeva aktivnost na strani društva u omogućavanju njegove realizacije, dok su prava pacijenata negativno određena u smislu zabrane, odnosno suzdržavanje od zadiranja u njih.

Transponirana u polje medicine i zdravstvene zaštite osobna ljudska prava javljaju se, dakle, pod nazivom **prava pacijenata**. Ona obuhvaćaju, prije svega, pravo na samoodređenje, prvo na informaciju, pravo na povjerljivost i privatnost, pravo na žalbu/pritužbu, ali i niz drugih iz njih izvedenih ili kasnije definiranih prava (npr. zaštu osobnih podataka u medicinskim bazama podataka, pravo na drugo mišljenje itd.).

Prava pacijenata ulaze u fokus javnog interesa suvremenih demokratskih društava iz više razloga:

- a. suvremeni medicinski tretman, uslijed snažnog razvoja medicinske znanosti i tehnologije, zadire sve dublje u ljudsko tijelo i um dovodeći time u pitanje fizički i psihički integritet pacijenta. Upravo zbog ovisnosti o sofisticiranoj medicinskoj tehnologiji i terapijskim metodama te zdravstvenom sustavu u globalu, pacijenti moraju biti sigurni da će njihova prava biti zaštićena;
- b. ljudska prava u društvu sve se više cijene što se, također, osjeća i u zdravstvu gdje su prava pacijenata podložna zlouporabi. Ne zbog toga što su davatelji zdravstvenih usluga naklonjeni kršenju prava pacijenata, već sloga što se pojedinac u zdravstveno-zaštitnom procesu lako svede na *slučaj le* zbog toga stoje položaj pacijenta zbog eventualne bolesti, nesigurnosti i straha koji iz toga proizlazi - vrlo slab. U takvoj situaciji pojedinci kao pacijenti moraju biti zaštićeni;
- c. medicina je poslala velika i birokratizirana institucija u kojoj osobni kontakti imaju tendenciju pogoršanja, što se reflektira i na osobna prava pacijenata. Kombinacija invazivnog, sofisticiranog i birokratskog sustava zdravstvene zaštite, na jednoj strani, te ovisnog pacijenta, na drugoj, predstavlja svu paradoksalnost zdravstvene zaštite, jer se pacijent mora štititi od sustava čije je jedino opravdanje interes pacijenta (Leenen,

1992: 6). Koncept prava pacijenata pridonosi umanjeњу ovog paradoksa.

2.1. Normativno uporište i druge aktivnosti koje su od značaja za prava pacijenata

2.1.1. Međunarodni dokumenti

Za razvoj prava pacijenata (u smislu civilizacijskih međunarodnopravnih standarda koja je nužno implementirati u nacionalna zakonodavstva) veliku važnost imaju odredbe i načela međunarodnih dokumenata koje se direktno ili indirektno odnose (i) na prava pacijenata:

- *Opća deklaracije o ljudskim pravima* (1948): članak 3. (pravo na život, slobodu i osobnu sigurnost), članak 5. (okrutan, nehuman ili degradirajući postupak), članak 9. (samovoljno uhićenje/lišenje slobode), članak 12. (privatnost) i članak 18. (sloboda savjesti).

- *Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima* (1966): članak 6. (pravo na život), članak 7. (okrutan, nehuman ili degradirajući postupak te zabranu medicinskog eksperimenta bez slobodnog pristanka osobe), članak 9. (sloboda i osobna sigurnost), članak 17. (privatnost) i članak 18. (sloboda savjesti).

- *Europska Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda* Vijeća Europe (1950): članak 1.(pravo na život), članak 3. (nehuman ili degradirajući postupak), članak 5. (pravo na slobodu i osobnu sigurnost) te članak 8. (pravo na privatnost).

- *Povelja o temeljnim pravima* E"7(2000): nepovredivost ljudskog dostojanstva (članak 1.); pravo na život (članak 2.); pravo na osobni integritet (članak 3.); pravo na sigurnost (članak 6.) te pravo na zaštitu osobnih podataka (članak 7.).

2.1.2. Deklaracije, rezolucije, preporuke i smjernice o pravima pacijenata od strane međunarodnih grupa, odnosno uduga te javnih međunarodnih organizacija.

- u skupinu prvih ulaze: Helsinška deklaracija o biomedicinskim istraživanjima na ljudima (1975), Deklaracija o pravima pacijenata (1981), Deklaracija o ljudskim pravima (1990) Svjetskog liječničkog udruženja; Povelja o pravima pacijenata u bolnicama (1979) Bolničkog odbora EEC te Povelja o pravima pacijenata (1975) Američke bolničke udruge (American Hospital Association), itd.

- u skupinu drugih ulazi: Europska deklaracija o unapređenju prava pacijenata (1994), ljubljanska povelja o reformi zdravstvene zaštite (1996) i Džakartska deklaracija o unapređenju zdravlja u 21. stoljeću koje je donijela Svjetska zdravstvena organizacija te Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini (1997) i Preporuka za razvoj institucija za sudjelovanje građana i

pacijenata u procesu odlučivanja u zdravstvenoj zaštiti (Rec/(2000/5) Vijeća Europe.

2.1.3. Ustavne odredbe o pravu na slobodu, ljudsko dostojanstvo, fizički i psihički integritet, privatnost, odštetu, ali i druge odredbe i načela kojima se jamče osobna prava građana osnov su za legalnu zaštitu prava pacijenata u većem dijelu svijeta. Tako izvedena prava mogu se sudski zaštititi u okviru građanskog i kaznenog zakonodavstva.

2.1.4. Posebni zakoni o pravima pacijenata (Finska 1992, Nizozemska 1994, Grčka, Portugal 1997, Danska 1998, Belgija i Francuska 2002, itd .)

2.1.5. Prava pacijenata kao sastavni dio zdravstvenog zakonodavstva (npr. Slovenija i donedavno Hrvatska).

2.1.6. Prava pacijenata kao dio zakona kojima se uređuje neka specifična problematika: npr. zakona o zaštiti privatnosti, zakona o transplantaciji organa, zakona kojima se štite posebne skupine osoba, odnosno pacijenata u medicinskim postupcima (npr. zakoni o prisilnoj hospitalizaciji duševno oboljelih osoba).

2.1.7. Jednostrani profesionalni kodeksi ili normativi akti donijeti od stane strukovnih medicinskih/zdravstvenih (primjerice, Kodeks medicinske etike Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog zbora iz 1996., Pravilnik o pravima i odgovornosti članova Hrvatske liječničke komore iz 1998. itd.) te sporazumi između udruženja pacijenata i zdravstvenih profesionalaca (npr. Nizozemska).

2.1.8. Normativne inicijative i projekti građanskih udruga - pacijenata, potrošača, korisnika i si. (npr. *Europsku povelja o pravima pacijenata* donijeta u Rimu 2002. od strane mreže građanskih udruga koje djeluju na prostoru Eurpske Unije za koju se smatra da će snažno pridonijeti harmonizaciji prava pacijenata u Europi).

3. Kraći pregled osnovnih, tzv. «klasičnih» prava pacijenata

3.1. Pravo na informaciju

Pacijent ima pravo na cjelovitu informaciju o svom zdravstvenom statusu temeljenu na utvrđenim medicinskim činenicama, mogućim postupcima liječenja i rizicima koja ona nose te o dijagnozi i prognozi liječenja. Informacija mora biti dana na način koji odgovara pacijentovoj sposobnosti razumijevanja, uz minimalnu uporabu specifične stručne terminologije. Na izričiti zahjev pacijent ima pravo biti neinformiran, odnosno odlučiti hoće li tko drugi umjesto njega biti informiran. Informacija se može uskratiti (zatajiti) samo u slučaju ukoliko bi ona izazvala oziljan rizik za život ili zdravlje pacijenta.

3.2. Pravo na pristanak

Pristanak pacijenta, kao izraz njegove slobodne volje (prava na samoodređenje), preduvjet je za svaki medicinski postupak (dijagnostički, terapijski, operacijski, rehabilitacijski). Pravnovaljan je, međutim, samo onaj

pristanak koji se temelji na prehodno dobivenoj cjelovitoj informaciji, uz uvjet da ga daje pacijent koji je sposoban shvatiti prethodno mu datu informaciju (tzv. informirani pristanak). Kad je u pitanju dijete, osoba s težim duševnim smetnjama ili se radi o pacijentu koji nije u stanju samostalno odlučiti (npr. zbog nesvjesti i drugih srodnih stanja/razloga), pristanak daje zakonski zastupnik pacijenta (roditelj, skrbnik, najbliži član obitelji). Kad situacija ne dopušta čekanje na pristanak, a medicinski je zahvat hitno potreban zbog ugroženosti pacijentovog života, liječnik donosi samostalno odluku prema načelu pretpostavljenog pristanka. Pristanak pacijenta potreban je i za sudjelovanje u kliničkoj nastavi te znanstvenim istraživanjima. Pravno kompetentni pacijent ima pravo prekinuti ili odbiti predloženi medicinski postupak pri čemu mu moraju biti objašnjene moguće posljedice takve odluke.

3.3.Pravo na povjerljivost i privatnost

Informacije o pacijentovu zdravstvenom stanju, uvjetima liječenja, dijagnozi, prognozi liječenja ne smiju se bez pacijentovog odobrenja povjeriti trećim osobama, osim ukoliko je to zakonom propisano (npr. pojedine zarazne bolesti). Te informacije moraju ostati povjerljive i poslije smrti pacijenta. Podaci koji se odnose na pacijenta moraju biti adekvatno zaštićeni, a isto se odnosi i na uzorke temeljem kojih je moguće identificirati pacijenta.

Pored prava na povjerljivost (koje je jedno od najstarijih pacijentskih prava), pacijent ima pravo i na zaštitu svoje privatnosti. To pravo znači daje zabranjeno uplitati se u pacijentov privatni ili obiteljski život, ali i da se, poštujući njegovu privatnost, medicinski postupci smiju obavljati samo u prisutnosti onih osoba koje su nužne za obavljanje zahvata, osim ukoliko pacijent ne dopusti ili sam zatraži prisustvo drugih osoba.

3.4.Pravo na žalbu

Pacijent koji smatra da u procesu pružanja zdravstvene/medicinske usluge njegova prava nisu poštivana ovlaštenje na žalbu. O ovom pravu, instancama na koje se može obratiti, kao i postupcima koji slijede po žalbi pacijent mora biti informiran. Pacijent ima pravo na odgovor po žalbi koja mora biti riješena u razumnom roku. Za zaštitu svojih prava pacijent može ustati tužbom pred nadležnim sudom te ostvariti odgovarajuću odštetu.

4. Prava pacijenata u Republici Hrvatskoj

U zdravstveno zakonodavstvo bivše Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije (SFRJ) kojoj je Hrvatska pripadala do svog osamostaljenja 1990. godine, unijele su početkom 1980- godina dvije zakonske odredbe o pravima građana kao pacijenata. Prva, prema kojoj se kirurške i druge medicinske intervencije mogu se poduzimati samo uz prethodni pristanak oboljele osobe, i druga prema kojoj su zdravstveni djelatnici dužni Čuvati kao profesionalnu tajnu sve što saznaju o zdravstvenom stanju korisnika zdravstvene zaštite. Iako je tim odredbama bilo formalno ozakonjeno pravo pacijenta na samoodređenje i pravo na povjerljivost ipak u promatranom

razdoblju problematiki prava pacijenata i njihovoj zaštiti, kao osobnim ljudskim pravima, nije posvećivana značajnija pažnja. Jedan od uzroka takvom stanju leži u okolnosti stoje bivša SFRJ imala visokosocijalizirani zdravstveni sustav u kojemu je svom stanovništvu u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja bilo zajamčen vrlo visok standard prava na zdravstvenu zaštitu, kao socijalnog prava, stoje pridonosilo osjećaju zadovoljstva postojećim stanjem od strane građana. Drugi, pak, uzrok zanemarivanja problematike prava pacijenata sadržan je u okolnosti što su u političko-vrijednosnom sustavu bivše SFRJ individualna ljudska prava, kojima po svojoj prirodi pripada i najveći dio prava pacijenata kao i njihova zaštita, imala tek sekundaran, odnosno deklarativni značaj.

4.1. Prava pacijenata u razdoblju od 1990. do 2004.

Nakon osamostaljenja Republike Hrvatske iz sastava SFRJ pristupilo se usklađivanju sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja s novim političkim i gospodarskim ustrojem države, ali i sa standardima za financiranje zdravstvene potrošnje - po uzoru na razvijenije demokratske zapadnoeuropske države. Promjene su rezultirale donošenjem Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju 1993. godine (*oba Zakona: «Narodne novine» br. 75/93*)

U ostvarivanju zdravstvene zaštite, prema odredbama čl. 25. spomenutog Zakona o zdravstvenoj zaštiti svakom je građaninu, kao pacijentu, bio zajamčen sljedeći set prava:

- pravo na točno informiranje i poduku o svim pitanjima koja su se ticala njegovog zdravstvenog stanja;
- pravo na izbor između više mogućih oblika medicinskih intervencija osim u slučaju neodgodive intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje ili izazvalo trajna oštećenje po pacijenta. Umjesto pacijenta koji je nesposoban donijeti ovu odluku za davanje pristanka na medicinsku intervenciju ovlašteni su članovi njegove obitelji ili drugi bliski srodnici, odnosno skrbnik. Pristanak/suglasnost nije nužan ukoliko bi zbog njegovog pribavljanja proteklo vrijeme zbog kojega bi pacijentov život bio ugrožen.
- pravo na odbijanje pregleda i liječenja uključujući i pravo da tijekom liječenja promijeni liječnika primarne zdravstvene zaštite u kojeg je izgubio povjerenje ili zbog drugih razloga koje ne mora šire obrazlagati;
- na odbijanje promatranja, pregleda i liječenje od strane studenata, uključujući pravo na odbijanje svih intervencija koje bi samostalno obavljali zdravstveni djelatnici prije položenog stručnog, odnosno državnog ispita
- pravo na odbijanje da bude "predmet" znanstvenog istraživanja ili bilo kojeg drugog pregleda ili medicinskog tretmana koji ne služi njegovom liječenju - bez svog pristanka;
- pravo na odbijanje kirurške i svake druge medicinske intervencije, ukoliko je pri svjesti i sposoban je za rasuđivanje. U protivnom, suglasnost za ove intervencije daju članovi njegove obitelji, odnosno drugi bliski član obitelji ili skrbnik, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije.
- pravo na povjerljivost svih podataka koji se odnose na stanje njegovog zdravlja:

- pravo na ishranu u skladu sa svojim svjetonazorom te obavljanje vjerskih obreda za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi.

Nadalje, pacijent koji je smatrao da su njegova prava povrijeđena imao je, prema odredbama čl. 26. ovog Zakona, pravo da neposredno ili pisanim putem zatraži od ravnatelja zdravstvene ustanove, odnosno privatnog zdravstvenog djelatnika zaštitu svojih prava, a imenovani su bili dužni bez odgađanja postupiti po prigovoru te ga o poduzetim mjerama obavijestiti pisanim putem -najkasnije u roku od tri dana. Pacijent koji nije bio zadovoljan poduzetim mjerama zaštitu svojih prava mogao je zatražiti kod nadležne komore, ministarstva zdravstva, odnosno kod nadležnog suda.

Trend ozakonjenja prava pacijenata u Hrvatskoj nastavljen je u 1997. godini donošenjem Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (*«Narodne novine» br. 110/97*) kojim se psihijatrijskim pacijentima za trajanja hospitalizacije jamči čak i viša razina zaštite njihovih Ljudskih/pacijentskih prava nego ostalim pacijentima stoje sukladno načelu tzv. pozitivne diskriminacije posebno osjetljivih skupina osoba

Važno je napomenuti daje 2003. godine donijet novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti (*«Narodne novine » hr. 121/03*), ali su njegove odredbe koji se odnosi na prava građana kao pacijenata ostale identične s prethodno navedenim odredbama Zakona iz 1993. godine.

4.2. Novo zakonodavstvo: Zakon o zaštiti prava pacijenata

U srpnju 2003. godine Hrvatska je ratificirala Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine Vijeća Europe iz 1997. godine. Radi usklađivanja domaćeg zakonodavstva s odredbama te Konvencije, ali uzimajući u obzir i odredbe Deklaracije o promicanju prava pacijenata u Europi Svjetske zdravstvene organizacije iz 1994. godine (tzv. Amsterdamska deklaracija) Hrvatski sabor je u studenom 2004. godine donio Zakon o zaštiti prava pacijenata. Pritisak NGO, posebice udruga direktno vezanih uz problematiku zaštite prava pacijenata koji je bio praćen s medijskim isticanjem čestih kršenja prava pacijenata u hrvatskom zdravstvu bio je. također, jedan od razloga zbog kojih je Zakon donijet.

/ Osnovna prava pacijenata koja regulira ovaj Zakon

1. Pravo na suodlučivanje (tzv. informirani pristanak).

Pravo na suodlučivanje obuhvaća pravo pacijenta na obaviještenost i pravo na prihvaćanje ili

odbijanje pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka.

1.1. Pravo na obaviještenost

Da bi dao svoj pristanak ili odbio neki medicinski zahvat pacijent mora prethodno biti obaviješten (Pacijent ima pravo na potpunu obaviještenost o svom) o svome zdravstvenom stanju, preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje, mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata te o svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima. Isto tako, pacijent ima pravo biti obaviješten o mogućim zamjenama za

preporučene postupke, tijeku postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite, daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite, preporučenom načinu života te pravima iz zdravstvenog osiguranja koja koja pokrivaju prethodne troškove, uključujući informiranje o postupcima za ostvarivanje tih prava iz osiguranja.

Pacijent ima pravo dobiti obavijest na način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti i to od strane zdravstvenog djelatnika (liječnika) koji mu izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge. Pacijent s umanjenom sposobnošću rasuđivanja ima također pravo na obaviještenost u skladu s njegovom dobi, odnosno s fizičkim, mentalnim i psihičkim stanjem.

Pacijent ima uvijek pravo tražiti drugo stručno mišljenje o svome zdravstvenom stanju koje mu je, na usmeni ili pisani zahtijev, obvezan dati svaki zdravstveni djelatnik visoke stručne spreme i odgovarajuće specijalizacije koji do tada nije izravno sudjelovao u njegovom liječenju.

Pacijent ima pravo pisanom i potpisanom izjavom odbiti primitak obavijesti o prirodi svoga zdravstvenog stanja i očekivanom ishodu predloženih i/ili poduzetih medicinskih postupaka i mjera, osim u slučajevima u kojima mora biti svjestan prirode svoje bolesti kako ne bi ugrozio zdravlje drugih osoba. Isto tako, pacijent ima pravo odrediti dugu osobu koja će umjesto njega primati obavijesti o njegovu zdravstvenom stanju.

1.2. Pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka

Pacijent ima pravo prihvatiti ili odbiti pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta ili mu izazvalo teško oštećenje zdravlja. Prihvaćanje odnosno odbijanje pojedinog dijagnostičkog ili terapijskog postupka pacijent izražava potpisivanjem suglasnosti, odnosno izjavom o odbijanju preporučenog postupka.

Za pacijenta bez svijesti, pacijenta s težom duševnom smetnjom, pacijenta koji je poslovno nesposoban ili maloljetan suglasnost potpisuje zakonski zastupnik, odnosno skrbnik pacijenta, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije/postupka. Iznimno, ako je riječ o neodgodivom medicinskom zahvatu čije bi nepoduzimanje neposredno ugrozilo život pacijenta ili bi mu prijetila ozbiljna i neposredna opasnost od težeg oštećenja njegovog zdravlja medicinski postupak se može provoditi bez pristanka zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika ali samo dok traje navedena opasnost.

2. Pravo na zaštitu pri sudjelovanju u kliničkim ispitivanjima

Za znanstveno istraživanje nad pacijentom i uključivanje pacijenta u medicinsku nastavu nužan je izričiti pristanak obaviještenog pacijenta pod čim se podrazumijeva pisana, datirana i od strane pacijenta potpisana suglasnost koja je dana na temelju preciznih i na razumljiv način dokumentiranih obavijesti o prirodi, važnosti, posljedicima i rizicima ispitivanja.

Za provođenje znanstvenih istraživanja nad pacijentom moraju kumulativno biti ispunjeni sljedeći uvjeti:

- nema zamjene usporedive učinkovitosti za istraživanje na ljudima,
 - rizici kojima se izlaže pacijent nisu narazmjerni mogućim koristima od istraživanja,
 - istraživanje je odobrilo nadležno etičko povjerenstvo nakon nezavisnog ispitivanja njegove znanstvene vrijednosti, važnosti cilja istraživanja i ocjene njegove etičke prihvatljivosti,
 - pacijenti na kojima se provode istraživanja moraju biti upoznati o svojim pravima i njihovoj zaštiti
 - pribavljen je izričit pristanak obaviještenog pacijenta (informirani pristanak)
- Uz prethodno navedene uvjete, za znanstveno istraživanje nad pacijentom koji je poslovno nesposoban, nesposoban za rasuđivanje te nad maloljetnim pacijentom moraju biti ispunjeni i svi sljedeći uvjet:
- rezultati istraživanja mogu pridonijeti stvarnoj i izravnoj koristi za zdravlje pacijenta,
 - istraživanje usporedive učinkovitosti ne može se provoditi nad pacijentima koji su sposobni dati pristanak,
 - pribavljena je suglasnost zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika,
 - pacijent se ne protivi istraživanju.

3. Pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji

Pacijent ima pravo uvida u svu medicinsku dokumentaciju koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti, uključujući pravo na presliku te dokumentacije o vlastitom trošku. U slučaju smrti pacijenta, ukoliko to pacijent za života nije izjavom danom kod javnog bilježnika izrijekom zabranio, pravo uvida u njegovu medicinsku dokumentaciju imaju njegov bračni, odnosno izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetna sestra ili brat te zakonski zastupnik, odnosno skrbnik pacijenta.

4. Pravo na povjerljivost

Pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja sukladno propisima čuvanju poslovne tajne i zaštiti osobnih podataka. Pacijent ima pravo dati usmenu ili pisanu izjavu o osobama koje mogu biti obaviještene o njegovu zdravstvenom stanju kao i o njegovu prijemu u bolnicu kao što ima i pravo imenovati osobe kojima zabranjuje davanje tih podataka.

