



ZDRAVSTVENO VELEUČILIŠTE U ZAGREBU

ZBORNİK

PERSPEKTIVE

INDIVIDUALNOG I PROFESIONALNOG
RAZVOJA U SESTRINSTVU

OPATIJA, GRAND HOTEL ADRIATIC
15. - 17. 05. 2008.

Sadržaj

Razine obrazovanja, kompetencije, stručni nazivi i profesionalni status medicinskih sestara u Hrvatskoj; <i>Mladen Havelka</i>	1
Smjernice obrazovanja medicinskih sestara na dodiplomskom studiju sestrinstva; <i>Snježana Čukljek</i>	3
Strategija razvoja specijalističkih diplomskih stručnih studija; <i>Biserka Sedić</i>	9
Cjeloživotno obrazovanje – značaj za osobni i profesionalni razvoj; <i>Jasminka Despot Lučanin</i>	15
Obrazovanje medicinskih sestara u Sloveniji; <i>Danica Železnik</i>	19
Profesionalna regulativa sestrinstva u Hrvatskoj; <i>Slavica Šepec</i>	31
Organizacija rada medicinskih sestara u kliničkom bolničkom centru Zagreb; <i>Marija Orlić-Šumić</i>	33
Reforma zdravstva u RH 2006. – 2011.; <i>