5. Pravo na privatnost

Pacijent ima pravo na privatnost pri pregledu, odnosno liječenju, a naročito prilikom pružanja osobne njege.

6. Pravo na održavanje osobnih kontakata

Tijekom boravka u bolnici pacijent ima pravo primanja posjetitelja sukladno kućnom redu zdravstvene ustanove kao i pravo zabraniti posjete određenoj osobi ili osobama.

7. Pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove

Pacijent ima pravo samovoljno napustiti stacionarnu zdravstvenu ustanovu osim u slučajevima propisanim posebnim zakonom, te u slučajevima kada bi to štetilo njegovome zdravlju, odnosno zdravlju i sigurnosti drugih osoba.

8. Pravo na naknadu štete

Pacijent ima pravo na naknadu štete sukladno propisima obveznog prava.

// Sustav zaštite prava pacijenata prema ovom Zakonu

U cilju ostvarivanja i promicanja prava pacijenata, prema odredbama ovoga Zakona, u svakoj hrvatskoj županiji osnovano je Povjerenstvo za zaštitu prava pacijenata (u daljnjem tekstu: Županijsko povjerenstvo, odnosno Povjerenstvo), dok je na nacionalnoj razini osnovano Povjerenstvo za zaštitu i promicanje prava pacijenata Ministarstva zdravstva (U daljnjem tekstu: Povjerenstvo Ministarstva zdravstva).

Županijsko povjerenstvo koje ima pet članova izabranih iz redova pacijenata, nevladinih udruga i stručnjaka na području zaštite prava pacijenata obavlja sljedeće poslove: prati povrede pojedinačnih prava pacijenata te predlaže poduzimanje mjera za zaštitu i promicanje prava pacijenata na području odnosno županije, bez odgađanja obavještava Povjerenstvo Ministarstva zdravstva o slučajevima težih povreda prava pacijenata, obavještava javnost o povredama prava pacijenata te o svom radu podnosi godišnje izvješće županijskoj skupštini.

Postupak zaštite prava pacijenata započinje s pritužbom pacijenta koji smatra da mu je povrijeđeno neko od prava koje utvrđuje ovaj Zakon. Pritužbu pacijent izjavljuje usmeno ili pisanim putem ravnatelju zdravstvene ustanove koja je pružila konkretnu zdravstvenu uslugu. Ako ravnatelj zdravstvene ustanove ne obavijesti u roku od osam dana pacijenta o mjerama poduzetim povodom pritužbe ili ako nije zadovoljan poduzetim mjerama - pacijent ima pravo podnijeti pritužbu nadležnom županijskom povjerenstvu. To povjerenstvo, najkasnije u roku od 15 dana, obavezno obavještava pacijenta o svim mjerama poduzetim povodom njegove pritužbe.

Županijsko povjerenstvo ima i pravo pristupa u prostorije u kojima se obavlja zdravstvena djelatnost te pravo uvida u način ostvarivanja prava pacijenata u pojedinoj zdravstvenoj ustanovi. O obavljenom uvidu Povjerenstvo je dužno sačiniti izvješće koje najkasnije u roku od osam dana

dostavlja nadležnoj inspekciji (zdravstvenoj ili sanitarnoj), odnosno tijelu koje obavlja nadzor nad radom zdravstvenih djelatnika, a to su tijela pojedinih strukovnih komora u zdravstvu (Hrvatska liječnička komora, Hrvatska stomatološka komora, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska ljekarnička komora i Hrvatska komora biokemičara). Navedena tijela dužna su u roku od 30 dana od dana zaprimanja izvješća, a u hitnim slučajevima bez odgađanja, izvijestiti Povjerenstvo o poduzetim radnjama. Ako nadležno tijelo (inspekcija, odnosno komora) na temelju provedenoga postupka osnovano posumnja da je povredom prava pacijenta učinjen prekršaj ili kazneno djelo obvezno je bez odgađanja, a najkasnije u roku od 30 dana od završetka nadzora podnijeli prekršajnu odnosno kaznenu prijavu i o ishodu postupka obavijestiti Povjerenstvo - koje će, pak, u roku od 8 dana o tome obavijestiti pacijenta.

Radi što učinkovitije zaštite i unapređenja prava pacijenata na nacionalnoj razini osnovano je sedmeročlano Povjerenstvo Ministarstva zdravstva (tri predstavnika udruga za zaštitu pacijenata, jedan predstavnik medija, tri predstavnika Ministarstva zdravstva) koje obavlja sljedeće poslove: prati provedbu ostvarivanja prava pacijenata sukladno ovome Zakonu, raspravlja o izvješćima Županijskih povjerenstava, daje mišljenja, preporuke i prijedloge nadležnim tijelima o utvrđenom stanju na području djelokruga rada Županijskih povjerenstava, predlaže poduzimanje mjera za izgradnju cjelovitog sustava zaštite i promicanja prava pacijenata u Hrvatskoj te surađuje s domaćim i međunarodnim tijelima i organizacijama na području zaštite i promicanja prava pacijenata.

5. Zaključna razmatranja

Među prvim tranzicijskim zemljama Srednje i Jugoistočne Europe Hrvatska je kroz opsežno zdravstveno zakonodavstvo (kronološki: Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Zakon o liječništvu, Zakon o sestrinstvu i Zakon o zaštiti prava pacijenata, uključujući jednostrane profesionalne etičko-donlološk kodekse) učinila značajan normativni korak u približavanju standardima za zaštitu prava pacijenata kakvi postoje u razvijenim zapadnim demokracijama. Ipak, Icgislacija prava pacijenata, s naglaskom na recentnom Zakonu o zaštiti prava pacijenata još uvijek značajnije ne utječe na stvarnu poziciju pacijenata u zdravstvenom sustavu -dakle, postoji raskorak između normativnog i stvarnog položaja pacijenata. Uzroci takvom stanju su višestruki. Izdvajamo:

- građani su nedovoljno su informirani (i educirani) o svojim pravima koja im pripadaju kad su u poziciji pacijenta;
- građani rijetko traže zaštitu svojih pacijentskih prava iako smatraju da su im ista povrijeđena jer u predviđenim zakonskim postupcima vrlo teško mogu postići zadovoljavajuće rješenje ili zadovoljštinu;
- građani su socijalizirani u matrici liječničke svemoći i vlastite nekompetencije u pitanjima liječenja;
- zdravstveni djelatnici su nedostavno informirani (i educirani) o pravima pacijenata;

- na relaciji liječnik-pacijent još uvijek dominira tradicionalni medicinsko-paternalistički odnos u kojem je liječnik dominantan i im ličite ili eksplicite osporava autonomiju pacijenta.
- ne postoje standardi i normativi za operacionalizaciju i evaluaciju zaštite (ali i unapređenje) pojedinačnih prava pacijenata u zdravstvenoj praksi;
- promjene u sustavu zdravstva i zdravstvenog osiguranja u proteklih petnaestak godina bile su prvenstveno (i imperativno) usmjerene na organizacijske i financijske aspekte sustava, s ciljem racionalizacije i ograničenja zdravstvene potrošnje, pa sloga pacijent, usprkos proklamiranim pravima, još uvijek nije stavljen u centar zdravstvenog sustava.

No, usprkos nezadovoljavajućoj slici stvarnog položaja pacijenata u Hrvatskoj može se ipak ustvrditi da su legislacijom prava pacijenta pokrenuti procesi koji bi u perspektivi trebali rezultirati s njihovim daljnjim unapređenjem i djelotvornijom zaštitom. Tim procesima, pored okolnosti što u hrvatskom društvu na globalnoj razini jača svijest o značaju i vrijednosti osobnih ljudskih prava u koja ulaze prava pacijenata, pogoduje i okolnost da hrvatski građani plaćaju sve veći dio zdravstvenih usluga - što ih stavlja u poziciju kupca. U tom kontekstu dolazi se i do pomalo paradoksalnog zaključka koji glasi: smanjenje socijalnog prava na zdravstvenu zaštitu do kojeg je došlo u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja djeluje poticajno na jačanje zahtjeva za unapređenje prava pacijenata te iznalaženje djelotvornijih mehanizama za njihovu zaštitu.

PRAVA PACIJENATA I PARTNERSKI ODNOSI U SUSTAVU ZDRAVSTVA

Mr.sc. Đula Rušinović-Sunara, dr.med.

Sažetak:

Odnosi između osnovnih čimbenika u zdravstvenom sustavu imaju mnogostruko značenje za društvo u cjelini. Koliko god su ti odnosi značajni za provođenje i ishod liječenja, a time i za sveukupnu kvalitetu zdravstvene usluge, jednako su značajni i u ocjeni stupnja razvoja demokratskih procesa. Sve je očitije kako se nezaustavljivo odbacuju paternalistički i autokratski odnosi, kako u svekolikom društvu, tako i u sustavu zdravstva.

Prihvatanje partnerskih odnosa podrazumijeva razumijevanje i zaštitu ljudskih prava svakog čovjeka i vice versa. Tako je s jedne strane prepoznavanje ljudskih prava uvjetom njihove zaštite, a s druge condicio sine qua non uspostavi demokracije.

U edukaciju zdravstvenih radnika uvrštene su nove nastavne discipline na svim razinama školovanja i stručnog osposobljavanja kako bi se omogućilo poznavanje i razumijevanje prava pacijenata.

Prava pacijenata predstavljaju s jedne strane osnovna ljudska prava, kao što su pravo na: ljudsko dostojanstvo, osobnost, privatnost, opredjeljenje, informaciju, sudjelovanje u odlukama,...; a s druge uključuju prava iz zdravstvenog osiguranja. Razlikovanje ljudskih prava i prava iz osiguranja bitan je čimbenik razumijevanja, a time i zaštite prava pacijenata. Kroz praktične primjere prikazane su njihove razlike i relacije, a time se iste približavaju u prepoznavanju prilikom praktičnog rada s pacijentima.

I ODNOSI

Općenito:

Odnosi između osnovnih čimbenika u zdravstvenom sustavu imaju mnogostruko značenje za društvo u cjelini. Koliko god su ti odnosi značajni za provođenje i ishod liječenja, a time i za sveukupnu kvalitetu zdravstvene usluge, jednako su značajni i u ocjeni stupnja razvoja demokratskih procesa. Sve je očitije kako se nezaustavljivo odbacuju paternalistički i autokratski odnosi, kako u svekolikom društvu, tako i u sustavu zdravstva.

Prihvatanje partnerskih odnosa općenito podrazumijeva razumijevanje i zaštitu ljudskih prava svakog čovjeka i vice versa. Tako je s jedne strane prepoznavanje ljudskih prava uvjetom njihove zaštite, a s druge condicio sine qua non uspostavi demokracije.

Kada u kontekst izrečenog postavimo zdravstveni sustav kroz skrb za bolesnika, onda se također mora sagledati kako sveobuhvatna skrb za bolesnika uključuje i odnos prema bolesniku te ostvarenje kvalitetne komunikacije.

(Pri tom ne treba zaboraviti, naročito kada se radi o kroničnim bolesnicima, kako ovaj odnos uključuje komunikaciju s obitelji bolesnika.)

Komunikacija uključuje pojam odnosa između strana koje komuniciraju. Odnosi uključuju i sve civilizacijske i kulturološke oznake društva, ili društava, u kojima jedinke žive, ili su živjele kroz razna razdoblja života. Tako je i odnos prema svakom bolesniku obilježen i širim sociološkim prilikama i karakteristikama. Stoga je od bitnog značaja za razumijevanje odnosa u sustavu zdravstva definiranje socioloških prilika koje karakteriziraju odnose u dotičnom društvu.

Odnos pacijenata i zdravstvenog osoblja ima neposredan učinak i na odnos prema bolesti, na odnos prema liječenju te posljedično i samom ishodu liječenja. Za taj odnos je vrlo značajno kakvo je općenito stanje u društvu u pogledu prepoznavanje ljudskih prava, kakve međuljudske odnose zajednica gaji, kakvi su odnosi između spolova, kako se odnosi prema pojedinim grupacijama u zajednici, a posebice prema onima koji imaju posebne potrebe.

Sve navedeno je od ključnog značaja i kada govorimo o pravima pacijenata.

Stoga je, za razumijevanje i zaštitu prava pacijenata, od ključnog značaja uočiti kakve odnose u zdravstvenom sustavu imamo, jesmo li s njima zadovoljni te kakve odnose želimo.

Odbor poslanika Vijeća Europe je u veljači 2000. godine, preporuka br. 5, postavio naglasak na stvaranje partnerskih odnosa u sustavu zdravstva. Između ostalog i zato što je partnerski odnos jedini civilizirani odnos, ali i zato što je paternalizam u sustavu zdravstva civilizacijski postao neprihvatljiv i zbog odgovornosti koja leži na zdravstvenom osoblju u modernom dobu visoke tehnologije i dnevno novih načina i mogućnosti za oštećivanje zdravlja pacijenata za koje netko treba snositi odgovornost.

U tom kontekstu je uvođenje partnerskih odnosa prihvatljivo od strane medicinske struke, no još nema dostatnog znanja o tome kako postići partnerske odnose.

Zdravstveni sustav

Pogledajmo prije svega tko čini zdravstveni sustav.

Najjednostavnije ga možemo prikazati kao sustav koji ima tri osnovna čimbenika.

S jedne strane imamo pacijente, s druge one koji im pružaju zdravstvene usluge, a s treće stoji sustav organizacije i menadmenta.

U tom je trokutu postizanje partnerstva praktički teško dostižno, jer uključuje ne samo način komunikacije, već i odlučivanje na partnerskim osnovama između čimbenika koji se znatno međusobno razlikuju (posebice u spoznajama, intelektualnim mogućnostima, društvenom statusu, pozicijama moći), ali i koji u određenom trenutku dolaze i u sukob interesa (posebice kada je sustav postavljen tako da osnovni paket zdravstvenog osiguranja predstavlja monopol, odnosno kada među čimbenicima dolazi do raspodjele sredstava iz istog, uz to vrlo ograničenog, izvora prihoda).

U svijetu postoje različiti pristupi rješavanju jednakopravnosti svih čimbenika u sustavu zdravstva. No, pokušajmo sagledati u kakvoj su poziciji zdravstveni radnici i pacijenti po tom pitanju.

Zdravstveni radnici su u poziciji da rješavaju svoje odnose prema organizatoru i menadžmentu prvenstveno putem ugovora o radu. Problemi na koje nailaze prilikom utvrđivanja i ostvarivanja svojih prava nisu zanemarivi no, u pogledu pripremljenosti i osposobljenost da se nose s tim problemima, važno je uočiti kako se radi o školovanima i stručno osposobljenima koji u okviru svojih kvalifikacija imaju dovoljno mogućnosti za organiziranje kroz stručna društva i sindikate u cilju uspostve partnerskih odnosa kada su u pitanju organizatori i menadžment.

Tu se sasvim jasno nameće pitanje tko zastupa interese pacijenata u trenutku kada isti dođu u sukob sa interesima ostalih čimbenika sustava?

Ujedno u odgovoru na to pitanje treba potražiti i načine za rješavanje sukoba interesa kao i načine efikasne zaštite prava pacijenata. Iz toga onda proističu i osnove za stvaranje partnerskih odnosa pacijenata prema drugim čimbenicima u sustavu zdravstva.

Dakle, trenutačna situacija u Hrvatskoj prema ocjenama Hrvatske udruge za promicanje prava pacijenata nije zadovoljavajuća, jer postojeće zakonsko rješenje koje se odnosi na zaštitu prava pacijenata ne držimo dobrim.

Danas se kroz Zakon o zaštiti prava pacijenata (*1) zastupanje interesa pacijenata nudi kroz županijska povjerenstva za zaštitu prava pacijenata.¹ O tome zašto se ovakvo definiranje Povjerenstava² ne drži dobrim može se detaljnije informirati na www.pravapacijenata.hr, gdje je dan tekst Zahtjeva za ocjenu ustavnosti Zakona o zaštiti prava pacijenata (*2).

Odnosi danas

Kada pokušamo analizirati sadašnji odnos između zdravstvenih radnika i pacijenata onda bi ga mogli opisati kao pretežito paternalistički, autoritaran i autokratski, a počesto "umotan" ili u sažaljenje ispoljeno pretjeranom brižnosti, ili u bahatost ispoljenu nadmoćnim stavom nedodirljive svetosti i njegove visosti, ili u ravnodušnost koja odbija svaku pacijentovu želju za daljnjim kontaktom i postavljanjem ikakova pitanja.

Gotovo nikako odnose između liječnika i pacijenta ne bi smo mogli u Hrvatskoj opisati kao odnos jednakih. Medicinsko osoblje, posebice

¹ Zakon o zaštiti prava pacijenata, NN 169/2004
"Članak 32.

Povjerenstvo ima pet članova koje na temelju javnog poziva imenuje skupština jedinice područne (regionalne) samouprave iz redova pacijenata, nevladinih udruga i stručnjaka na području zaštite prava pacijenata. "

² Prema samoj definiciji članova oni ne moraju biti čak niti pravno sposobne osobe jer prema svakoj međunarodno priznatoj definiciji pacijenti ne smiju biti diskriminirani spolom, dobi, vjerskom, političkom, rasnom ili drugom pripadnošću. Zatim, isti ne moraju pripadati definiranoj nevladinoj udruzi već to može biti i takva udruga koja se svojom statutarnom djelatnošću i programskim ciljevima niti ne dotiče ljudskih prava i zdravstva kao sustava. Nadalje, prozivanje stručnjaka na području zaštite prava pacijenata je non sence jer u Hrvatskoj nema struke koja se time bavi jer nema primjerene edukacije niti na jednom studiju.

medicinske sestre koje su u tjesnom kontaktu sa pacijentima unutar stacionarnih ustanova, ali i drugdje, imaju više izgleda za uspostavu komunikacije na partnerskim osnovama. Ipak, oni/e za takve odnose nisu pripremani/e na način da su im osvještene osnovne pretpostavke partnerstva, razlozi za takav odnos, a posebice prednosti takvog odnosa.

Partnerski odnos

Osnovne prednosti partnerskih odnosa kada su u pitanju zdravstveni radnici i pacijenti općenito, vidljive su iz osnovnih problema koji se nadovezuju na paternalističke odnose ili iz njih izravno potječu.

Problemi paternalističkih odnosa u sustavu zdravstva:

- jednostrana komunikacija:
 - napetost u odnosima,
 - olakšani razvoj negativnog stava pacijenta prema svojoj bolesti,
 - pasivna uloga pacijenta u vlastitom liječenju,
 - lošiji izgledi za uspjeh u liječenju,
 - prebacivanje cijelokupne odgovornosti za zdravstveno stanje pacijenta na zdravstvene radnike,
 - prešućivanje osjećaja ugroze s posljedičnim olakšanim putem za kršenje ljudskih prava pacijenta.
- loša ili teško ostvariva suradnja, koja katkad i u cijelosti izostaje
 - na području liječenja,
 - na području unapređenja procesa rada,
 - na području uobličavanja zajedničkih stavova i interesa u odnosu na trećeg partnera u sustavu zdravstva.

Iz gore navedenog slijede i prednosti partnerskih odnosa između zdravstvenih radnika i pacijenata:

- bolja komunikacija:
 - bolja radna atmosfera,
 - pozitivan stav pacijenta prema vlastitoj bolesti,
 - aktivna uloga pacijenata u vlastitom liječenju,
 - bolji izgledi za uspješno liječenje,
 - osvješćena i podijeljena odgovornost (posebice od strane samog pacijenta -njegova aktivna uloga u preuzimanju odgovornosti za vlastito zdravlje najčešće je povezana uz dobru komunikaciju sa zdravstvenim osobljem te dobru informiranost),
 - veća mogućnost za pravovremeno prepoznavanje ugroze ljudskih prava pacijenta.
- suradnja:
 - na području liječenja,
 - na području unapređenja procesa rada,
 - na području uobličavanja zajedničkih stavova i interesa u odnosu na trećeg partnera u sustavu zdravstva.

Posebno treba napomenuti kako, paternalističkim odnosima otežana, zaštita ljudskih prava pacijenata u konačnici opterećuje cijeli sustav zdravstva i u ekonomskom smislu. Dolazi do lošeg ili lošijeg ishoda liječenja od realno očekivanog, do oštećenja zdravlja pa i sudskih tužbi. U konačnici javlja se materijalni sukob interesa između čimbenika sustava, jer se oni napajaju iz istog izvora.

Kada je tomu tako, zašto se i danas mnogi zdravstveni radnici, posebice liječnici, s nelagodom odnose prema ideji partnerstva prema pacijentima?

Ima mnogo socioloških čimbenika koji podržavaju paternalističke odnose u društvu, a posljedično tome postoji i otpor mijenjaju već izgrađenih i uvriježenih stavova. Pored toga postoje i interesi tržišta koji ne priznaju čovjeka kao osnovnu vrijednost u sustavu već njemu pretpostavljaju materijalnu dobit.

Najteža posljedica toga za pacijente je što nemaju učinkovitu zaštitu svojih ljudskih prava, a za zdravstvene radnike što se ne uspijevaju nositi sa odgovornošću kojega nameće sve naprednija tehnologija uz sve veće okretanje tržištu, a istu nemaju sa kime podijeliti upravo zbog paternalističkih odnosa.

Uproščeno rečeno: pacijenti su objekti, a zdravstveni radnici dežurni krivci.

U mnogim zapadnim zemljama liječnici su vrlo dobro razumjeli o čemu se u današnjem zdravstvu radi: sve više liječnika završava pravne fakultete, sve manje liječnika želi raditi svoj posao u strahu od sudskih tužbi, ali i zato što su svjesni kako se uz liječnike sve češće vezuju pojmovi kao mito i kriminal, a sve rjeđe čast, dobrota i humanost.

No, na uspostavi partnerstva ne rade.

Postoji samo preporuka Vijeća Europe.

Tko profitira?

Osvješćivanje pozicije i uloge svakog od čimbenika u sustavu zdravstva u trenutačnoj konstelaciji najviše ugrožava moćnike koji zapravo zloupotrebljuju svoje pozicije moći te donose jednostrane odluke koje počesto idu na izravnu štetu jednog, više ili čak sviju čimbenika u sustavu uz istovremenu izravnu njihovu dobit (potpisivanje ugovora sa dobavljačima opreme, lijekova, naručiteljima kliničkih ispitivanja i sl.). Pri tom svjesno potiču paternalističke odnose, jer im to pruža mogućnost privida oslobođanja od vlastite odgovornosti.

Stoga je partnerstvo u sustavu zdravstva način za suzbijanje korupcije u tom sustavu, a koja je posebno u Hrvatskoj, prema često citiranim rezultatima anketa i ispitivanja Amnesty International-a, ocijenjena vrlo visokom.

Za postizanje partnerstva u sustavu potrebno je ispuniti tri osnovna preduvjeta:

1. prava pacijenata moraju biti izuzetno dobro zaštićena kako bi se pacijenti mogli osjetiti jednakopravnima,
2. zdravstveni radnici trebaju biti iscrpno upoznati s pravima pacijenata, jer prepoznavanje ljudskih prava od strane zdravstvenog osoblja za bolesnike predstavlja najčešće i jedino jamstvo poštivanja njihovih ljudskih prava,
3. interese pacijenata treba zastupati bez izravnog sukoba interesa.

Stoga je jedno od najključnijih pitanja u zaštiti prava pacijenata: Prepoznaje li zdravstveno osoblje ljudska prava?

Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata početkom 2004. provela je anketu u 5 gradova i rezultate prezentirala na 15. Svjetskom kongresu medicinskog prava, Sydney, Australia, 1. – 5. kolovoz 2004. Rezultati ankete jasno upućuju na vrlo oskudno poznavanje prava pacijenata i među zdravstvenim osobljem.

Stoga je vrlo značajno i nadasve korisno što je Zdravstveno veleučilište prepoznalo važnost uvrštenja u svoj stručni program i temu o pravima pacijenata, a ne samo isključivo o zakonodavstvu u zdravstvu. Samo tako je moguće na svim razinama omogućiti prepoznavanje ljudskih prava, a jedino tako možemo priskrbiti njihovu zaštitu, a što je i mnogo značajnije, prevenciju kršenja istih.

II PRAVA PACIJENATA

Demokratizacija nosi prepoznavanje ljudskih prava, a to znači i stvaranje pretpostavki za zakonsku zaštitu tih prava. Ujedno to sačinjava bitan element u prevenciji kršenja ljudskih prava. Time je i Hrvatska tijekom svojeg procesa demokratizacije od 1990. godine na putu ka ostvarenju učinkovite prevencije kršenja ljudskih prava te učinkovite zakonske zaštite istih.

Zaštita prava pacijenata označava zaštitu ljudskih prava onih koji su, u trenutku kada im se ta prava krše, ujedno i najnemoćniji da se sami tome odupru ili za njih izbore, pritisnuti često ozbiljnim poremećajima zdravlja koji su nerijetko povezani s pojmom, a katkada i neposrednim uzrokom, lošeg imovnog stanja.

Prepoznati važnost zaštite ljudskih prava najnemoćnijima u zajednici nije samo socijalna osjetljivost, kako se često prikazuje, već i izravan odnos prema vlastitoj budućnosti. Svijest o potrebi zaštite drugih zapravo je svijest o pravovremenoj zaštiti sebe samih, a time u prepoznavanju i zaštiti prava pacijenata možemo razabrati bitne elemente kojima se može valorizirati stupanj demokracije jedne zajednice.

Do osnivanja Hrvatske udruge za promicanje prava pacijenata, početkom 1999., u Hrvatskoj se o pravima pacijenata nije govorilo javno, ali i u stručnim krugovima je ovo bila premalo doticana tema.

Prijašnje stanje:

Nasljedivši većinu zakonskih akata iz bivše Jugoslavije, Hrvatska je po završetku ratnih zbivanja nastojala provesti primjerenu reformu i zdravstvenog sustava, uz istovremenu implementaciju promjena u društvenim odnosima u cjelokupni društveni sustav.

Sve do samog kraja 2004. godine Hrvatska je slijedila praksu iz svoje prošlosti i prava pacijenata regulirala s nekoliko članaka unutar postojećeg Zakona o zdravstvenoj zaštiti ³ (*3).

Sudsku zaštitu pacijenti su tražili samo u izuzetno rijetkim slučajevima kod proizišle štete uslijed neodgovornog ili pogrešnog liječenja, a posebice rijetko u zaštitu privatnosti, dostojanstva, prava na samoopredjeljenje, prava na informaciju i prava na odluku po iscrpnoj informaciji. Tu činjenicu treba sagledavati uz napomenu kako je još uvijek prisutno ozračje uvjerenja kako iza bilo kakve pritužbe pacijenti ne bi imali mogućnost bez straha nastaviti liječenje ili potražiti slijedeću zdravstvenu uslugu. Postojale su i postoje odredbe u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti kojima se sankcionira uskraćivanje prava pacijenata te prava iz zdravstvene zaštite ⁴, ali nema u javnosti prezentiranih primjera iz sudske prakse što ukazuje kako sudska praksa najvjerojatnije ne poznaje takve tužbe. Također je stvorena percepcija u javnosti kako nije moguće dobiti presudu koja bi pružila odgovarajuće obeštećenje, pa čak niti moralnu satisfakciju, te se zasigurno i u tome mora sagledavati gotovo nepostojanje presuda za kršenje ljudskih prava pacijenata.

Početkom 1999. godine pojavljuje se građanska inicijativa koja osniva Hrvatsku udrugu za promicanje prava pacijenata, koja traži donošenje zasebnog zakonskog akta o pravima pacijenata i njihovoj zaštiti. Ujedno je prvi prijedlog takvog zakona (*4) izrađen kroz projekt Hrvatske udruge za promicanje prava pacijenata krajem 2002. ⁵

³ Do pojave Zakona o Zaštiti prava pacijenata, NN 169/04, zakonske odredbe o pravima pacijenata svodile su se na nekoliko članaka unutar Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a kako se taj Zakon nadipunjavao od 1990. godine do današnjih dana tako je oblik članaka koji govore o pravima pacijenata nešto, ali ne značajnije, mijenjan. U trenutku stupanja na snagu Zakona o zaštiti prava pacijenata na snazi je bio Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 121/03, a prava pacijenata bila su navedena člancima 21. i 22. dok je u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 2001. to bio članak 26.

⁴ Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 121/03

Članak 192.

Novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj zdravstvena ustanova ako:

1. uskraćuje osobama prava iz članka 21. ovoga Zakona,
2. ne osigura hitnu medicinsku pomoć, uključivši hitni prijevoz (članak 39.),...

⁵ Prijedlog nacrta Zakona o pravima, obvezama i odgovornostima pacijenata koje su izradili ugledni stručnjaci tijekom 2002., može se naći na www.pravapacijenata.hr

Ljudska prava-prava pacijenata:

Vratimo se nakratko u povijesni prikaz zbivanja koji je doveo do prepoznavanja potrebe za posebnom legislativom glede prava pacijenata.

Još od francuske revolucije prepoznajemo ljudska prava kao jednaka za sve, ona koja ne bi smjela biti nikome ni od koga uskraćena, jer jednostavno predstavljaju osnovnu potrebu svakog ljudskog bića. Ta su prava dobivena samim darom života, ne stječu se posebnim zaslugama, novcem ili otimanjem, s njima se rađamo i nitko nema pravo drugome negirati ih ili uskratiti, a jednako tako svatko ima pravo da mu ih drugi ne uskraćuju. Po tome se razlikujemo od životinja. Ne mogu odoljeti reći: Netko više, netko manje. Naime, ima mnogo onih koji krše tuđa osnovna ljudska prava. Ipak smo svjedoci kako je sve više onih koji shvaćaju osnovni nalog za poštivanje ljudskih prava: ne čini drugome ono što ne bi želio da tebi drugi čine.

Dakle, **ljudska prava predstavljaju moralnu kategoriju i vrednotu koju prepoznajemo zbog svoje ljudske prirode, duše i uma.** Ma koliko različite bile kulturološke i civilizacijske oznake, ove se vrednote drže univerzalnim, a i danas se vode opsežne akademske rasprave oko pojedinih pojmova pri definiranju ljudskih prava, jer se ona moraju sagledavati i kroz filozofiju pristupa sveukupnom životu, a ne samo pojedinom ljudskom biću.

Ukratko, sve naprednije moderne ljudske zajednice prihvaćaju za osnovna ljudska prava ono što je definirano Deklaracijom o ljudskim pravima, prihvaćenoj na Skupštini UN-a 1948., a gotovo dnevno međunarodne konvencije, deklaracije, pa i bilateralni međunarodni ugovori, pokušavaju implementirati odnos prema ljudskim pravima u međudržavne odnose (*5, *6, *7, *8, *9).

Stoga je, posebice nakon prihvaćanja navedene UN-ove Deklaracije, mnogima postajalo sve jasnije kako postoje posebno ugrožene skupine, onih koji ne mogu sami sebe zaštititi u borbi za osobno ljudsko dostojanstvo, te kako **u ljudsko dostojanstvo svih nas spada i zaštita takvih grupacija.**

Danas je nesporno kako u takve vulnerabilne skupine treba ubrojiti malodobnu djecu, osobe s posebnim potrebama, u mnogim društvima se u takvu skupinu jednoglasno stavljaju i žene(!), a gotovo da nema onoga tko nije razumio koliko je teško bolesniku samom zaštititi svoja ljudska prava. Stoga su **prava pacijenata** (ne samo bolesnika, već i zdravih korisnika zdravstvene zaštite i to zbog posebno potčinjene pozicije osobe koja ovisi o drugome po pitanju osobnog zdravlja i samog života) **izdvojena kao zasebna, iako se ne radi o nekim zasebnim pravima, već o zasebnoj, u mnogim zajednicama posebno diskriminiranoj skupini ljudi koji stoga zaslužuju i posebnu zaštitu zajednice.**

S druge strane je u promicanju i zaštiti prava pacijenata postajala sve očitija potreba posebnih definicija, i zbog sve većeg razvoja tehnike i tehnologije u samoj medicini, čime je očito sve teže određivati granice ljudskosti u eri mehanike i elektronike. Nije zanemarivo i sve veće otuđenje koje vlada u zajednicama, kao i nehumanost tržišta koje je priznato za zajednički nazivnik

u međudržavnim i međuljudskim odnosima, a što je svakako dehumanizacija unutar društvenih odnosa prema mnogim misliocima današnjice.

III POJMOVI

pacijent - bolesnik

Pojam bolesnik i pojam pacijent nisu istoznačni i bolesnik je daleko u težoj poziciji od onog tko se može nazvati samo pacijentom, a istovremeno ne i bolesnikom. U svijetu je prihvaćeno da se ljudska prava onih koji su u poziciji korisnika zdravstvene usluge nazivaju pravima pacijenata. Iz toga slijedi kako je pojam bolesnik ujedno oznaka za još vulnerabilniju skupinu unutar vulnerabilne skupine pacijenata. Još uvijek nije opće prihvaćeno u svakodnevnom političkom životu, kako u svijetu tako i u Hrvatskoj, podrazumijevati prava pacijenata ljudskim pravima, već se u mnogim, nedvoljno informiranim, glavama ovaj pojam zamjenjuje za pojam korisničkih. Time ih se sužava na prava osiguranika, ali i uvodi cijeli niz nejasnoća posebice kod samih korisnika, ali se uspijeva održavati pomutnju i među samim zdravstvenim radnicima.

ljudska prava – korisnička prava

Još uvijek nije uobičajeno korisnička prava pacijenata dijeliti od izraza prava pacijenata. Također i u Hrvatskoj imamo priliku dnevno bilježiti približavanje tih pojmova u govornim terminima. Ljudska prava korisnika zdravstvenih usluga i korisnička prava pacijenata, vrlo su bitno različiti pojmovi i mnoge neugodnosti se mogu dogoditi ukoliko ih se jasno ne dijeli. Ovo može mnoge dovesti, a često i dovodi, u veliku zabludu, a čime su onda izloženiji manipulacijama.

Pojašnjenja razlike ovih pojmova možda se može svesti na pravljenje razlike između ugovornog prava i ljudskog prava (zanemarujući pri tom činjenicu kako su i moralna načela zapravo dogovorena u određenom društvu tradicijom i kulturom te zajedničkim odlukama).

Dakle, u ugovorni dio prava pacijenata spadaju prava koja su definirana zdravstvenim osiguranjem. Ljudska prava pacijenata nisu predmetom ugovora već i zato što su obveza sviju prema svima te se ne kupuju i ne prodaju. Ona su u Hrvatskoj i ustavna kategorija, a zahvaljujući Hrvatskoj udruzi za promicanje prava pacijenata, imamo i zasebni pravni akt o pravima pacijenata. Često se za prava korisnika kaže da su ljudska prava, no ona su to samo u svojoj skupnosti, a ne u pojedinačnom odnosu svakog korisničkog prava koja su ovisna o ugovornim stavkama osiguranja. Naime, svaki ugovor treba biti sastavljen na način da svi potpisnici, ugovarači, pristaju na uvjete. Ukoliko ih se za navedene uvjete prevari onda je za svako pravosuđe takav ugovor ništavan i predstavlja kazneno djelo prijevare. Prekršiti osnovni uvjet u kojem su potpisnici ugovora na jednakim osnovama informirani o tome što potpisuju, znači izvršiti diskriminaciju (povreda osnovnih ljudskih prava) i prevaru (kazneno djelo). Koliko je to slučaj s ugovorom o

zdravstvenom osiguranju? O ovoj temi hrvatski građani trebaju još mnogo učiti i razmišljati.

IV. PRAVO NA INFORMACIJU

Zdravstveni radnici se dnevno sreću s ozbiljno životno ugroženim bolesnikom kojem imaju zadatak pomoći.

Ono što zdravstvene radnike dnevno može dovoditi u dvojbe je implementacija poštivanja ljudskih prava.

U ovom osvrtu želim naznačiti i činjenicu kako je potrebno sagledati pravo na poštivanje individualnih ljudskih prava u kontekstu života u zajednici. Odnosno, kako je vrlo značajno odrediti koja su pravila društvenog ponašanja, kada su u pitanju poštivanja ljudskih prava u kontekstu osiguravanja jednakosti zaštite. Upravo se nedovoljna određenost prema navedenom često zlorabi kao "opravdanje" za nedovoljnu upoznatost sa sadržajem i smislom ljudskih prava od strane onih koji bi trebali biti jamstvo provedbe zaštite ljudskih prava.

Nisu rijetke dvojbe zdravstvenih radnika trebaju li bolesniku, zbog nekih posebnih prilika, doista reći istinu o njegovom zdravstvenom stanju?

Posebice je to pitanje izraženo kao dvojba kod onih koji prihvaćaju, ali i podupiru, nasljeđe patrijarhalnih odnosa. Njima je svaki pacijent nužno u potčinjenom položaju i ne prihvaćaju svoj doprinos takvom stanju. Činjenično se radi o diskriminaciji i predstavlja kršenje osnovnih ljudskih prava. Bolesnik prihvaća tu diskriminaciju, ali ne svojevolarno, kako neki nastoje prikazati, već zbog straha i jer se počesto osjeća ucijenjenim. Do te mjere se osjeća ugroženim kako je u stanju i štititi onoga tko mu skrnavi ljudsko dostojanstvo.

Stoga držim uputnim češće govoriti detaljnije o pravu na informaciju, a kako bi se, sveobuhvatnom slikom o smislu poštivanja tog osnovnog ljudskog prava, mogao stvarati osobni stav o svakom, naravno uvijek i zasebnom, primjeru kada svaka osoba mora donijeti svoju vlastitu odluku o pristupu određenom pojedinačnom slučaju.

Temeljno pravo pacijenta je pravo na informaciju.

Pravilno konzumiranje tog prava jedino je jamstvo za mogućnost sudjelovanja u odlukama o vlastitom zdravlju i životu.

Potonje navedeno pravo pacijenta nazvano je **pravom na odluku**, a u literaturi se posebice mnogo govori o **pravu na pristanak informiranog pacijenta** koje je neposredno vezano uz pravo na odluku.

Iz brošure o pravima pacijenata koju je izdalo Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi i koja se može naći u svim zdravstvenim ustanovama, vidljiva je nakana Zakona o zaštiti prava pacijenata: dobro definirati potrebe pacijenta, kao i njegova prava u pogledu dobivanja informacije.

Također se može uočiti dobar opis potreba i namjera ⁶.

⁶ "Zakon o zaštiti prava pacijenata

Zakon o zaštiti prava pacijenata Hrvatski sabor donio je 19. studenoga 2004. godine. Zakon je stupio na snagu 11. prosinca 2004. godine i objavljen je u »Narodnim novinama«, br. 169/2004.

Zakonsko omogućene provedbe ipak nedostaje.

Naime, nigdje u Zakonu nije postavljena obveza osiguravatelju prema kojoj bi on bio dužan u opis radnog mjesta ubrojiti i vrijeme koje je potrebno kako bi se pacijentu pružila obavijest koja sadrži sve potrebne elemente nabrojene kao neophodne za donošenje kvalitetne/kompetentne odluke, a koja ima neposredno izravan utjecaj na život i zdravlje osobe.

S druge strane, kada bi se osiguravatelju zakonski jasno propisala obveza osiguravanja informiranja, zasigurno bi došlo do potpunog kolapsa zdravstvenog sustava iz razloga što bi ionako nedovoljan broj liječnika, ali i ostalog zdravstvenog osoblja, svoje radno vrijeme u cijelosti ispunilo sa svega nekoliko pacijenata dnevno, a što bi značilo ugrozu zdravlja i života onih pacijenata koji ne bi došli na red. Već je i u ovakvom načinu provedbe zdravstvene zaštite, uz neprimjereno velik broj pacijenata po broju liječnika, koji onda nemaju objektivne mogućnosti "trošiti vrijeme na razgovore", svekolikoj javnosti postalo jasno kako se s listama čekanja teško može nosti sustav koji objektivno ne može priskrbiti više sredstava za zdravstvo.

Zakonodavac je to "riješio" na način koji nam ne smije biti prihvatljiv, tj. na način da

Ovaj Zakon svakome čovjeku kao pacijentu jamči jednako pravo na kvalitetnu i stalnu zdravstvenu zaštitu primjerenu zdravstvenome stanju, a sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima u njegovu interesu uz poštivanje njegovih osobnih stavova. Pri pružanju zdravstvenih usluga jamči se poštivanje ljudskoga bića, očuvanje fizičkog i mentalnog integriteta te zaštita osobnosti.

1. Osnovna prava koja regulira ovaj Zakon:

1. pravo na suodlučivanje i pravo na obaviještenost,
2. pravo na prihvatanje, odnosno odbijanje medicinskoga postupka ili zahvata,
3. pravo na povjerljivost,
4. pravo na privatnost,
5. pravo na održavanje osobnih kontakata,
6. pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove,
7. pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji,
8. pravo na zaštitu pri sudjelovanju u kliničkim ispitivanjima,
9. pravo na naknadu štete.

1. Pravo na suodlučivanje i pravo na obaviještenost

Pacijent u strahu za svoje zdravlje, zabrinut radi ishoda svoje bolesti vrlo se često boji postaviti bilo kakvo pitanje liječniku, iako želi sve znati. Svatko od nas u bolesti očekuje da mu se na primjeren način priopći istina i ponudi mogućnost još jednoga mišljenja prije nego što donese odluku i da svoj pristanak za neki medicinski zahvat ili postupak.

Kako bi se pacijent mogao odlučiti i aktivno sudjelovati u donošenju odluke te dati svoj pristanak ili odbiti neki zahvat, ponajprije mora biti potpuno obaviješten o stanju svoga zdravlja, odnosno bolesti.

Liječnik ga mora informirati na razumljiv način o raspoloživim mogućnostima potrebnih pregleda, o mogućim načinima liječenja kao i o mogućem ishodu. Mora ga upoznati sa svim prednostima ponuđenih mogućnosti kao i svim rizicima pretraga i zahvata, a isto tako i sa svim mogućim poteškoćama ako pacijent od predloženih pregleda i zahvata odustane.

Također ga mora upoznati s mogućim terminima za obavljanje pregleda ili zahvata. Uz upoznavanje o tijeku liječenja i preporuke o načinu života primjerenom za njegovo zdravstveno stanje, dužnost je zdravstvenog djelatnika upoznati pacijenta i s njegovim pravima iz zdravstvenog osiguranja. Na dobivanje navedenih informacija pravo ima svaki pacijent i to na način koji treba biti razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje, invaliditet ili mentalne sposobnosti pacijenta."

zakonskim odredbama nije zaštićeno pravo pacijenta na informaciju. Naime, prema čl.9. Zakona o zaštiti prava pacijenata ⁷, isti mora prvo savladati stoljetni strah od liječnika Boga, kao i paternalističke odnose u cijelom društvu, kako bi uopće postavio pitanje o onome o čemu je liječnik trebao imati obvezu i bez ikakvog upita dati iscrpnu informaciju.

Dakle, postaje razvidno kako je zaštita prava pacijenata "luksuz" za kojeg i zakonodavna i izvršna vlast stoje na stanovištu kako si ga Hrvatska ne može priuštiti. Ipak, jednostrano je odlučeno kako je bolje "ne reći pacijentu od čega boluje", odnosno ne upoznati javnost sa svim činjenicama.

Pravdanje kako bi se sustav raspao kada bi se poštivala ljudska prava nije i ne može biti prihvatljivo, jer se time karakterizira društvo terorističkim i diskriminacijskim.

Jesu li ljudska prava luksuz?

S pozicije zaštite ljudskih prava, prava pacijenata zvati luksuzom nije dopustivo, jer predstavlja i kršenje ustavnih odredbi⁸ (*10). Stoga je društvo suočeno s velikim teškoćama u iznalaženju rješenja za nastalu situaciju.

Rješenje za zaobilaženje ovog problema političari u Hrvatskoj su iznašli u praktičnom negiranju ingerencije ijednog tijela, koje se bavi ljudskim pravima, kada je u pitanju zaštita prava pacijenata te se, ni u Ministarstvu vanjskih poslova ni u Ministarstvu pravoduđa, ne mogu naći osobe koje će stati u zaštitu prava pacijenata po službenoj dužnosti. Na brojna inzistiranja Hrvatske udruge za promicanje prava pacijenata ostali su "gluhi", znajući kako zdravstveni radnici još uvijek o ljudskim pravima ne znaju dovoljno kako bi stali na stranu zaštite prava pacijenata, a kao što je rečeno, oni su jedino jamstvo poštivanja prava pacijenata.

Ukratko: prema Zakonu o zaštiti prava pacijenata, informacija jest pravo, ali ovisi o dobroj volji, raspoloženju, slobodnom vremenu, humanosti, savjesti.... i to izravno i jedino liječnika koji će snositi i kaznenu odgovornost npr. za samovoljno liječenje, čl 241. KZ ⁹ (*11).

⁷ "Članak 9.

Obavijesti iz članka 8. stavka 1. ovoga Zakona na usmeni zahtjev pacijenta obavezan je dati zdravstveni radnik visoke stručne spreme koji pacijentu izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge."

⁸ Ustav RH

Čl. 20.

Tko se ogriješi o odredbe Ustava o ljudskim pravima i temeljnim slobodama, osobno je odgovoran i ne može se opravdati višim nalogom.

⁹ Na upit, Državno odvjetništvo Republike Hrvatske službeno je odgovorilo kako je između 01. siječnja 1998. i 31. prosinca 2003. u Hrvatskoj podignuta jedna jedina optužnica za kazneno djelo iz čl. 241. Kaznenog zakona RH, a što se odnosi na kazneno djelo samovoljnog liječenja.

Taj podatak Državnog odvjetništva treba promatrati kroz podatke iz ankete provedene početkom 2004. u kojoj se čak 61,7% operiranih pacijenata (* rad sa 14. Svjetskog kongresa) izjašnjava kako nije dalo zakonom određenu obveznu pismenu suglasnost na operacijski zahvat.

Iz ovoga slijedi kako liječnici ne daju informacije, pacijenti iste ne pitaju, a posljedično pacijent ne daje svoj pristanak na liječenje na način propisan zakonom (informed consent).

Pravo bolesnika na činjenice o bolesti, prognozi i mogućnostima liječenja štiti se zakonom, ali se zakonom ne štiti onoga koga se za informaciju zakonom zadužuje. Time je razvidno kako se pravo na informaciju faktično ne štiti, ali ujedno i obeshrabruje njegovo provođenje i iskanje.

Diskusija po ovom pitanju u hrvatskoj javnosti se ne vodi, a i svaki pokušaj Hrvatske udruge za promicanje prava pacijenata ka usmjeravanju javnog interesa prema toj temi je sustavno suprimiran.

Prema postojećoj legislativi može se uzeti za službeni stav kako Hrvatska nema novaca koristiti liječnike za pričanje s pacijentima, jer nema dovoljno liječnika niti za izravno liječenje. Time se psihički status pacijenata ozbiljno narušava, ishod liječenja ugrožava, drži pacijente za taoce, a liječnike ucjenjuje odgovornošću pred sudovima. Pri tom se krše i osnovna ljudska prava, među koja je svakako ubrojeno pravo na informaciju.

Iz svega navedenoga, gotovo je očito kako izbjegavanje preuzimanja odgovornosti u pogledu prava na informaciju od strane liječnika, u praktičnom dnevnom radu s pacijentima, dolazi do opterećivanja srednjeg i višeg medicinskog osoblja dodatnim teretom s kojim će se sve teže i teže moći nositi kako se bude više razvijala tehnologija u medicini.

Zdravstveno osiguranje vrlo nerado hoće razmišljati o tome kako su uvjeti rada uključeni u uslugu iako to u zakonu piše. Kvaliteta zdravstvene usluge ovisi o poštivanju osnovnih ljudskih prava pacijenata gotovo u jednakoj mjeri koliko i u omogućenju najboljih i najnovijih metoda pregleda, dijagnostike, terapije...

V ZASTUPANJE PRAVA PACIJENATA

Kako od pacijenta napraviti partnera struci? Kako staviti često i nepismene u poziciju da imaju prava utjecanja na odluke u i o zdravstvenom sustavu?

Na takvo je pitanje moguće odgovoriti isključivo kroz osiguravanje nezavisne institucije kompetentnih i posebno educiranih zastupnika prava pacijenata, odnosno na način da se jamči zaštita od sukoba interesa.

Surogati takvom neovisnom zastupanju koriste se u mnogim zemljama svijeta kroz razne oblike sustava "ombudsmana", "advocacy" sustava pa preko etičkih bolničkih komisija i raznih sličnih načina zastupanja prava pacijenata bez zakonski zajamčenog sprečavanja sukoba interesa između onih koji zastupaju i onih koje isti zastupaju.

Iz svega proizilazi kako liječnik liječi samovoljno, a što u slučaju bilo kakve pogreške implicira kaznenu odgovornost.

Kako nema zakonskih jasnih normi u pogledu odgovornosti za neplaćanje ovdje ključne informacije, tako sudovi uzimaju kao olakotnu okolnost ono što je bila i namjera sustava: kršenje ljudskih prava na informaciju, zdravlje i život.???? te se izravno ne zauzimaju za pružanje zaštite oštećenog pacijenta.

Za tu i sličnu namjenu u svijetu je sve prihvaćenija ideja o neophodnosti posebne institucije zastupnika prava pacijenata u zdravstvenim ustanovama. Takvo zakonsko rješenje je ponuđeno i od strane Hrvatske udruge za promicanje prava pacijenata¹⁰. Ponuđena Povjerenstva za zaštitu prava pacijenata niti to jesu, niti bi to mogla biti prema zakonskim odrednicama, a iz mnogo razloga o kojima je dijelom moguće saznati i iz Zahtjeva za ocjenu ustavnosti Zakona o zaštiti prava pacijenata¹¹.

U Hrvatskoj treba o tome ozbiljno razmišljati. Liječnici i drugi zdravstveni radnici potpuno nepotrebno i neprimjereno nose teret kaznene odgovornosti, a time stavljaju pacijente u još nezavidniju poziciju nego li su to već samim statusom bolesnika. Plašenje zdravstvenih radnika sa zastupnicima prava pacijenata uspješno je zavaravanje koje oštećuje i pacijente i zdravstvene radnike.

ZAKLJUČAK:

Značajan napredak na polju prepoznavanja i zaštite prava pacijenata učinjen je tijekom posljednjih godina u Hrvatskoj. Tome svakako doprinose i građanske inicijative kao što je i ona na temelju koje je u prosincu 2004. donesen prvi zasebni pravni akt koji regulira prava pacijenata u Hrvatskoj. Bez obzira na ovdje prikazane neke od njegovih manjkavosti te dvojbe koje iste pobuđuju, ovo će nazaustavljivo voditi ka daljnjem boljem prepoznavanju kršenja ljudskih prava prilikom korištenja zdravstvene zaštite. To svakako predstavlja jedan od bitnih preduvjeta za ostvarenje učinkovite zaštite kao i prevencije kršenja ljudskih prava, a posljedično i ka poštivanju istih.

Danas je prihvaćen stav kako ishod liječenja ne ovisi isključivo o znanju liječnika, već i o brojnim čimbenicima, od brutto nacionalnog dohodka, preko zdravstvene politike, sve do volje za životom pojedinog bolesnika, no i to kako je od ključnog značaja pacijentova kompetentna odluka o vlastitom liječenju koju donosi na temelju ispravne, potpune, pravodobne i njemu razumljive informacije.

Slijedom civilizacijskih dosega postoji globalno stremljenje za zaštitom osnovnih ljudskih prava u kojem se paternalistički stavovi smatraju diskriminirajućim, a partnerstvo u modernom društvu poželjnim odnosom.

Ukoliko zdravstveni radnici ne usvoje partnerski odnos prema svojim bolesnicima, biti će sve više na meti pravosudnog sustava koji će, u skladu sa civilizacijskim dosezima, sve manje štiti paternalizam i posljedično kršenje osnovnih ljudskih prava.

¹⁰ Prijedlog nacrta Zakona o pravima, obvezama i odgovornostima pacijenata, čl. 40. - 45.

¹¹ Tekst Zahtjeva dostupan je na www.pravapacijenata.hr

ZAŠTO JE MEDICINSKIM SESTRAMA POTREBAN ZNAKOVNI JEZIK?

Prof. dr. sc. Ivan Šegota

Komunikološki dio bioetičke edukacije medicinskih sestara na Stručnom studiju sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci od akademske godine 2002./2003. obogaćen je edukacijom za komuniciranje sa gluhim pacijentima odnosno učenjem njihovog znakovnog jezika. Zašto?

Posrijedi je 5 glavnih razloga, od kojih su četiri bioetička a jedan eurointegracijski.

Bioetički razlozi:

1. Načelo autonomije
2. Načelo privatnosti
3. Načelo povjerljivosti
4. Informed consent/choice

Svi navedeni razlozi suprotstavljaju se sveprisutnoj praksi komuniciranja gluhih pacijenata s liječnicima i medicinskim sestrama posredstvom prevoditelja i tumača za znakovni jezik.

5. Eurointegracijski razlog

Preporuka Vijeća Europe od 1. travnja 2003. br. 1598. o zaštiti znakovnog jezika i skrbi za nj u svim zemljama članicama Europske unije (tretman gluhih kao nacionalne manjine, što se već provodi u Švedskoj i Finskoj).

Prihvaćanjem te preporuke i njenom realizacijom na polju zdravstva i medicinske edukacije Hrvatska nedvojbeno pojačava svoje izgleda za prijem u EU.

DUŽNOSTI I ODGOVORNOSTI MEDICINSKIH SESTARA

Miroslav Radić, dipl. iur.

UVOD

Povijesna prekretnica u radu i položaju medicinskih sestara u Hrvatskoj je donošenje Zakona o sestrinstvu. Zakon je donesen 2003. godine i objavljen u «Narodnim novinama» broj 121/03. Vjerojatno još i danas mnoge medicinske sestre nisu svjesne značenja ovog Zakona za njihovu profesiju i za status svake pojedine sestre.

Zakon uređuje sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjete za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrolu kvalitete i stručni nadzor nad radom medicinskih sestara.

Zakon definira medicinske sestre:

«Medicinske sestre su zdravstveni radnici i njihova je djelatnost sastavni dio zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku, a obavlja se pod uvjetima i na način propisan ovim Zakonom.»

U ovom izlaganju dat će se prikaz dužnosti s težištem na odgovornosti medicinske sestre.

Dužnosti i obveze medicinske sestre proizlaze iz nekoliko propisa kao što je Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zaštiti prava pacijenata i drugi propisi. U ovom radu ograničit ćemo se na Zakon o sestrinstvu i Etički kodeks medicinskih sestara, što se tiče dužnosti i obveza.

DUŽNOSTI I OBVEZE MEDICINSKE SESTRE

Zakon o sestrinstvu utvrđuje sljedeće dužnosti i obveze medicinske sestre:

U članku 3. određuje se da je medicinska sestra u provođenju svoje djelatnosti dužna:

- primjenjivati svoje najbolje stručno znanje,
- poštivati načela prava pacijenata,
- poštivati etička načela,
- poštivati stručna načela.

Jedna od najznačajnijih odredbi Zakona je uvođenje obveze trajnog usavršavanja medicinskih sestara. Člankom 12. određeno je da su medicinske sestre dužne stalno obnavljati stečena znanja i usvajati nova znanja u skladu s najnovijim dostignućima i saznanjima iz područja sestrinstva.

Zakon je nadalje uveo licence za medicinske sestre tj. odobrenje za samostalan rad te u članku 15. određuje: «Pravo na samostalan rad ima medicinska sestra kojoj je dano odobrenje za samostalan rad.»

Članak 16. Zakona određuje 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,

Sestrinstvo, sigurnost i prava pacijenta

- primjenjivanje, provođenje i evidentiranje od liječnika ordinirane lokalne, peroralne i parenteralne terapije,
- 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),
- ekonomično i učinkovito korištenje pribora i opreme i
- djelovanje u interesu bolesnika.

Prema članku 17. Zakona medicinska sestra obvezna je evidentirati sve provedene postupke na sestrinskoj listi za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite.

Prema članku 19. medicinska sestra ne smije provoditi postupke koji nisu u području njezine djelatnosti, a mogu izravno ili neizravno naštetiti bolesniku.

Prema članku 20. u slučaju kada bolesnik svjesno odbija ordinirani postupak ili primjenu ordinirane terapije medicinska sestra je obvezna odmah izvijestiti ovlaštenoga liječnika.

Prema članku 25. medicinske sestre koje obavljaju svoju djelatnost obvezno se udružuju u Komoru.

Etički kodeks medicinskih sestara donijela je Skupština Hrvatske komore medicinskih sestara na svojoj 2. sjednici održanoj 22. prosinca 2005. godine. Etičkim kodeksom utvrđuju se: osnovna načela profesionalnog ponašanja medicinske sestre, odnos prema pacijentu, suradnja s timom zdravstvene njege, poštivanje profesionalne tajne, trajno usavršavanje, poštivanje ugleda staleža, zaštita pacijenta od rizika, osiguranje od odgovornosti, način rješavanja etičkih pitanja i odnosi prema drugim medicinskim sestrama.

Etički kodeks određuje da medicinska sestra mora:

- poštivati pacijenta kao ljudsko biće,
- poštivati pravo pacijenta na njegov fizički i mentalni integritet,
- poštivati osobnost i privatnost pacijenta,
- poštivati svjetonazor, moralna i vjerska uvjerenja pacijenta,
- provjeriti da je pacijent dao pristanak prije obavljanja bilo kakvog liječenja ili zdravstvene njege,
- čuvati profesionalnu tajnu,
- surađivati s ostalim članovima tima,
- održavati svoje stručno znanje i sposobnosti,
- biti osoba od povjerenja,
- djelovati tako da prepozna rizik kod pacijenata i svede ga na

- najnižu moguću razinu,
- štiti i podržavati zdravlje pacijenata,
- održavati i povećavati dobar ugled profesije medicinskih sestara.

Medicinska sestra mora jasno odrediti granice svoje stručne kompetencije te tako raditi i prihvatiti odgovornost za aktivnosti za koje je osposobljena.

Ako je neki postupak iznad stupnja kompetencije medicinske sestre ili izvan djelokruga njenog rada, mora zatražiti pomoć i nadzor od kompetentnih stručnjaka, a ne smije provoditi takav postupak, ako bi mogla izravno ili neizravno naštetiti bolesniku.

Postupanje medicinske sestre kod rješavanja etičkih pitanja:

Ako medicinska sestra nije sigurna da li je određena situacija u skladu s Kodeksom, dužna se savjetovati s nadležnim tijelom Hrvatske komore medicinskih sestara.

Medicinska sestra koja uoči da njena kolegica krši etičke principe profesionalnog ponašanja, dužna ju je na to upozoriti i na neformalan način pokušati pomoći u razrješenju problema.

Ukoliko se očito kršenje Kodeksa nikako ne može razriješiti na kolegijalan i neformalan način, medicinska sestra dužna je izvijestiti Hrvatsku komoru medicinskih sestara, koja će poduzeti potrebne mjere.

Medicinska sestra ne smije se baviti prijavama koje imaju za cilj nekoga povrijediti ili poniziti, a ne zaštititi struku.

Medicinska sestra dužna je odbiti svaku stručnu radnju koja je u suprotnosti s Kodeksom, a Komora joj je dužna u tome pomoći svojim ugledom i pravnim sredstvima, ako se za to ukaže potreba.

ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE

Vrste odgovornosti:

- Povreda radne obveze - odgovornost poslodavcu,
- Povreda dužnosti - odgovornost Komori,
- Povreda etike - odgovornost Komori,
- Prekršajna odgovornost - povrede Zakona o sestrinstvu i drugih zakona,
- Odgovornost za štetu,
- Kaznena odgovornost.

Povreda radne obveze - odgovornost poslodavcu

Prikaz odredbi Zakona o radu:

Za kršenje obveza iz radnog odnosa poslodavac može zaposleniku, u ovom slučaju medicinskoj sestri, redovito ili izvanredno otkazati ugovor o radu.

Pod kršenjem radnih obveza podrazumijeva se svako ponašanje ili postupak odnosno propust u radu koje je suprotno preuzetim obvezama ugovorom o radu. Uz opće povrede koje može učiniti svaki radnik, medicinska sestra odgovara i za sve povrede dužnosti koje su utvrđene odredbama Zakona o sestrinstvu i drugim propisima koji određuju profesionalne obveze medicinske sestre.

Zakon o radu ne daje popis povreda radnih odnosa, već je to diskreciono pravo poslodavca, ali je zato i teret dokazivanja povrede na poslodavcu.

Prije redovitog otkazivanja uvjetovanoga ponašanjem radnika, poslodavac je dužan radnika pismeno upozoriti na obveze iz radnog odnosa i ukazati mu na mogućnost otkaza za slučaj nastavka kršenja tih obveza.

Ako radnik nastavi kršiti radnu obvezu, poslodavac mu može dati redoviti otkaz, što znači uz otkazni rok.

Poslodavac može izvanredno otkazati ugovor o rad bez obveze poštivanja otkaznoga roka, ako zbog osobito teške povrede obveze iz radnog odnosa ili zbog neke druge osobito važne činjenice, uz uvažavanje svih okolnosti i interesa obiju ugovornih stranaka, nastavak radnog odnosa nije moguć.

Povreda dužnosti - odgovornost Hrvatskoj komori medicinskih sestara

Zakon o sestrinstvu određuje teže povrede radnih dužnosti medicinske sestre:

Članak 18. određuje:

«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.»

Članak 22. određuje:

«Medicinska sestra odgovara za lakše i teže povrede radnih dužnosti određene ovim Zakonom i općim aktima Hrvatske komore medicinskih sestara pred disciplinskim tijelima Hrvatske komore medicinskih sestara. Disciplinske mjere za lakše i teže povrede radnih dužnosti medicinske sestre utvrđuje Hrvatska komora medicinskih sestara.»

U kojem slučaju medicinska sestra ne odgovara?

Članak 21. Zakona određuje izuzetak od odgovornosti. Članak glasi:

«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 slučaju nemogućnosti provedbe ordiniranog postupka iz stavka 1. ovoga članka medicinska sestra obvezna je odmah pisano izvijestiti nadređenu osobu.»

Skreće se pažnja na pismenu obavijest nadređenoj osobi o nemogućnosti provedbe ordiniranog postupka, koja je preduvjet izuzeća od odgovornosti.

Povreda etike - odgovornost Hrvatskoj komori medicinskih sestara

Etički kodeks medicinskih sestara određuje:

Poštivanje odredaba Kodeksa obvezatno je za sve medicinske sestre.

Povrede i sankcije povreda Kodeksa utvrdit će se općim aktom Komore.

Neke odgovornosti iz Kodeksa:

Medicinska sestra osobno je odgovorna za svoj rad. To znači da odgovara za svoje postupke i propuste, bez obzira na savjete ili upute drugih stručnjaka.

Medicinska sestra osobno je odgovorna u djelokrugu svoga rada za promicanje i zaštitu interesa i dostojanstva pacijenata, bez obzira na spol, dob, rasu, sposobnosti, seksualnu orijentaciju, ekonomski status, životni stil, kulturna, religijska ili politička uvjerenja.

Glavna medicinska sestra i voditelj tima zdravstvene njege imaju posebnu odgovornost prema pacijentima i kolegicama.

Komora još nije donijela opći akt kojim se reguliraju povrede i sankcije povreda Etičkog kodeksa medicinskih sestara i drugih profesionalnih povreda. Osnovna zadaća Komore je šticeenje interesa medicinskih sestara pa je Komora u tom smislu donijela opće akte, a tek sada će se pristupiti izradi ovog općeg akta.

Prekršajna odgovornost - povrede Zakona o sestrinstvu i drugih zakona

Svaki zakon ima kaznene odredbe u kojima se utvrđuju kazne za prekršaje odredbi zakona. U ovom radu prikazat će se samo prekršaji utvrđeni u kaznenim odredbama Zakona o sestrinstvu:

Članak 33. određuje:

«Novčanom kaznom u iznosu od 3.000,00 do 10.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj medicinska sestra ako:

1. ne ispuni obvezu čuvanja profesionalne tajne (članak 3. stavak 3.),
2. provodi zdravstvenu njegu kao voditelj ili član tima, a nije upisana u registar (članak 14. stavak 1. i 2.),
3. obavlja samostalan rad bez odobrenja za samostalan rad (članak 15. stavak 1.),
4. u slučaju nemogućnosti provedbe ordiniranog postupka odmah pisano ne izvijesti nadređenu osobu (članak 21. stavak 2.),
4. onemogućiti ili ometa provođenje stručnog nadzora (članak 26. stavak 2-),
5. ne otkloni nedostatke utvrđene stručnim nadzorom.»

Odgovornost za štetu

Zakon o obveznim odnosima u članku 1046. definira štetu:

«Šteta je umanjeње nečije imovine (obična šteta), sprječavanje njezina povećanja (izmakla korist) i povreda prava osobnosti (neimovinska šteta).»

Pretpostavke odgovornosti za štetu su sljedeće:

Štetnik je subjekt koji je odgovoran za štetu.

Oštećenik je subjekt koji potražuje štetu.

Štetna radnja je svaki čin ili propust štetnika koji uzrokuje štetu na strani oštećenika.

Štetna radnja mora biti uzrok štete i mora biti protupravna.

U našem slučaju štetnik može biti medicinska sestra. Zbog greške medicinske sestre nastaje šteta kod pacijenta.

Uzroci štete koje pretrpi pacijent u zdravstvu su najčešće:

- stručna greška,
- liječenje bez pristanka pacijenta,
- povreda pružanja hitne medicinske pomoći,
- neinformiranost pacijenta.

Medicinske sestre najčešće čine sljedeće greške:

- pad pacijenta,
- ozljede integriteta kože,
- flebitisi u/s venskim putem,
- neprovedena pravovaljana prevencija,
- pogrešna primjena terapije.

Zakon o obveznim odnosima u članku 1045. utvrđuje sljedeće pretpostavke odgovornosti za štetu: «Tko drugome prouzroči štetu, dužan je naknaditi je ako ne dokaže da je šteta nastala bez njegove krivnje. Predmnijeva se obična nepažnja. Za štetu od stvari ili djelatnosti od kojih potječe povećana opasnost štete za okolinu odgovara se bez obzira na krivnju.»

Odgovornost za štetu može biti subjektivna i objektivna.

Subjektivna odgovornost je ona kod koje je za nastanak odgovornosti za štetu potrebna protupravnost i krivnja štetnika.

Objektivna odgovornost je ona kod koje se ne traži krivnja štetnika. Ovdje se za štetu odgovara na temelju objektivne činjenice da je šteta prouzročena. To je, u pravilu, odgovornost od opasne stvari i opasne djelatnosti.

U slučajevima šteta u medicini sudi se prema subjektivnoj odgovornosti. Naime, medicina se ne smatra i ne može se smatrati opasnom djelatnošću pa se na štete u medicine ne može primjenjivati objektivna odgovornost. Postoje pravna razmišljanja i stavovi da bi se i štete u medicini mogle procjenjivati po principu objektivne odgovornosti s obzirom na tehnologiju koja se danas primjenjuje u medicini.

Dakle, za subjektivnu odgovornost za štetu mora postojati krivnja štetnika.

Članak 1049. Zakona o obveznim odnosima određuje:

«Krivnja postoji kad je štetnik prouzročio štetu namjerno ili nepažnjom.»

Vrste i stupnjevi krivnje su:

Namjera - štetnik hoće svojom radnjom prouzročiti štetu i hoće da drugome nastane šteta.

Nepažnja - kod nepažnje ponašanje počinitelja uspoređuje se s ponašanjem drugih ljudi da bi se ustanovilo je li učinitelj upotrijebio dužnu pažnju koja je redovna i uobičajena u kontaktima među ljudima.

Nepažnja se dijeli:

Krajnja nepažnja - S krajnjom nepažnjom postupa štetnik koji u svojem radu ne upotrijebi ni onu pažnju koju bi upotrijebio svaki prosječni čovjek.

Krajnja nepažnja je toliko težak stupanj krivnje da se gotovo izjednačuje s namjerom.

Obična nepažnja - S običnom nepažnjom postupa štetnik koji u svojem radu ne upotrijebi onu pažnju koju bi upotrijebio osobito pažljiv i savjestan čovjek.

U našem slučaju to je profesionalna pažnja tj. pažnja kojom bi postupila svaka prosječno stručna i savjesna medicinska sestra.

Već smo naveli da članak 1045. Zakona o obveznim odnosima predmnijeva običnu nepažnju. Dakle, tuženik mora dokazati da se ne radi niti o običnoj nepažnji.

Imovinska šteta

Zakon o obveznim odnosima razlikuje imovinsku i neimovinsku štetu, neimovinsku štetu određuje kao povredu osobnosti.

Već smo naveli da Zakon o obveznim odnosima u članku 1046. definira imovinsku štetu kao umanjenje nečije imovine (obična šteta), sprječavanje njezina povećanja (izmakla korist).

Obična šteta je stvarna šteta tj. umanjenje nečije imovine.

Izmakla korist je dobitak kojem se netko nadao po redovitom tijeku stvari i bio bi ga ostvario da nije bilo štetne radnje.

U sporovima za naknadu štete u medicini imovinska šteta naknađuje se u novcu. Obveza naknade štete smatra se dospelom od trenutka nastanka štete.

Imovinska šteta može se dosuditi i kao naknada u obliku novčane rente. Članak 1088. Zakona o obveznim odnosima određuje:

«U slučaju smrti, tjelesne ozljede ili oštećenja zdravlja naknada se određuje, u pravilu, u obliku novčane rente, doživotno ili za određeno vrijeme.»

Neimovinska šteta - povreda osobnosti

Na popravljivanje neimovinske štete nastale u medicini primjenjuju se sljedeće odredbe Zakona o obveznim odnosima:

U slučaju povrede prava osobnosti sud će, ako nađe da to težina povrede i okolnosti slučaja opravdavaju, dosuditi pravičnu novčanu naknadu, nezavisno od naknade imovinske štete, a i kad nje nema.

Pri odlučivanju o visini pravične novčane naknade sud će voditi računa o jačini i trajanju povredom izazvanih fizičkih boli, duševnih boli i straha, cilju kojemu služi ta naknada, ali i o tome da se njome ne pogoduje težnjama koje nisu spojive sa njezinom naravi i društvenom svrhom.

U slučaju smrti ili osobito teškog invaliditeta neke osobe pravo na pravičnu novčanu naknadu neimovinske štete imaju članovi njezine uže obitelji (bračni drug, djeca i roditelji).

Takva se naknada može dosuditi i braći i sestrama, djedovima i bakama, unučadi te izvanbračnom drugu, ako je između njih i umrlog, odnosno ozlijeđenog postojala trajnija zajednica života.

Obveza pravične novčane naknade dospijeva danom podnošenja pisanog zahtjeva ili tužbe, osim ako je šteta nastala nakon toga.

Kod utvrđivanja naknade za povrede prava osobnosti - neimovinske štete prikazat ćemo kriterije po kojima se šteta procjenjuje i iznose naknade prema sudskoj praksi:

- fizičke boli po danu	370,00 kn
- strah	30.000,00 kn
- smanjenje životne aktivnosti	75.000,00 kn
- naruženost	37.000,00 kn
- smrt bližeg srodnika	220.000,00 kn
- teška invalidnost bliske osobe	220.000,00 kn.

Odgovornost poslodavca i pravo na regres

Članak 1061. Zakona obveznim odnosima određuje:

«Za štetu koju zaposlenik u radu ili u svezi s radom prouzroči trećoj osobi odgovara poslodavac kod kojega je radnik radio u trenutku prouzročenja štete, osim ako dokaže da su postojali razlozi koji isključuju odgovornost zaposlenika.

Oštećeni ima pravo zahtijevati popravljivanje štete i neposredno od zaposlenika ako je štetu prouzročio namjerno.

Poslodavac koji je oštećeniku popravio štetu ima pravo zahtijevati od zaposlenika naknadu troškova popravljanja štete, ako je ovaj štetu prouzročio namjerno ili iz krajnje nepažnje.

Pravo iz stavka 3. ovoga članka zastarijeva u roku od šest mjeseci od dana kad je šteta popravljena.»

Zakon o radu u članku 107. određuje regresnu odgovornost radnika, i to:

«Radnik koji na radu ili u svezi s radom, namjerno ili zbog krajnje nepažnje uzrokuje štetu trećoj osobi, a štetu je naknadio poslodavac, dužan je poslodavcu naknaditi iznos naknade isplaćene trećoj osobi.»

Kaznena odgovornost

Prema Kaznenom zakonu kazneno djelo može se počiniti namjerno i iz nehaja.

Članak 44. definira namjeru:

«Kazneno djelo može se počiniti s izravnom ili neizravnom namjerom. Počinitelj postupa s izravnom namjerom kad je svjestan svog djela i hoće njegovo počinjenje.

Počinitelj postupa s neizravnom namjerom kad je svjestan da može počiniti djelo pa na to pristaje.»

Članak 45. definira nehaj:

«Kazneno djelo može se počiniti sa svjesnim ili nesvjesnim nehajem. Počinitelj postupa sa svjesnim nehajem kad je svjestan da može počiniti djelo, ali lakomisljeno smatra da se to neće dogoditi ili da će to moći spriječiti. Počinitelj postupa sa nesvjesnim nehajem kad nije svjestan da može počiniti djelo, iako je prema okolnostima i prema svojim osobnim svojstvima bio dužan i mogao biti svjestan te mogućnosti.»

Navodimo neka kaznena djela protiv zdravlja ljudi:

Nesavjesno liječenje

Članak 240.

Doktor medicine ili doktor stomatologije koji obavljajući svoju djelatnost ne primijeni mjere za zaštitu bolesnika prema pravilima medicinske struke, ili primijeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja, ili uopće nesavjesno

postupa, pa zbog toga prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja neke osobe, kaznit će se novčanom kaznom ili kaznom zatvora do dvije godine. Kaznom iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se zdravstveni djelatnik koji obavljajući svoju djelatnost ne primijeni mjere za zaštitu bolesnika ili ne postupa prema pravilima svoje struke, ili obavlja zdravstvenu djelatnost u prostoru za koji nema propisano odobrenje za rad, ili uopće nesavjesno postupa, pa zbog toga prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja neke osobe.

Samovoljno liječenje

Članak 241.

Tko drugoga bez njegova pristanka lijepi, kaznit će se novčanom kaznom do stopedeset dnevnih dohodaka ili kaznom zatvora do šest mjeseci. Doktor medicine ili doktor stomatologije koji poduzme kirurški ili drugi medicinski zahvat na tijelu drugoga bez njegova izričitog i valjanog pisanog pristanka, kaznit će se novčanom kaznom ili kaznom zatvora do jedne godine.

Ne pružanje medicinske pomoći

Članak 243.

Doktor medicine, doktor stomatologije ili drugi zdravstveni djelatnik koji ne pruži neodgodivu medicinsku pomoć bolesniku ili osobi kojoj je takva pomoć potrebna zbog izravne opasnosti za njezin život, kaznit će se novčanom kaznom ili kaznom zatvora do dvije godine.

Nadriliječništvo

Članak 244.

Tko, nemajući propisanu stručnu spremu, drugoga liječi ili mu pruži

medicinsku pomoć,

kaznit će se novčanom kaznom do stopedeset dnevnih dohodaka ili kaznom zatvora do šest mjeseci.

Tko kazneno djelo iz stavka 1. ovoga članka počini uz nagradu ili radi zarade,

kaznit će se novčanom kaznom ili kaznom zatvora do jedne godine.

Nesavjesno postupanje pri pripravljanju i izdavanju lijekova

Članak 246.

Ljekarnik ili druga osoba ovlaštena za pripravljanje ili izdavanje lijekova za uporabu u medicini, koja pripravi lijek protivno pravilima svoje struke ili izda pogrešan lijek, pa zbog toga dođe do opasnosti za zdravlje neke osobe, kaznit će se novčanom kaznom ili kaznom zatvora do jedne godine. Ako je kazneno djelo iz stavka 1. ovoga članka počinjeno iz nehaja, počinitelj će se kazniti novčanom kaznom do stopedeset dnevnih dohodaka ili kaznom zatvora do šest mjeseci.

Osiguranje od odgovornosti

Članak 120. Zakona o zdravstvenoj zaštiti određuje:

Zdravstveni radnici mogu se osigurati od odgovornosti za štetu koju bi mogli počinili obavljanjem zdravstvene djelatnosti.

Članak 9. Etičkog kodeksa medicinskih sestara određuje:

Preporuka je medicinskoj sestri da za' obavljanje svoje djelatnosti i njege pacijenata ima osiguranje od odgovornosti. To je u interesu pacijenata, medicinske sestre i poslodavca.

Zaključak

Zvanje medicinskih sestara, kao i ostalih zdravstvenih djelatnika vrlo je teško i odgovorno. Etičkim kodeksima zdravstvenih profesija određuju se dužnosti i odgovornosti zdravstvenih djelatnika. To su moralna profesionalna pravila koja zdravstvene djelatnike obvezuju u savjesti kod obavljanja svojih poslova.

Zdravstvenim zakonima i drugim propisima te stručnim pravilima određuju se obveze i dužnosti zdravstvenih djelatnika te odgovornosti. Zdravstvene komore svojim aktima odredile su odgovornost za pojedine propuste u radu zdravstvenih djelatnika.

Sve više se raspravlja o zaštiti prava pacijenata. Donesen je Zakon o zaštiti prava pacijenta i posvećuje se velika pažnja na pravilno postupanje zdravstvenih djelatnika prilikom provođenja dijagnostičkih i terapijskih postupaka.

Također je sve više tužbi za naknade šteta koje pacijenti pretrpe, a smatraju da su posljedice stručnih i drugih grešaka zdravstvenog osoblja. Uz građanske tužbe podnose se i kaznene prijave.

Zdravstveni zakoni pravilno su odredili zdravstvenim djelatnicima trajno stručno usavršavanje. To je sigurno jedan od najvažnijih vidova osiguranja zdravstvenih djelatnika od moguće greške, jer se stalno stječu nova stručna znanja koja primjenjuju u praksi.

Uputno je da se zdravstveni djelatnici osiguraju kod osiguravajućih društava za slučaj odgovornosti za štetu, kao i za slučajeve kaznene odgovornosti.

Nažalost, svjedoci smo kod nas i jednog negativnog odnosa javnosti prema zdravstvenim djelatnicima. U medijima se često mogu pročitati senzacionalistički napisi o propustima i greškama zdravstvenih djelatnika i posljedicama za pacijente. Često se navode i imena liječnika te drugog zdravstvenog osoblja, a da ništa nije provjereno niti je bilo koje stručno ili državno tijelo o pojedinom slučaju donijelo svoj sud.

Unatoč nastojanju da stanu u obranu svojih članova, zdravstvene komore su gotovo nemoćne u branjenju zdravstvenih djelatnika od javnog linča.

Treba se nadati da će zdravstveni djelatnici raditi s potrebnim stručnim znanjem te po svojoj profesionalnoj savjeti, a da će naše društvo sazrijeti u poštovanju i cijenjenju rada teškog zdravstvenog zvanja, ali znati prepoznati stvarne greške te ih sankcionirati.

PRIZADEVANJA ZA ZMANJŠEVANJE NASILJA NAD PACIENTI

Mag. Marija Zaletel

Izvleček

Stoletje, ki je za nami, ostaja v zgodovini zaznamovano z izrednim tehnološkim napredkom, velikimi uspehi medicine in izbruhi vojn, nasilja ter terorizma. Kar se tiče nasilja, je prisotno v našem vsakdanjem življenju, v medsebojnih odnosih, nekontroliranem, škodljivem ravnanju z okoljem, pa tudi v našem poklicnem ravnanju. Nasilje vseh vrst se po svetu povečuje. Pomeni grožnjo javnemu zdravju.

Na področju zdravstva, posebej zdravstvene nege, kjer sta zaupanje in dobrobit pacienta zelo pomembna za njegovo ozdravitev, medicinske sestre premalo upoštevajo potrebe po varnosti pacientov in lastne varnosti. Pacientova telesna in čustvena varnost sta najpomembnejša, a varno zavetje pacientov ne pomeni vedno tudi varnosti za medicinske sestre.

Mednarodna organizacija medicinskih sester opozarja na zlorabo in nasilje nad negovalnim osebjem in zastopa stališče nične tolerance do nasilja. Poudarja in spodbuja akcije, ki so namenjene preprečevanju nasilja, spodbuja občutljivost za nasilje in nenazadnje spodbuja medicinske sestre, da se usmerijo proti nasilju na delovnem mestu, v okolju, v katerem živijo, pa tudi v širšem okolju. Velja, da je tudi nasilje bolezen. Kot vsako bolezen lahko tudi nasilje preprečujemo.

Od vseh zaposlenih v zdravstvu so izvajalci zdravstvene nege najbolj izpostavljeni nasilju na delovnem mestu. To je pokazala tudi raziskava, ki je bila izvedena leta 1999 v okviru Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. Zato je treba zdravstvenim delavcem zagotoviti varno delovno okolje in spoštljivo ravnanje. Od zdravstveno negovalnega osebja se pričakuje, da obvladuje nasilje. Nasilje pa je treba najprej prepoznati in upoštevati mehanizme za njegovo preprečevanje in obvladovanje.

Medicinske sestre imajo izjemno vlogo pri zagotavljanju varnosti in dobrega počutja pacientov. Njihove intervencije morajo biti usmerjene v:

- preprečevanje okužb,
- preprečevanje poškodb,
- nadzor nad pacienti,
- izolacijo pacientov,
- uporabo zaščitnih pripomočkov za varovanje,
- odstranjevanje nevarnih predmetov iz okolice.

Na mnogih bolniških oddelkih (zlasti psihiatričnih ustanov), urgenci, sprejemnih ambulantah, domovih starejših občanov, pa tudi v njihovem domačem okolju, se medicinske sestre srečujejo tudi z nasilnimi pacienti. Običajno so to:

- pacienti s hudimi telesnimi kroničnimi motnjami
- pacienti s kroničnimi duševnimi motnjami
- ljudje z osebnostnimi motnjami
- po zastrupitvah.

Medicinske sestre lahko že z lastnim vedenjem in terapevtsko komunikacijo vplivajo na preprečevanje nasilja. Pomembno je, da ne pokažejo strahu, da zatrejo negativne občutke, zadržijo običajno vedenje, ohranijo pomirjujoč ton glasu, normalen očesni kontakt, povečajo medsebojno razdaljo med seboj in agresivnim pacientom, ne reflektirajo pacientovega razpoloženja na svojem obrazu, s svojo držo ne izzivajo pacienta, poskusijo preslišati žaljivke in delovati umirjeno ter samozavestno. Če do nasilja kljub temu pride, pa je potrebno pacienta v njegovem ravnanju omejiti. Predstavljene bodo aktivnosti medicinskih sester pri zagotavljanju dobrega počutja, varnega bivanja in učinkovitega preprečevanja nasilnega obnašanja pacientov.

Ključne besede: medicinska sestra, nasilje, pacient.

CIJELO ŽIVOTNO OBRAZOVANJE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

Mr. sc. Danica Železnik, prof. zdr. njege

SAŽETAK

Prilog govori o važnosti cijelo životnog obrazovanja na području zdravstvene njege, dakle struke, koji se vrlo brzo razvija, no nešto sporije pridobiva na važnosti, samostalnosti i neovisnosti. Do postavljenog cilja možemo stići samo izobrazbom i znanjem. Razvoj zdravstvene njege kao struke, od njenog vršioca zahtjeva i očekuje također i brojna druga znanja, koja će u budućnosti iziskivati još veće potrebe po dodatnoj izobrazbi. Cijelo životno učenje/izobrazba u zdravstvenoj njezi omogućuje široku naobrazbu i pridobivanje specifičnih teoretskih znanja potrebnih za obavljanje zvanja medicinske sestre. Sistem izobrazbe je potrebno planirati i oblikovati već s ranim djetinjstvom, jer upravo takav način omogućuje optimalan razvoj pojedinca.

SUMMARY

This contribution is about the importance of life long learning on the field of nursing care, a profession which has been developing very fast, but slowly gaining adequate meaning and independence. Only education and knowledge can bring the set goal. The development of nursing care profession demands and expects many kinds of knowledge, thus enforcing needs for further education. Long life learning in nursing care enable their providers to become widely versed and to acquire specific theoretical knowledge needed in the nursing profession. Only establishment of an educational system starting in the early childhood enables optimal development of an individual.

Živimo u vrijeme koje određuje neizvjesnost, konkurencija, sve veća složenost i sve manja predvidljivost. Jedina konstanta kojoj smo svjedoci i s kojom možemo računati jesu promjene uvjetovane globalizacijom, tranzicijom, i promjenama na području svih znanosti, a posebno na području medicine i zdravstvene njege, upozoravajući nas na potrebu traženja novih strukovnih rješenja, oblikovanje novih vrijednosti, odnosa i načina rada s ljudima (Železnik, 2003).

S učenjem/izobrazbom se susrećemo praktično na svim mjestima gdje se ljudi okupljaju. Nakon priključenja Europskoj uniji tim više. Europi je potrebno u znanje usmjereno društvo, to jest društvo koje je svjesno važnosti izobrazbe, istraživanja i inovativnih djelatnosti.

Za profesionalni razvoj medicinskih sestara i širenje mogućnosti strukovnog odlučivanja, stalno strukovno usavršavanje je nužnost, koje mora poticati inicijativnost i kreativnost na području zdravstvene njege. Pod pojmom cjeloživotno učenje – »usavršavanje«, navodi Jereb (1998), razumijemo kao proces dopunjavanja, sistematiziranja i mijenjanja već osvojenog znanja, spretnosti navika i razvijenih sposobnosti. Usavršavanje omogućava čovjeku da cijeli svoj život osvježuje, dopunjava, proširuje i produbljuje svoju naobrazbu.

Prema Možini (2003), to znači da se osvojeno znanje, dakle prethodna formalna naobrazba ili drugačije stečeno znanje, spretnosti i stajališta, potrebna za zvanje ili struku, usavršava, širi, produbljuje, osuvremenjuje, prilagođava, dopunjuje, osvježuje itd.

Sasvim sigurno je takav način stjecanja i nadgradnja osvojenoga znanja od ključnog značenja za područje zdravstvene njege. Kad bi, naime, medicinske sestre ostale samo na početnom nivou osposobljenosti, pridobivenim formalnom izobrazbom, i ne bi se stalno usavršavale, razvoj zdravstvene struke bi ih ubrzo prestigao, a posljedice bi se pokazale u smanjivanju rezultata njihova rada.

Zajednička karakteristika svih vrsta neformalne strukovne izobrazbe ili strukovnog rada jest to, da njegova temeljna namjena nije pridobivanje javno priznatog (verificiranog) stupnja strukovne izobrazbe, iako svako obrazovanje za neko zvanje ili struku ima neki stupanj funkcionalnosti – već je namijenjeno poboljšanju osposobljenosti za zvanje ili struku (Jelenc, 1994).

Kao što navodi Hoyer (2005), s mogućnošću stalnog strukovnog usavršavanja, napredovanja i rasti, medicinske sestre dobiju priliku za bolji posao, bolje uvjete rada, bolji položaj i vrednovanje zvanja.

Svaki pomak u zvanju medicinskih sestara stvori nove potrebe po izobrazbi, koje se ne smiju zanemariti, već je potrebno stremiti k njihovom čim prijašnjem ostvarenju. Poticaj za cijelo životnu izobrazbu predstavlja već i samo posao sa svojim radnim izazovima i mogućnošću učenja.

Organizacija cijelo životnog učenja/obrazovanja u zdravstvenoj njezi

Želimo li organizirati obrazovanje zdravstvene njege koje će odgovarati potrebama određene organizacije, kao što kaže Jereb (1998), potrebama i interesima zaposlenih i potrebama društvenoga okruženja, najprije moramo poznati potrebe ali i mogućnosti nužnih za njihovu realizaciju. Obično nije moguće ostvariti svih potreba usavršavanja/obrazovanja istovremeno, zato predvidimo njihovo postupno ostvarivanje srednjoročnim i kratkoročnim planovima obrazovanja.

Prilikom organizacije cijelo životnog obrazovanja za područje zdravstvene njege potrebno je uzeti u obzir da učesnici u proces izobrazbe sa sobom donose različite vrste predznanja, koje izvore iz njihova prethodnog školovanja i rada, kao svoja životna i druga iskustva. U procesu izobrazbe moramo biti posebno svjesni značenja predznanja i iskustva, jer na njima često gradimo cjelokupni proces izobrazbe, odnosno proces učenja. Takvim načinom izobrazbe možemo u velikoj mjeri racionalizirati sredstva i vrijeme potrebna za izobrazbu. Važan čimbenik koji ne utječe samo na uključivanje medicinskih sestara u izobrazbu već i na sam tijek procesa izobrazbe sigurno su njihove radne obveze. Upravo posao i određeno radno mjesto mogu medicinsku sestru siliti u izobrazbu ili je od nje odvrćati. Medicinska sestra zna da se u proces izobrazbe mora uključiti ako pri svojem radu hoće napredovati, a po drugoj strani se boji da će joj svakodnevne radne obveze u službi i kod kuće suviše otežati učenje. Često se naime događa da zbog radnih obveza ili drugih dužnosti, medicinske sestre ne mogu redovno pohađati predavanja i druge oblike nastave. Takve i slične probleme mogli bismo u velikoj mjeri zaobići upotrebom suvremenijih oblika i metoda izobrazbe medicinskih sestara, koji bi im omogućavale više izbora glede vremena i mjesta učenja, više mogućnosti za učenje kod kuće, odnosno za samo izobrazbu

Pri informiranju, učenju i odgajanju medicinskih sestara potrebno je uzeti u obzir, da su to prije svega osobe iz prakse i da imaju vrlo konkretne i kratkoročne ciljeve, koje žele čim prije doseći. Isto tako imaju i različite životna i radna iskustva te očekuju da će pri učenju moći izabrati oblike i metode učenja i rada, koje će odgovarati njihovu prijašnjem znanju. Teško mijenjaju svoja stajališta, vrijednosti i djelovanje, jer sasvim sigurno imaju svojevrzne fizičke zahtjeve, na primjer: trebaju više vremena za pisanje seminarskih radnji, protive se promjenama, teže prihvaćaju novo znanje i nove načina rada...

Jedna od najvažnijih spoznaja je upravo ta, da je za uspješno i učinkovito programiranje i planiranje edukacije u svim fazama pedagoškoga procesa nužno potrebna suradnja onih koji obrazuju i onih koji se obrazuju.

Od izuzetnoga značenja je aktivno učestvovanje medicinskih sestara u procesu izobrazbe, procesu učenja na osnovi iskustva, te analiza i evaluacija takve izobrazbe. Takvim načinom osoba (profesionalka) pridonosi dobrobiti pacijenta i podizanju kvalitete zdravstvene njege i njenom razvoju.

Ciljevi cijelo životnog usavršavanja:

- stalno osposobljavanje i usavršavanje medicinskih sestara skladno s promjenama i razvojem medicine, tehnologije, organizacije rada i društveno ekonomskih odnosa,
- plansko uvođenje, osposobljavanje i napredovanje kadrova,
- usmjeravanje kadrova u daljnju izobrazbu,
- kontinuirano proučavanje i zadovoljavanje potreba po izobrazbi, osposobljavanju i usavršavanju
- dizanje aktivnosti izobrazbenih aktivnosti na višu i učinkovitiju razinu
- uvođenje suvremenih oblika izobrazbe
- vrednovanje i provjeravanje dostignuća obučavanja u praksi
- upotreba rezultata vrednovanja za poboljšanje izobrazbene djelatnosti
- kvalitetna zdravstvena njega – zadovoljan pacijent.

Čovjek, osposobljen za vršenje određenog posla u nekoj djelatnosti, danas se neprestano suočava s razvojem i inovacijama te djelatnosti i stoga je prisiljen da prvotno usvojeno znanje, spretnosti, navike i sposobnosti usavršava i dopunjava.

Takvim načinom izobrazbe pojedinac stječe osjećaj svoje vrijednosti, svojim znanjem kao pojedinac – profesionalac iz prakse, prispjeva dobrobiti pacijenta, podizanju kvalitete struke i njenom razvoju. Postaje svjestan važnosti cijelo životnog učenja i usavršavanja, nauči se uvažavati etične principe i prepoznavati etičke dileme u kliničkom okruženju, zna djelovati u skupini, uzima u obzir multidisciplinarnu suradnju i povezivanje, kreativan je, osvoji određene spretnosti, koje je sposoban prenijeti u svoju radnu okolinu. U svim životnim razdobljima samo učenje i izobrazba omogućuju priznavanje i razvijanje brojnih sposobnosti, kao i tjelesnu, intelektualnu, estetsku, osjećajnu i duhovnu rast.

Razvoj znanosti, kao i s njime povezan razvoj proizvodnih sistema i procesa, čovjeka obvezuje da taj razvoj ne samo prati, već da ga također vodi, usmjerava i iskorištava.

Uvjeti za pridobivanje kompetencije je i formalno i cijelo životno obrazovanje medicinskih sestara. Kompetencije su opredijeljene evropskom direktivom (20005/36/ES.), koja u 31. članku navodi da obrazovanje mora osigurati pridobivanje slijedećih znanja i vještina:

- Odgovarajuće poznavanje nauka, na kojim temelji opća zdravstvena njega, uključujući dostatno razumijevanje građe, fizioloških funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka i njegova fizičke i društvene okoline;
- Zadovoljavajuće poznavanje prirode i etike zvanja, kao i općih načela zdravlja i zdravstvene njege;

- Odgovarajuća klinička iskustva, odabrana na osnovi njihova značenja za osposobljavanje, čije se pridobivanje vrši pod nadzorom osposobljenih medicinskih sestara i na mjestima s dovoljnim brojem osposobljenog kadra i primjerne opreme za zdravstvenu njegu pacijenata;
- Sposobnost za suradnju pri praktičnom osposobljavanju zdravstvenoga osoblja i iskustva pri radu s tim osobljem;
- Iskustva pri radu s osobljem drugih zvanja u zdravstvenom sektoru.

Opredjeljenje kompetencija pruža osnovu za obrazovne programe, odnosno standarde kvalifikacija, koje će vršioce zvanja u zdravstvenoj njezi pripremiti za početak rada. Omogućuju slobodan protok radne snage i kandidiranje na tržištu radne snage, a predstavljaju i osnovu za uzajamno priznavanje kvalifikacija i licencijska među državama.

Pridobivanjem kompetencija, medicinska sestra postupa sa zdravom ili bolesnom osobom (pacijent, bolesnik, štićenik, stanar, korisnik, klijent) kao s jedinstvenim i neponovljivim subjektom u vremenu i prostoru, kao s najvećom vrijednošću u sistemu vrijednosti medicinske sestre. Isto tako postupa i s obitelji i društvenom zajednicom u vrijeme zdravlja i bolesti. To je put ka ostvarenju više razine zdravlja.

Kompetentna zdravstvena njega, pravo je svakog čovjeka.

ZAKLJUČAK

Znanje je ulaznica za svijet – naša želja je da pružanjem odgovarajuće izobrazbe slovenskim medicinskim sestrama omogućimo njihovo zapošljavanje u svim državama Europske zajednice.

Trebamo biti svjesni da je u današnje vrijeme brzih promjena znanje potrebno stalno nadograđivati, također i kao oblik cijelo životnog učenja. Cijelo životna izobrazba nam dakle omogućava učenje, koje prožima cjelokupan život čovjeka na bilo kojem razvojnem stupnju.

Stalno strukovno usavršavanje medicinskih sestara je nužnost za profesionalni razvoj zdravstvene njege.

Medicinska sestra u svojem zvanju ima različite uloge, kao što ih opredjeljuje Kvas (2004); djeluje kao učiteljica, odgojiteljica, savjetnica, analitičarka, osoba od povjerenja, bolesnikov advokat i još bismo mogli nabrajati.

Sasvim sigurno da takav rad zahtjeva i dodatna specifična i dodatna znanja, koja pridobiva i cijelo životnim učenjem. Kako će djelovati i kako će posredovati pridobivena znanja u velikoj mjeri ovisi o svakoj osobi pojedinačno, o njenim osobnim odlikama, njenoj motivaciji za posredovanje tih novosti i njihovim uvođenjem u područje zdravstvene njege, a ovisno je također i od okoline, kulture radne organizacije, znanja, kognitivnog i kritičnog razmišljanja, razvijenih spretnosti za to područje, njenih odnosa i stajališta do zdravstvene njege i naravno vremena, koje ima na raspolaganju.

PRAVA PACIJENATA U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU BOSNE I HERCEGOVINE.

Olivera Perić, diplomirana medicinska sestra

Sažetak:

Zdravstvo u BiH je duboko zakoračilo u široke reforme pri čemu i sestrinstvo doživljava promjene i zahtjeva značajna poboljšanja kako bi efikasnije odgovorilo na potrebe pacijenata i opće populacije. Pasivna uloga pacijenata kao najbrojnijih sudionika u sustavu zdravstvene skrbi ne daje kvalitetu koja bi bila na zadovoljstvo pacijenta.

Imperativ je da pacijent treba postati aktivni sudionik u procesu liječenja što nužno zahtjeva donošenje zakona o pravima i obavezama pacijenta. Kada razmotrimo svrhu i opravdanost donošenja zakona postavlja nam se i najvažnije pitanje : Što je pravo? Prema Ulpianu pravniku starog Rima," pravo je umjetnost dobra i jednakosti tj. minimum morala po kojemu je život čovjeka nepovrediv, najveća vrijednost koju mu nitko ne može oduzeti., U skladu s ovom definicijom težište u radu sestre je usmjereno na promicanje zdravlja, očuvanje vrijednosti ljudskog života, pravdu , poštovanje i nediskriminaciju. Nužnost je da se donose zakon u BiH kojim će definirati prava i obveze pacijenta, ali i promicati univerzalan razina moralnosti, s poštovanjem prema pojedincu i pravnom sustavu.

Rezultate naše ankete koju smo proveli među pacijentima prezentirat ćemo u radu na konferenciji.

OBIM EDUKACIJE IZ PRAVA I BEZBIJEDNOSTI PACIJENATA NA VISOKOJ ZDRAVSTVENOJ ŠKOLI UNIVERZITETA U SARAJEVU

Rudić Aida, Berbić-Fazlagić Jasmina,
Jusupović Fatima, Spasojević Nada, Mačak Amra

Sažetak:

Područje zdravstvenog rada zadire duboko u mentalnu i fizičku cjelovitost ljudskog bića, pa samim tim daje veliku mogućnost narušavanja tog integriteta. U kojoj mjeri je čovjek kao pacijent, odnosno objekat zdravstvene djelatnosti u toku dijagnostike, terapije ili zdravstvene njege, zaista zaštićen u zdravstvenom sistemu, je pitanje koje u savremenim i razvijenim društvima ima značajno legislativno uporište.

U našim uslovima ne postoji zakonski oslonac za bezbijedan protok pacijenata kroz djelatnost zdravstvene zaštite. Bosna i Hercegovina se već prilično dugo vremena, nakon zadnjih ratnih zbivanja, nalazi u procesu državnog i zakonodavnog konstituisanja. U toku tih procesa se veoma sporo donose i definišu mnoga i zakonska i podzakonska akta. Mi nemamo zakon o bezbijednosti i pravima pacijenata, kao ni zakon o zdravstvenoj njezi, odnosno sestrinstvu! Ne postoji čak ni državni Zakon o zdravstvenoj zaštiti, nego su dva, u ingerencijama entiteta, dok su Zakoni o zdravstvenom osiguranju, ograničeni na nivoe Kantona, tako da su prava i bezbijednost pacijenata u procesu ostvarivanja zdravstvene zaštite veoma kompromitovana.

S druge strane, studenti zdravstvenih studija na Visokoj zdravstvenoj školi Univerziteta u Sarajevu, svoje vještine i znanja u toku studiranja stiču uglavnom učeći na živim pacijentima u postojećem sistemu zdravstva, pa je opravdano pitanje koliko oni tim postupcima ugrožavaju sigurnost pacijenata, a isto tako, koliko uopšte u toku edukacije dobiju informacija o pravu pacijenata na adekvatnu bezbijednost u procesu zdravstvene zaštite.

U našem radu smo analizirali nastavne programe različitih zdravstvenih studija na Visokoj zdravstvenoj školi, nastojeći utvrditi u kom obimu se studentima različitih studija prezentira sadržaj iz domena bezbijednosti pacijenata u procesu zdravstvene zaštite. Isto tako smo proveli „ad hoc“ anketu studenata svih studija i svih semestara Visoke zdravstvene škole, nastojeći objektivno utvrditi njihova znanja i stavove o pravima i bezbijednosti pacijenata u toku procedura u zdravstvenoj zaštiti, kao i njihovu unutrašnju potrebu za proširenjem znanja iz tog domena.

RADIONICE

Radionica 1

PRAVA PACIJENTA

Voditelj: *Miroslav Radić, dipl. iur.*

PRAVA BOLESNIKA I NJIHOVE OBVEZE

Benceković Željka vms, Benko Irena, vms.

Prava i dužnosti osoba u ostvarivanju ZZ u Republici Hrvatskoj određena su Zakonom o ZZ donesenim u srpnju 2003.godine. Zakonom su određena prava svake osobe, a odnose se na jednakost u postupku, izbor liječnika, uslugu standardizirane kvalitete, prvu i hitnu medicinsku pomoć, pravo na izbor u liječenju, točno informiranje, mogućnost odbijanja pregleda i drugih postupaka, povjerljivost podataka, prehranu i vjerske obrede u skladu sa svjetonazorom, te prava u slučaju smrti. Takova i slična prava imaju i bolesnici u drugim zemljama svijeta. Povijest prava bolesnika datira iz 60-tih. godina prošlog stoljeća, a preteče su im brojne Deklaracije o pravima čovjeka.

Osim prava bolesnici imaju i obveze, koje su također propisane Zakonom. One su: odgovornost pri pridržavanju uputa o liječenju, suodgovornost za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, te pridržavanje kućnog reda u ustanovama. Primjeri obveza iz ostalih zemalja su različiti (bolesnici imaju uglavnom brojnije obaveze od građana RH) i pokazuju da bolesnici nemaju samo prava nego i brojne obveze.

Teško je utvrditi koliko se danas poštuju prava bolesnika, a još teže da li bolesnici izvršavaju svoje obveze propisane Zakonom. Možemo samo razmatrati uzroke pretjeranog trošenja ("moral hazard") u zdravstvu i veliku učestalost kardiovaskularnih bolesti i hospitalizacija uzrokovanih tim bolestima. Dobro je poznato da se na brojne faktore rizika za nastanak tih bolesti može utjecati odgovornim ponašanjem prema vlastitom zdravlju.

PRAVA PACIJENATA

Boris Majetić

Cilj

- Informiranje medicinskih sestara i tehničara o Zakonu o zaštiti prava pacijenata, kojim se regulira zaštita prava pacijenata općenito
- Informiranje medicinskih sestara i tehničara o Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, kojim se regulira zaštita prava pacijenata sa duševnim smetnjama.

Opća prava pacijenata regulirana su Ustavom Republike Hrvatske koji jamči svim građanima Republike Hrvatske pravo na zdravstvenu zaštitu. Sukladno odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju, zdravstveno osiguranje provodi se kao obvezno i kao dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Obvezno zdravstveno osiguranje osniva se na načelima uzajamnosti i solidarnosti, a provodi se putem Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje ne provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, nego druge pravne osobe – osiguravatelji koji posluju prema načelu tržišta. U studenom 2004. godine počeo se primjenjivati Zakon o zaštiti prava pacijenata koji je izrađen u skladu Ustavom Republike Hrvatske i s preporukom Odbora poslanika Vijeća Europe iz veljače 2000. godine. Ovaj Zakon regulira prava i obveze pacijenata u Republici Hrvatskoj, uvažavajući temeljne principe i preporuke:

- Deklaracije o promicanju prava pacijenata u Europi Svjetske zdravstvene organizacije za zemlje članice EZ, Amsterdam, 1994;
- Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskih bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini Vijeća Europe. Oviedo, 1997, s pojašnjavajućim izvješćem u svezi Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, Strasbourg, 1997;
- Univerzalne deklaracije UN o ljudskim pravima prihvaćene na generalnoj skupštini g.1948;
- Konvencije o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda, 1950;
- Međunarodnog ugovora o civilnim i političkim pravima i Međunarodnog ugovora o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima iz 1966;
- Konvencije o zaštiti pojedinca s obzirom na automatsko procesuiranje osobnih podataka iz 1981;
- Konvencije o pravima djeteta usvojene na Generalnoj skupštini Ujedinjenih naroda 1989;

Osiguravajući poštivanje Ustava Republike Hrvatske i na njegovim odredbama utemeljenu zaštitu prava pacijenata, štiteći interese zdravlja svih građana Republike Hrvatske te štiteći ljudska prava.

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

Pacijentom se smatra svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja, sprečavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije.

Svakom pacijentu jamči se opće i jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu.

Zaštita prava pacijenata u Republici Hrvatskoj provodi se na načelima humanosti i dostupnosti.

Načelo humanosti ostvaruje se: - osiguravanjem poštivanja pacijenta kao ljudskog bića,

-osiguravanjem prava na fizički i mentalni integritet pacijenta,

-zaštitom 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.

Ovim zakonom je prvi puta za sve pacijente u RH propisano pravo na suodlučivanje. Pravo na suodlučivanje obuhvaća pravo pacijenta na obaviještenost i pravo na prihvaćanje odnosno odbijanje pojedinog dijagnostičkog ili terapijskog postupka.

Ovdje treba izdvojiti članak 8. koji definira pravo pacijenta na obaviještenost o:

- svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenog 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,
- svome 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 zdravstvenog 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.

Pacijenti s invaliditetom imaju pravo dobiti obavijesti u njima pristupačnom obliku. Ove obavijesti na usmeni zahtjev pacijenta obavezan je dati zdravstveni radnik visoke stručne sprema koji pacijentu izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge.

Kako to u praksi funkcionira: kod prijema u bolnicu pacijent obično mora potpisati neki „formular“, zapravo daje pristanak za sve potrebne zahvate i postupke, bez jasnih usmenih uputa, jer u „formularu ionako sve piše“. Pacijenti uglavnom nisu upoznati sa svojim pravima koja proizlaze iz samog ZZPP. O svojoj bolesti vrlo malo znaju, a osobe koje bi im trebale dati tu informaciju, obično imaju premalo vremena i previše posla da bi svakom pacijentu mogle posvetiti vremena onoliko koliko bi to njemu bilo potrebno.

Za pretrage, potrebnu pripremu, način njihovog provođenja, eventualne komplikacijama, doznaje se najčešće od medicinske sestre. Na vizitama o pacijentu se govori kao o „slučaju“, a ne kao o čovjeku s imenom i prezimenom. Isto tako po otpustu iz bolnice pacijenti dobiju šture upute, a otpusno pismo obično dolazi naknadno i laiku pisano nerazumljivim jezikom.

Nažalost takva je praksa često uobičajena u mnogim našim ustanovama, a situacija na psihijatrijskim odjelima još je daleko kompleksnija.

Psihijatrijski pacijenti su uvijek bili zakinuti u svojim pravima. Zatvarani na psihijatrijske odjele, često bez pravog razloga. Nije bio rijedak slučaj da pri dolasku nekog „visokog“ političara policija privede određene osobe na „izolaciju“ u psihijatrijsku ustanovu. Izolacija nije bila vremenski ograničena i često ti ljudi nisu ni znali zašto su dovedeni u psihijatrijsku ustanovu.

Na psihijatrijskim odjelima pacijenti su bili izloženi iskorištavanju, fizičkom zlostavljanju od drugih pacijenata ili čak i samog osoblja. Pacijenti su bili uključeni u fizički rad na odjelima bez posebne zakonske regulative.

Terapija se provodila po odredbi i ordiniranju psihijatra, ali i drugog zdravstvenog osoblja, po potrebi! Takva terapija se nije nigdje evidentirala. Pacijenti su mogli biti podvrgnuti EKT-u, hormonalnoj terapiji ili nekom drugom postupku bez pristanka.

Sputavanje pacijenata je bila svakodnevna i uobičajena pojava. Pacijenti su sputavani ne samo zbog opravdanih razloga, već i iz posve banalnih razloga kao što je pušenje na za to nedozvoljenom mjestu. Sputavanje je obično bilo popraćeno i aplikacijom terapije i.m., za što i nije bilo nekog opravdanog razloga.

Osim toga psihijatrijske ustanove građene su izvan gradova i mjesta, čak smještane i na otocima kako bi se i na taj način „zaštitili“ „normalni“ ljudi. Uvjeti takvog smještaja u pravilu su bili znatno lošiji od uvjeta drugih zdravstvenih ustanova koje su primale „obične“ pacijente.

Što se tiče zakonske regulative položaja psihijatrijskih pacijenata, treba spomenuti za ono vrijeme vrlo suvremeni statut Kraljevskog zemaljskog zavoda za umobolne u Stenjevcu kraj Zagreba iz 1880. godine. Osobe s duševnim smetnjama štatile su se Zakonom o sudskom vanparničnom postupku iz 1934. godine i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1980. odnosno Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 1997. godine. Kako u Hrvatskoj postupak prisilne hospitalizacije nije bio posebno uređen, primjenjivali su se paragrafi 193-195. Zakona o sudskom vanparničnom postupku iz 1934. godine kao pravna pravila u slučajevima prisilne hospitalizacije sve do donošenja Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama 1997. godine. U trenutku donošenja ZZODS-a te odredbe su bile zastarjele, a i nisu se primjenjivale. Prema istraživanju koje je proveo Horvatić 1989. godine, u razdoblju od 1.1.1984. do 31.7.1988. bilo je ukupno 37 obavijesti Općinskom sudu u Zagrebu o prisilnim hospitalizacijama, mada je u to vrijeme vjerojatno u jednom ili najviše dva dana bilo toliko, ako ne i više, prisilnih hospitalizacija u dvije psihijatrijske bolnice u gradu Zagrebu.

Osamostaljenjem Republike Hrvatske i njezinim približavanjem europskim integracijama pokazala se potreba za donošenjem zakona koji bi štitio prava pacijenata općenito, ali i prava psihijatrijskih pacijenata.

U okviru cjelokupne reforme kaznenog zakonodavstva u Republici Hrvatskoj prvi je put donesen i Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, zajedno sa još tri nova zakona (Kazneni zakon, Zakon o kaznenom postupku, Zakon o sudovima za mladež). ZZODS se počeo primjenjivati 1. siječnja 1998. a svoju prvu izmjenu doživio je u studenom 1999. godine. Jedno cijelo poglavlje ZZODS – a bavi se pravima i dužnostima osoba s duševnim smetnjama i osoba koje provode njihovu zaštitu i liječenje.

U temeljnim načelima ZZODS –a navodi se da osoba s duševnim smetnjama ima pravo na jednake uvjete liječenja kao i osobe smještene u druge zdravstvene ustanove. Slobode i prava osobe s duševnim smetnjama mogu se ograničiti samo zakonom ako je to nužno radi zaštite zdravlja ili sigurnosti te ili drugih osoba. Dostojanstvo osobe s duševnim smetnjama mora se štiti i poštovati u svim okolnostima. Osoba s duševnim smetnjama ima pravo na zaštitu od bilo kakvog oblika zlostavljanja te ponižavajućeg postupanja. Osoba s duševnim smetnjama ne smije biti dovedena u neravno pravi položaj zbog svoje duševne smetnje. Posebne mjere koje se poduzimaju da bi se zaštitila prava ili osiguralo unapređivanje zdravlja osoba s duševnim smetnjama ne smatraju se oblikom nejednakog postupanja.

ZZODS u svom poglavlju o pravima duševnih pacijenata navodi da svaka osoba s duševnim smetnjama dobrovoljno ili prisilno smještena u psihijatrijsku ustanovu ima pravo:

1. biti upoznata u vrijeme prijama, a kasnije na svoj izričiti zahtjev, sa svojim pravima i dužnostima te poučena o tome kako može svoja prava ostvariti
2. biti upoznata s razlozima i ciljevima njezina smještaja te sa svrhom, prirodom, posljedicama, korisnošću i opasnostima provedbe drugih oblika liječenja kako i s korisnošću i opasnostima provedbe drugih mogućnosti liječenja,
3. djelatno sudjelovati u planiranju i provođenju svojeg liječenja, oporavka i resocijalizacije,
4. obrazovati se i radno osposobiti prema općem programu ili posebnom programu za osobe s poteškoćama u učenju,
5. na odgovarajuću novčanu naknadu za rad u radno-terapijskim poslovima od kojih ustanova u kojoj se nalaze na liječenju ostvaruje prihod,
6. podnositi pritužbe izravno ravnatelju psihijatrijske ustanove ili predstojniku odjela glede oblika liječenja, dijagnosticiranja, otpusta iz ustanove i povrede njezinih prava i sloboda,
7. postavljati zahtjeve i izjavljivati bez nadzora i ograničenja prigovore, žalbe i druge pravne lijekove nadležnim pravosudnim i državnim tijelima,
8. savjetovati se o svom trošku na samo s liječnikom ili odvjetnikom po svom izboru,
9. družiti se sa drugim osobama u psihijatrijskoj ustanovi i primati posjete,

10. o svom trošku slati i primati bez nadzora i ograničenja poštu, pakete i tiskovine te telefonirati,
11. pratiti radio i televizijske programe,
12. posjedovati predmete za osobnu uporabu,
13. sudjelovati po svom izboru u vjerskim aktivnostima u okviru mogućnosti psihijatrijske ustanove,
14. predlagati premještanje u druge psihijatrijske ustanove,
15. biti otpuštena iz ustanove uz osiguranu podršku za prihvatanje u zajednici.

Iz ovoga se vidi da pacijent već kod prijema u bolnicu mora dobiti obavijesti o razlozima i ciljevima njegovog smještaja u bolnici, te o načinu liječenja i mogućim posljedicama. Pacijent više nema pasivnu ulogu, već se inzistira na njegovom aktivnom uključivanju u svoje liječenje. Tome da pacijent nije samo pasivni primatelj psihijatrijske zaštite naročito pridonosi institut informiranog pristanka po kojem u pravilu psihijatar ne može poduzeti niti jedan liječnički postupak bez izričitog pristanka pacijenta. Uključivanje osobe s duševnim smetnjama u postupak njezina liječenja pridonosi uspostavljanju pozitivne suradnje između liječnika i pacijenta te ublažavanju i otklanjanju otpora prema liječenju. Pacijent ima pravo sam ili putem pravnog zastupnika podnositi žalbe i druge pravne lijekove nadležnim pravosudnim tijelima. To u praksi nažalost ne funkcionira kako je zamišljeno zakonom. Pacijentu sud odredi pravnog zastupnika kod prisilne hospitalizacije po službenoj dužnosti, no on jedva da i vidi pacijenta. Dešavalo se da je osoblje na odjelu uvidjevši da su povrijeđena pacijentova prava, moralo zvati pravnog zastupnika da nešto poduzme i zaštiti pacijenta. Pacijent ima pravo da bez ograničenja prima i šalje poštu i pakete. To mu se pravo može ograničiti, ako postoji osnovana sumnja da osoba s duševnim smetnjama, nastoji pribaviti oružje ili drogu dogovara se o bijegu ili kaznenom djelu. Svako takvo ograničenje uz navođenje razloga zbog kojih je bilo nužno mora biti ubilježeno u medicinsku dokumentaciju. Ograničenje može trajati koliko je potrebno da se zaštite interesi bolesnika odnosno društva. Danas osoba s duševnim smetnjama ima pravo na glasovanje. U prošlosti se smatralo da je osoba s duševnim smetnjama automatski nesposobna za glasovanje već činjenicom što je hospitalizirana zbog duševnih smetnji. Ako se osobi s duševnim smetnjama ometa ostvarivanje ili mu se uskraćuju ova prava, psihijatrijska ustanova kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 5.000 do 300.000 kuna, a počinitelj i odgovorna osoba u psihijatrijskoj ustanovi novčanom kaznom od 1.000 do 10.000 kuna. Povreda pojedinih zajamčenih prava može dovesti i do kaznene odgovornosti.

Možda najosjetljivije pitanje zaštite osoba s duševnim smetnjama je pitanje prisilne hospitalizacije psihijatrijskih pacijenata koje može biti provedeno na dva načina:

1. prema odredbama čl. 22. ZZODS-a – tzv. „civilna hospitalizacija“. Ta vrsta prisilne hospitalizacije indicirana je kada „osoba s težim duševnim smetnjama uslijed svoje duševne smetnje ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život ili zdravlje ili sigurnost, odnosno život i zdravlje ili sigurnost drugih osoba“...,

2. prema odredbama čl. 44. ZZODS-a – tzv. „forenzična hospitalizacija“. Razlika između civilnog i forenzičnog pacijenta je u procjeni opasnosti. Kod forenzičnog pacijenta radi se o osobi koja je počinila kazneno djelo i psihijatrijskim vještačenjem je ocijenjeno da je u to vrijeme bila neubrojiva, a uz to je ocijenjeno da je opasna po okolinu. Takva osoba nije kazneno odgovorna. Svrha hospitalizacije tog pacijenta je redukcija njegove opasnosti i prevencija ponovnog kriminalnog ponašanja.

Kod prisilne hospitalizacije po članu 44. osobi s duševnim smetnjama, nakon provedenog vještačenja i pravomoćne sudske odluke, posebno povjerenstvo imenovano od Ministarstva zdravstva donosi odluku u koju od četiri ustanove će se osoba uputiti (Ministarstvo zdravstva donijelo je posebno rješenje o određivanju zdravstvenih ustanova za smještaj i liječenje neubrojivih osoba. To su Specijalna bolnica za psihijatriju, Vrapče, Zagreb – 70 postelja; Specijalna bolnica za neuropsihijatriju „Dr Ivan Barbot“, Popovača – 200 postelja; Specijalna bolnica za psihijatriju Rab – 54 postelje i Specijalna bolnica za psihijatriju Ugljan – 27 postelja). Tu bi trebalo voditi brigu o smještaju osobe s duševnim smetnjama u njemu najbližu ustanovu po mjestu stanovanja, ali to nije uvijek moguće zbog smještajnog kapaciteta same ustanove i razine sigurnosti pojedine ustanove. Neubrojivi bolesnici imaju pravo na terapijske izlaske. U početku primjene ZZODS – a provedba terapijskih izlaska bila je smanjena zbog neznanja sudova da za svaki terapijski izlazak, ma koliko on trajao, ne mora doći nezavisni vještak i napraviti procjenu dali je osoba sposobna za taj izlazak. U to vrijeme bolnice su se pretvorile u sudnice gdje su suci, odvjetnici i vještaci provodili bezbroj vještačenja i procjena. To je trajalo do prve izmjene i dopune zakona kada je zakon izmijenjen i sad se samo za prvi terapijski izlaz mora tražiti odobrenje od suda, kada sud šalje vještaka da napravi procjenu pacijenta , a za svaki drugi terapijski izlaz dovoljno je samo pismeno obavijestiti sud da će taj pacijent u određeno vrijeme biti na izlazu. Isto tako treba spomenuti da se kod prijedloga za otpust neubrojive osobe obavezno provodi vještačenje, dok kod prijedloga za produženje prisilne hospitalizacije nije bilo do sada niti jednog vještačenja!

Primjena fizičke sile u zaštiti osoba s duševnim smetnjama do stupanja na snagu ZZODS – a, bila je uobičajeno sredstvo smirivanja pacijenata kada je to bilo opravdano, ali i u slučajevima kada su se mogle primijeniti i neke druge, manje traumatizirajuće, metode. Obično je to bilo sputavanje pacijenta u zaštitnu košulju i fiksiranje za krevet remenima. Primjena fizičke sile u tretmanu psihijatrijskih pacijenata u pravilu se karakterizira kao antiterapijski postupak koji dovodi do prekida terapijske suradnje ili čak do teškog, i psihičkog i fizičkog, traumatiziranja pacijenata ili nekog od članova

tima. No primjena fizičke sile nekad je neizbježna. Fizička sila primjenjuje se samo kao krajnje sredstvo, kada više ništa drugo nije od pomoći da se osoba s duševnim smetnjama spriječi da svojim napadom ugrozi život ili zdravlje druge osobe ili svoj život ili zdravlje odnosno tuđu imovinu veće vrijednosti. Napad se sastoji u aktivnom postupku. Verbalni napad nikad nije dostatan za primjenu fizičke sile. Za njezinu što uspješniju primjenu nužno je podučiti članove terapijskog tima o svim aspektima primjene fizičke sile u tretmanu psihijatrijskih pacijenata, pri čemu najveću pažnju valja posvetiti rizičnim aspektima komunikacije između osoblja odjela i pacijenata. Preporuka 1235 Vijeća Europe upućuje na to da se u psihijatrijskom tretmanu ne bi smjela upotrebljavati nikakva sredstva za izravno mehaničko ograničavanje slobode kretanja bolesnika (npr. stezulja), a upotreba velikih ćelija trebala bi biti vrlo ograničena. ZZODS takve zahtjeve ne sadrži jer za njihovu provedbu nema ekonomskih uvjeta. Te bi prostorije trebale imati odgovarajuće grijanje, ventilaciju, osvjetljenje i prostor za sjedenje, te bi trebalo biti moguće stalno promatranje pacijenata izvana, ali da im se istodobno osigura i privatnost. Budući da nijedna hrvatska psihijatrijska ustanova ne raspolaže takvim prostorijama koje bi bile opremljene prema suvremenim svjetskim standardima, za sada je u ZZODS – u zadržana mogućnost izravnog fiksiranja bolesnika. Odluku o primjeni fizičke sile donosi psihijatar te nadzire njezinu primjenu. Kada zbog iznimne žurnosti nije moguće čekati da odluku donese psihijatar, to može učiniti medicinska sestra ili tehničar. Oni su dužni o tome odmah obavijestiti psihijatra koji će odlučiti o njenoj daljnjoj primjeni. Prije primjene fizičke sile, osobu bi, ako je to moguće, trebalo o tome upozoriti. Osoba se neće upozoriti ako bi to dovelo u pitanje izvršenje postupka fiksiranja. Primjenu fizičke sile treba izvršiti na što je moguće manje traumatizirajući način, sa dovoljnim brojem educiranog osoblja (u pravilu po jedna osoba za svaki ekstremitet i jedna za glavu pacijenta). Isto tako potrebno je osigurati stalno praćenje tjelesnog i duševnog stanja te osobe. Potrebno je evidentirati u medicinsku dokumentaciju razloge primjene fizičke sile, te vrijeme trajanja fiksiranja bolesnika. U našoj bolnici postoji obrazac za evidentiranje primjene sputavanja koji se ispunjava za svakog fiksiranog pacijenta. Pacijent može biti fiksiran samo onoliko vremena koliko je potrebno da se ukloni opasnost. Tu treba spomenuti da je ministar zdravstva po ZZODS – u bio dužan donijeti propise o sredstvima koja zdravstveni djelatnici koriste za fizičko ograničavanje i djelovanje osoba s duševnim smetnjama. To do sada nije učinjeno, nego zdravstveni djelatnici postupaju po preporukama u obliku pravilnika ili kućnog reda koji se razlikuju od ustanove do ustanove.

Iz svega navedenog vidi se da su prava pacijenata jedno kompleksno i interdisciplinarno pitanje koje se regulira sa nekoliko različitih zakona. Svi zakoni na papiru izgledaju savršeno, a tek se u praksi otkrivaju nedostaci te ih je potrebno dopunjavati. Pokazalo se da su pacijenti nedovoljno informirani o svojim pravima, a osobe koje bi im trebale dati informacije to ne čine. Neki od pozitivnih pomaka su i osnivanje Udruge za promicanje prava pacijenata na čiju inicijativu je i izrađen Zakon o zaštiti prava pacijenata. Psihijatrijski bolesnici su zbog prirode svoje bolesti u nepovoljnijem položaju u odnosu na druge pacijente i zahtijevaju veću mogućnost zaštite svojih prava. ZZODS je u tome veliki napredak, ali i tu ima mjesta za dopune. Svemu treba dodati i etičku dimenziju, koja je zbog nedostatne zakonske regulative i do sad imala značajnu vrijednost. U svrhu što boljeg informiranja psihijatrijskih pacijenata treba spomenuti i brošuru u izdanju Psihijatrijske bolnice Vrapče „Psihijatrijska bolnica Vrapče hram čovječnosti uvijek u službi svojih pacijenata“. Brošura je izdana povodom 125. obljetnice bolnice i sadrži osnovne informacije o Psihijatrijskoj bolnici Vrapče, te najvažnije članke ZZODS – a.

BIOETIČKI ASPEKTI ODVJETNIČKOG MODELA SESTRINSTVA

Mihaela Škalić, vms.

Sposobnost Florence Nightingale i njezina shvaćanja uređenja bolničke službe i organizacije njege bolesnika došla su do izražaja u vrijeme krimskog rata. Njea bolesnika usmjerena je prema čovjeku-bolesniku. U svom udžbeniku o njezi «Notes on nursing» ona kaže: »Upotrebljavam riječ njega u nedostatku bolje. Ta riječ znači nešto više od podjele lijekova i promjene obloga. To znači korištenje svježeg zraka, svjetla, čistoće, mira, izbor i podjela dijete, sve ono što bolesniku pruža životnu snagu.»

Upravo u uvjetima krimskoga rata nastao je vojni model sestrinstva koji je i danas najviše zastupljen u zdravstvenim ustanovama. Temelj ovog modela je da je sestra vojnički pokorena nadređenima, prije svega liječniku.

Odvjetnički model sestrinstva nastao je 1970.-ih u SAD- u, a osnovna ideja je da bi medicinska sestra ponajprije trebala biti «pacijentov zastupnik». Setre su u ulozi zastupnika pacijenta/klijenta dužne u slučaju neodgovarajućih, neetičkih i nezakonitih postupaka bilo kojeg člana zdravstvene ekipe ili, pak, same zdravstvene ustanove spram pacijenta poduzeti odgovarajuće mjere kako bi zaštitile njihove najbolje interese.

Ovaj model ima tri varijante: pravno-zaštitnu, vrijednosno-zaštitnu i respektivnu. Bioetički aspekti odvjetničkog modela sestrinstva su najjače izraženi kroz drugu varijantu odvjetničkog modela, a to je vrijednosno-zaštitni model u kojem sestra štiti pacijenta i njegovu obitelj sa stanovišta društvenih vrijednosti, etičkih načela i moralnih normi.

Zbog prirode posla medicinska sestra je ta koja je stalno u kontaktu sa pacijentom i njegovom obitelji i samim time ona postaje njihova osoba od povjerenja i zaštitnica. I Hrvatsko udruženje medicinskih sestara u Etičkom kodeksu naglašava činjenicu da je sestra pacijentov zaštitnik.

Cilj ovog rada bio je istražiti u kojoj mjeri je odvjetnički model sestrinstva zastupljen u zdravstvenim ustanovama. Analiza je provedena na osnovi ankete kroz koju sam dobila odgovore na pitanja kome se pacijenti na bolničkom odjelu najradije povjeravaju i što očekuju ukoliko povjere problem medicinskoj sestri, tj. kome očekuju da taj problem prenese.

U postotcima u anketi je sudjelovalo 56,7% žena i 43,3% muškaraca, u dobi od 15 do 85 godina starosti.

Na postavljeno pitanje: «Kome se na odjelu najradije povjeravate?», 50% ispitanika je odgovorilo da se najradije povjeravaju medicinskoj sestri, 23,3% liječniku, 10% ostalom zdravstvenom osoblju ili se ne povjerava nikome, a 6,7 se povjerava pomoćnom osoblju. Iz toga proizlazi da 50% ispitanika odabire medicinsku sestru za osobu od povjerenja i zaštite.

Na postavljeno pitanje: «Ukoliko povjerite problem medicinskoj sestri, kome očekujete da ga prenese?», 66,7% ispitanika je odgovorilo da očekuju od medicinske sestre da problem prenese liječniku, 20% očekuje od medicinske sestre da problem zadrži za sebe a 13,3% očekuje da problem podijeli sa ostalim zdravstvenim osobljem.

Iako je u zdravstvenim ustanovama najviše zastupljen vojni model sestrinstva, provedena anketa ide u prilog činjenici da je u praksi djelomično zastupljen i odvjetnički model sestrinstva. Kombinacija ovih dvaju modela sestrinstva je realna slika prakse u zdravstvenim ustanovama.

Radionica 2

**SIGURNOST PACIJENTA I SPECIFIČNI MODELI STVARANJA
SIGURNE OKOLINE ZA POJEDINE GRUPE PACIJENATA**

Voditelj: *Prof. dr. sc. Ivan Šegota*

SIGURNOST TRANSFUZIJSKOG POSTUPKA U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA

Jasmina Šaranja, ms; Dijana Babić, vms

Primjena transfuzije krvi i krvnih pripravaka se već dugi niz godina usko povezuje sa liječenjem bolesnika nakon velikih operativnih zahvata te vitalno ugroženih bolesnika u Jedinicama intenzivnog liječenja.

Svaki krvni pripravak i njegova aplikacija bolesniku nosi sa sobom određeni rizik. Sigurnost krvnog pripravka u načelu se razlikuje od sigurnosti transfuzijskog postupka. Sigurnost bilo kojeg pripravka krvi temelji se na niskom riziku od prijenosa zaraznih bolesti i poslijetransfuzijske reakcije. Dok se sigurnost postupka odnosi na cijeli niz aktivnosti koje se odvijaju od postavljanja indikacije za transfuziju do konačne primjene ordiniranog pripravka.

Sestre koje su sa bilo kojeg aspekta uključene u proces transfuzije krvi i krvnih pripravaka moraju poznavati indikacije, moguće popratne reakcije i njihove simptome, pravilan način primjene i postupanja sa pojedinim krvnim pripravkom u cilju osiguranja maksimalno sigurnog okruženja za bolesnika.

SIGURNOST TRANSFUZIJSKOG POSTUPKA U JIL

Primjena transfuzije krvi i krvnih pripravaka se već dugi niz godina usko povezuje sa liječenjem bolesnika nakon velikih operativnih zahvata te vitalno ugroženih bolesnika u Jedinicama intenzivnog liječenja.

Prema podacima HZZTM za 2004. godinu, dnevno se u hrvatskim bolnicama primjeni oko 500 doza krvi.

Svaki krvni pripravak i njegova aplikacija bolesniku nosi sa sobom određeni rizik.

Kada govorimo o samim krvnim pripravcima, mislimo na dvije grupe potencijalnih

opasnosti uslijed transfuzije, a to su:

- opasnost od prijenosa infektivnih bolesti (HIV, hepatitis B i C, sifilis, bakterijske infekcije, citomegalovirus, Creutzfeld-Jakob d., toxoplasmosa i dr.)
- posttransfuzijske reakcije (hemolitička reakcija, alergijske reakcije, febrilna nehemolitička reakcija, imunološki odgovor i dr.). Sigurnost krvnog pripravka u načelu se razlikuje od sigurnosti transfuzijskog postupka. On obuhvaća cijeli niz aktivnosti koje započinju postavljanjem indikacije za transfuzijsko liječenje, a završavaju primjenom ordiniranog pripravka bolesniku i intenzivnim nadzorom.

Siguran transfuzijski postupak temelji se na sljedećim elementima:

1. STANDARDIZIRANI PROTOKOL
2. ADEKVATNA OPREMA
3. DOKUMENTACIJA
4. PREPOZNAVANJE RIZIKA
5. NADZOR BOLESNIKA
6. EDUCIRANO OSOBLJE
7. RACIONALNA UPOTREBA KRVI

Postojanje standardiziranog protokola za primjenu krvi i krvnih pripravaka preduvjet je sigurne transfuzije. Unutar takvog protokola precizno su definirane odgovornosti svakog člana tima, kao i sve faze u primjeni i provođenju transfuzije.

Prema nekim istraživanjima, sigurnost ovog postupka najčešće je ugrožena zbog:

- > nepodudarnosti krvnog pripravka sa bolesnikovom krvi (KG i Rh faktor),
- > neprepoznavanja znakova i simptoma transfuzijske reakcije i drugih komplikacija,
- > nedostatne dokumentacije koja prati transfuziju,
- > nepoštivanja standardiziranog postupka,
- > neadekvatnog načina čuvanja i transporta krvi i krvnih pripravaka.

Sestre koje u bilo kojem segmentu sudjeluju u provođenju transfuzijskog liječenja moraju biti svjesne svoje odgovornosti i obveze prema bolesniku. U prvom redu važno je usvojiti osnove tehnike aseptičnog rada, pravila primjene i postupanja sa krvnim pripravcima, sposobnost uočavanja promjene u bolesnikovom stanju i važnost pravovremene reakcije. Ne treba izostaviti niti važnost provjere podataka uz krevet bolesnika i njihovu evidenciju kao korak u sprečavanju ozbiljnih komplikacija.

Unatrag zadnjih nekoliko godina u intenzivnoj medicini prevladava stav o racionalnoj upotrebi krvi i krvnih pripravaka, koji je posljedica sve veće svijesti o opravdanim indikacijama i učinkovitosti ove vrste liječenje nasuprot mogućim rizicima i opasnostima kojima je bolesnik izložen.

U prvom redu se misli na opasnost od prijenosa mikroorganizama i često prisutnu imunodepresiju.

Upravo zbog toga razvijaju se tehnike i strategije koje omogućuju provođenje kirurških zahvata i liječenje visokorizičnih bolesnika bez uporabe transfuzije.

Zahvaljujući takvim stavovima došlo je do značajnog smanjenja potrošnje krvi i krvnih pripravaka od čak 40-50%.

U prilog tome ide izreka koja kaže:

«NAJSIGURNIJA JE ONA TRANSFUZIJA KOJA NIKAD NIJE PRIMJENJENA».

KONTROLA BOLNIČKIH INFEKCIJA UZROKOVANIH MULTIREZISTENTNIM MIKROORGANIZMIMA I SIGURNOST PACIJENTA

Mihaela Kranjčević-Ščurić; vms

Cilj rada: sigurnost pacijenta od infekcije/kolonizacije multirezistentnim uzročnicima

- Smanjiti incidenciju širenja rezistentnih mikroorganizama u bolnicama i zajednici
- Promjena stava prema bolničkim infekcijama - mnoge infekcije su neizbježne iako se neke mogu prevenirati **zamijeniti stavom** «svaka infekcija se može spriječiti osim ako se dokaže suprotno»
- Spriječiti «ukorjenjivanje» i epidemije rezistentnim sojevima
- Prevencija širenja multirezistentnih mikroorganizama pridržavajući se preporučenih smjernica za kontrolu bolničkih infekcija

Podaci o rezistenciji u RH: prema izvještaju Odbora za praćenje rezistencije bakterija na antibiotike u Republici Hrvatskoj Akademije medicinskih znanosti Hrvatske za 2003. i 2004.

- Na nacionalnoj razini 24% *Staphylococcus aureus* je rezistentno na meticilin (MRSA) 2003.
- Na nacionalnoj razini 1 sporadičan slučaj (Šibenik 2004.) *Enterococcus* rezistentnog na vankomicin (VRE)
- Rezistencija *S. aureus* na vankomicin (VISA/VRSA) nije do sada zabilježena u Hrvatskoj

Kao profesionalci, medicinske sestre/tehničari su odgovorni štititi prava i interese bolesnika/klijenata kako inače tako i u prevenciji bolničkih infekcija. Ukazano im je veliko povjerenje te bolesnici/klijenti od njih očekuju da budu kvalificirani, **pruže sigurnu i kompetentnu zdravstvenu njegu**, poštuju osnovna ljudska prava prema zakonu i etičkom kodeksu. Etički kodeks sažima neke od osnovnih vrijednosti: zdravlje i blagostanje, pravo na izbor, očuvanje digniteta, povjerljivost, jednakost, odgovornost, osiguranje **okoliša u kojem se može provoditi sigurna, kompetentna i etična njega**.

Bolničke infekcije su veliki i ozbiljni problem u zdravstvu. Značajan su uzrok morbiditeta i mortaliteta, produžuju trajanje i cijenu liječenja. Mnoge infekcije se mogu prevenirati pridržavanjem preporučenih smjernica za sprečavanje i kontrolu bolničkih infekcija. Sve je veći javni interes za bolničke infekcije što će rezultirati većim pridržavanjem smjernica za kontrolu bolničkih infekcija.

U porastu je broj multirezistentnih mikroorganizama koji reagiraju na sve manje antibiotika ili uopće ne reagiraju na poznate antibiotike (MRSA, VISA/VRSA, ESBL sojevi, VRE i dr.) U zdravstvenoj njezi bolesnika medicinske sestre kao i ostalo zdravstveno osoblje moraju se pridržavati standardnih mjera zaštite, a kod nekih infekcija potrebne su i dodatne mjere zaštite uz standardne (MRSA, VISA/VRSA, VRE, SARS itd.) kako bi se osigurala sigurnost pacijenata i bolničkog okoliša. Kontrola infekcija uključuje sve postupke koji se koriste da bi se smanjilo širenje

multirezistentnih mikroorganizama koji mogu izazvati bolest, one služe da zaštite bolesnike i zdravstveno osoblje od infekcije/kolonizacije smanjujući ili uklanjajući izvor.

Bolnička (nozokomijalna) infekcija rezultata je pružanja zdravstvenih usluga u zdravstvenim ustanovama. Većinu bolničkih infekcija prenose bolesnici ili zdravstveni djelatnici putem izravnog kontakta, posebna pozornost mora se posvetiti pranju/dezinfekciji ruku nakon kontakta s bolesnikom ili opremom. Rezistentni sojevi MRSE i ESBL (*Acinetobacter* spp, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*) zahtijevaju standardne mjere zaštite. MRSA, VRSA, VRE zahtijevaju uz standardne još i dodatne kontaktne mjere zaštite i izolaciju bolesnika/klijenta u zasebnu sobu (sam u sobi ili grupiran prema uzročniku). Izlazak bolesnika/klijenta iz izolacije je kod MRSA nakon 3 negativne kulture unutar 3 dana, a u slučaju VRE nakon 3 negativne kulture s razmakom od 7 dana.

ZAKLJUČAK: Bolničke infekcije danas sve više ugrožavaju sigurnost bolesnika. One su značajan uzrok mortaliteta, morbiditeta i visokih troškova liječenja. U svakoj ustanovi trebaju postojati jasne smjernice za prevenciju bolničkih infekcija multirezistentnim mikroorganizmima. Povećan javni interes za bolničke infekcije rezultirat će većim pridržavanjem mjera za kontrolu bolničkih infekcija, mnoge infekcije se mogu prevenirati promjenom stavova i ponašanja. Prevencija infekcija je posao svih zdravstvenih djelatnika i samo na taj način možemo osigurati sigurnost naših pacijenata/kijenata.

SIGURNOST BOLESNIKA U BOLNICI – STRATEGIJA PREVENCIJE I MANAGMENTA PADA BOLESNIKA U ZDRAVSTVENOJ USTANOVI

Dijana Žuljević, Jasminka Adžija, Milena Fiket

Sažetak

U KB»Sestre Milosrdnice«, na Internoj klinici se od 2001. godine provodi posebna strategija prevencije i managmenta pada bolesnika. Svim primljenim bolesnicima na internoj klinici se procjenjuje rizik za pad, putem bodovane tabele koja se nalazi na sestrinskoj anamnezi, u roku 2 sata od prijema bolesnika. Kod rizičnih bolesnika se provode specifične sestrinske intervencije za prevenciju pada.

Ako bolesnik padne, sestra ispunjava sestrinsko izvješće nakon pada bolesnika koje je:

- objektivan, legalan dokument o onome što se dogodilo
- izvješće za eventualni sudski postupak i osiguranje
- daje mogućnost istraživanja i analize podataka o uzrocima, okolnostima te ozljedama koje su rezultirale padom bolesnika, za ispravljanje eventualnih pogreški.

Svake godine se radi revizija broja padova, uzroka i posljedica, edukacija osoblja, te se izvršava godišnji izračun broja i stope pada (prema Morsu) koji se izvještava na stručnim sastancima. 2005 godina je rezultirala s 50% manje padova nego u 2001 godini. Stopa padova je cijelo vrijeme bila u okvirima preporučenih vrijednosti.

Provodi se i edukacija bolesnika o načinima sprečavanja pada putem nekoliko objavljenih članaka u bolničkim »Bolesničkim novinama«, te od kraja 2005.godine pamfletom »Pad u bolnici i kako ga spriječiti?«, kojeg bolesnik dobije prilikom dolaska u bolnicu.

Ovakvi pozitivni rezultati su ostvareni sistematskim planiranjem i adekvatnim provođenjem zdravstvene njege, a osnovu preventivnog programa sprečavanja pada bolesnika čini edukacija bolesnika, te mjerenje i izvještavanje o svim padovima koji se dogode na nekom odjelu.

Ključne riječi: *prevencija, pad bolesnika, mjerenje, edukacija*

SIGURNOST DJECE U BOLNICI

K. Šešo, J Mikulić, M. Čičak Novak

Ispunjavanje zakonske obaveze " Sigurnost pacijente u bolnici" zasigurno pred medicinske djelatnike koji skrbe o djeci-pacijentima stavlja obaveze dodatnih posebnosti, sukladno posebnostima populacije koju zbrinjavaju.

Osiguravanje okoline u kojoj će se djetetu u vrijeme trajanja hospitalizacije pod svaku cijenu osigurati očuvanje fizičke, psihološke i socijalne sigurnosti, zadaća je koja mora biti jasno definirana. s njom moraju bili upoznati svi sudionici liječenja i skrbi, a provedba postupaka kojima to postizemo mora biti stalno nadzirana. Načini praćenja provedbe ostvarivanja sigurne okoline mogu biti određeni sustavno i na individualnoj razini prilagođeni zahtjevima djeteta te mogućnostima pružatelja skrbi. Prevencija narušavanja ili ugrožavanja sigurnosti pacijenta- djeteta u bolnici može se poslići različitim mehanizmima i postupcima. Uključivanje svih medicinskih ali i nemedicinskih djelatnika (volontera, psihologa i dr.) te posebice roditelja u skrb o djetetu mehanizam je kojem trebamo pribjegavati i koristiti ga kada god je to moguće.

Ukoliko do narušavanja sigurnosti ili ugroze pacijenta-djeteta ipak dođe svaka takva situacija mori biti prijavljena te i u pisanom obliku dokumentirana. Pri tom; treba svakako uključiti i mjere koje su donesene kako bi se takva situacija razriješila te se iste ih slične ne bi ponovile (plan prevencije te možebitne sankcije).

Zaključak:

Osiguravanje sigurne okoline u vrijeme trajanja hospitalizacije zadaća je koju trebamo stidno provoditi ali isto tako i nadzirati njeno provođenje. Mjerama pasti-anja sigurnosti pacijenta-djeteta ne osiguravamo samo zaštitu od mogućnosti fizičkog OJlljei. tlvanja nego i svaku drugu zasutu (očuvanje psihološkog i socijalnog integriteta te zasutu pri medicinskom liječenju).

SIGURNOST PACIJENTA

Ljubica Čolakovac, ms

Kakvoća zdravstvenih sustava mjeri se razinom postignutih ciljeva za poboljšanje tog sustava odgovorom na očekivanja korisnika. Odgovornost za smanjivanje rizika od neželjenih događaja, odnosno sigurnost pacijenata prioritet je svakog člana tima koji sudjeluje u zbrinjavanju i liječenju. Prioriteti zdravstvene zaštite u mnogim zemljama su razvoj primarne zdravstvene skrbi i javnog zdravstva (briga stanovništva za svoje zdravlje, te briga za zdravstvenu skrb starijih osoba čiji je broj u sve većem porastu).

Primarna zdravstvena zaštita bi morala rješavati glavninu zdravstvenih problema tako da tim liječnika primarne zdravstvene zaštite, patronažna sestra i sestra iz zdravstvene njege u uči pruže sveobuhvatnu zaštitu koja se sastoji od promotivnih, preventivnih i intervencijsko-rehabilitacijskih mjera, dakle cjelokupnog spektra zdravstvenih usluga.

Kad se sve institucije i njihovi djelatnici, koji sudjeluju u provođenju zdravstvene zaštite okrenu ka pacijentu -klijentu davanjem nesebične ljubavi ,pažnje,pružanjem stručnih usluga za koje su KOMPETENTNE , a ne miješajući kompetencije sa ostalim čimbenicima u sustavu zdravstva postizemo harmoniju međusobnog zadovoljstva,a time i sigurniju , pozitivnu klimu za sve grupe pacijenata.

Pridržavajući se pravila struke ,kompetencija,redovitog educiranja i ulaganja u vlastito znanje osigurat ćemo povjerenje ,sigurnost i kvalitetu provođenja sestrinskih postupaka i realizaciju sestrinskih ciljeva.

PROJEKT »E – MEDICA«

Edin Kadić, profesor mentor

Sažetak

Danas su naše škole sve informatički sve opremljenije, ali korištenje te tehnologije još nije prošlo mnoge barijere i približilo se stvarnoj, praktičnoj primjeni

Vezujući se na uspješan projekt "Znanje bez granica", Medicinske škole Ante Kuzmanića i Zdravstvene škole Ljubljana, želimo strukovno povezati medicinske škole Republike Hrvatske u jednu jedinstvenu virtualnu zajednicu. Cilj nam je omogućavanje, poticanje i educiranje u uvođenju i korištenju suvremenih ICT tehnologija u svakodnevni odgojno-obrazovni proces zdravstvenih škola Hrvatske, kao i poboljšavanje kvalitete strukovne edukacije, kako učenika tako i samih nastavnika, te razmjene stečenih znanja.

Projekt se realizira kroz **četiri segmenta suradnje**:

1. **Razmjena učenika** realizirala bi se kroz međusobne razmjene grupa učenika koji bi boravili kod svojih vršnjaka (treći razredi), te pohađali redovnu nastavu i strukovnu praksu u tim sredinama .
2. **Izrada zajedničkih strukovno-edukacijskih WEB stranica.** Stranice bi bile postavljene na službenom serveru projekta (ili na lokalnom serveru Medicinske škole Ante Kuzmanića Zadar). Izradili bi ih sami učenici. Na njima bi se, pored novosti vezanih uz projekt, donosili zajednički radovi, pod-projekti, seminarski radovi učenika i nastavnika, forumi, mailing liste.
3. **Net-sastanci** učenika i mentora odvijali bi se tjedno, ili po potrebi, a u njima bi sudjelovali učenici i mentori pri radu na pojedinim strukovnim projektima.
4. **Video konferencije**, ovisno o tehničkim preduvjetima škola, odvijale bi se mjesečno i bile bi tematski određene. Predavači bi bili gostujući medicinski stručnjaci i strukovni nastavnici škola.

Ključne riječi:

Virtualna zajednica zdravstvenih škola Republike Hrvatske. Praktična primjena informatičko-komunikacijskih tehnologija u zdravstvenim školama. Razmjena učenika, izrada strukovnih edukacijskih WEB stranica projekata, E- learning, video-konferencije.

E – medica

Projekt "E-medica" predstavlja virtualni zajednicu svih zdravstvenih škola Republike Hrvatske, a bazirao bi se na izradi edukativnog portala medicinskih škola i korištenju ICT. Njegov osnovni cilj bio bi povezivanje zajednice zdravstvenih škola Hrvatske, informiranje o radu zdravstvenih škola RH, te međusobna razmjena nastavnih sadržaja, komunikacija

(razmjene učenika, Net sastanci i video-konferencije) i promicanje korištenja ICT u svakodnevnom edukacijskom procesu.

Portal „E-medica“, kao centralno mjesto projekta donosio bi vijesti iz svih zdravstvenih škola Hrvatske, razmjenjivao edukacijske sadržaje i ideje, poticao i objedinjavao zajedničke podprojekte, te služio za komunikaciju učenika i nastavnika.

Izrađeni strukovni edukacijski sadržaji koji će se objavljivati na portalu „E-medica“ biti će polazište kasnije izrade strukovnih e-learning sadržaja.

U razvoju projekta zatražili bi podršku Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa, Upravnog odjela za društvene djelatnosti Zadarske županije, Microsoft Hrvatska i CARNeta, te zainteresiranih.

Projekt se realizira u tri faza:

1. Faza – ustroj projekta (ožujak 2006. godine)

- ☒ Inicijalni sastanak sa predstavnicima MZOŠ, Zadarske županije, CARneta i Microsofta
- ☒ Izradi projektne dokumentacije "E-medice"
- ☒ Prezentiranje ideje projekta "E-medica" na sastanku ravnatelja zdravstvenih škola Hrvatske
- ☒ Određivanje voditelja projekta u svakoj zdravstvenoj školi
- ☒ Održavanje sastanka svih voditelja projekta iz pojedinih zdravstvenih škola s dogovorom o:
 - Dinamici vođenja projekta
 - Zadacima voditelja
 - Financiranje projekta
 - Izrada i definiranje sadržaja portala "E-medica" i njegovom ustroju
 - Dinamici i načinu razmjene učenika
 - Tehnologiji i načinu vođenja Net-sastanaka
 - Rad na pod-projektima
 - Mogućnostima i terminima mogućih realizacija video-konferencija
 - Edukaciji voditelja projekata u školama

2. Faza – početna realizacija (svibanj 2006.)

- Daljnje tehničko opremanje škola (video-konferencijska oprema i serveri škola)
- Cjelokupan ustroj portala "E-medica"
- Potvrda uredničkih prava na portalu "E-medica" (odobrava objavljivanje)
- Izrada zajedničkih projekata grupa učenika
- Razmjene grupa učenika
- Realizacija strukovne video-konferencije

- Edukacija voditelja projekta (svi elementi objavljivanja vijesti i radova na portalu, Net-sastanci, video konferencije)

3. Faza – osamostaljenje projekta "E-medica" (prosinac 2006.)

- Samostalnost projekta vođenog školskim koordinatorima i voditeljima
- Analiza objavljenih sadržaja na portala "E-medica"
- Samostalnost funkcioniranja portala "E-medica"
- Kalendar daljnje razmjene učenika
- Daljnja edukacija voditelja projekta i koordinatora
- Daljnje tehničko opremanje zdravstvenih škola u svrhu kvalitetnije realizacije projekta
- Prezentiranje projekta na seminarima, savjetovanjima i konferencijama.
- Prezentiranje projekta na seminarima, savjetovanjima i konferencijama

Financiranje projekta:

Projekt bi, uz potpore Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa, Upravnih odjela za društvene djelatnosti pojedinih županija, Microsofta Hrvatska, CARNeta, zainteresiranih tvrtki/donatora, financirale i same škole. Osnovni trošak odnosio bi se:

- Opremanje škola (software i hardware)
- Osiguravanje tehnološke podrške „E-medice“
- nagrađivanje voditelja projekta u školi (jedna osoba)
- nagrađivanje nastavnika za izrade objavljenih edukacijskih sadržaja

- Projekt bi, u drugoj fazi, prijavili Županijama koje bi trebale financirati putovanja učenika i nastavnika, te Ministarstvu znanosti, obrazovanja i športa kako bi se potpomoglo opremanje i praćenju projekta u zdravstvenim školama Hrvatske.

- Za projekt bi se tražila materijalna ili tehnološka potpora od Microsoft Hrvatska, CARNeta, i ostalih.

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

Agram 89 d.o.o.

AromaVita

Basler osiguranje d.d.

Bauerfeind d.o.o.

Biofarm d.o.o.

Dominius d.o.o

GlaxoSmitKline d.o.o.

Glas Koncila

Grafex d.o.o

Doc. dr. sc. Bojan Biočina

Foto Soft, Zagreb

Franck d.d., Zagreb

Grand hotel «Adratic», Opatija

Hypo banka , Zagreb

KRAŠ d.d.

Milsing d.o.o.

Papirna konfekcija Branko Jagić - Sesvete

Simbex d.o.o., Zagreb

Uriho d.o.o.

Skopa d.o.o

Stoma medical d.o.o.

Medilab d.o.o.

3M

Vlasta Šiprak,vms

ORGANIZACIJSKI ODBOR



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

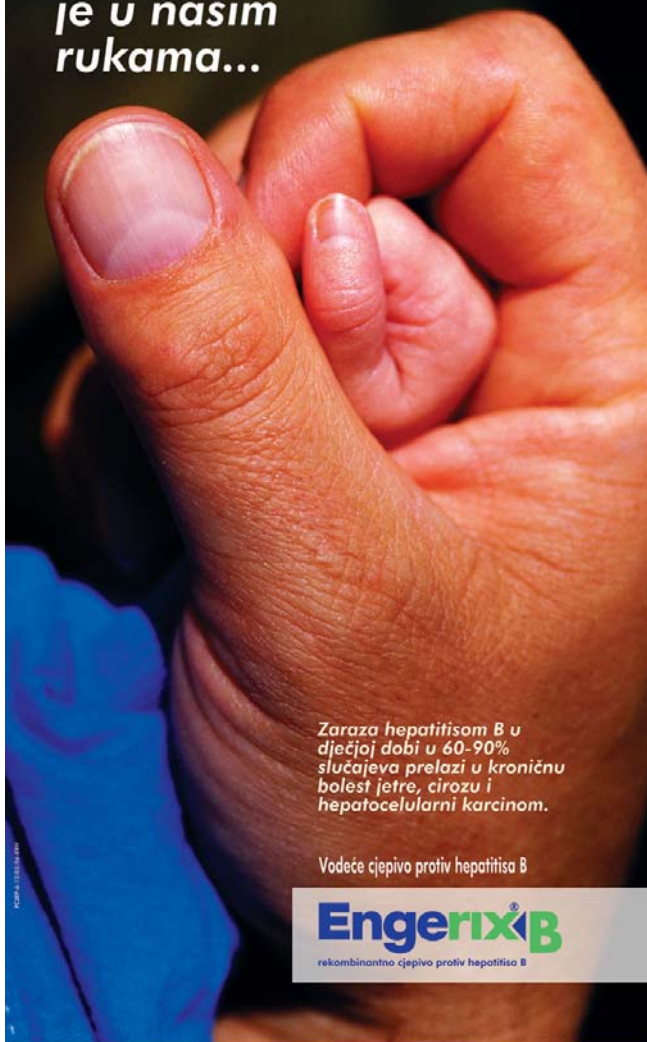


Andrije Hebranga 10,
10000 Zagreb
Tel./fax: (01) 45 55 613
Besplatni telefon: 0800 206 206
E-mail: simbex1@zg.hinet.hr
Web stranica: www.simbex.hr

HYPOT
ALPE-ADRIA-BANK



**Njihov život
je u našim
rukama...**



Zaraza hepatitisom B u
dječjoj dobi u 60-90%
slučajeva prelazi u kroničnu
bolest jetre, cirozu i
hepatocelularni karcinom.

Vodeće cjepivo protiv hepatitisa B

Engerix^B
rekombinantno cjepivo protiv hepatitisa B



GlaxoSmithKline d.o.o.

Livadarski put 7, Zagreb
Tel: +385 1 23 50 700

FRUCTAL
u suradnji s prirodom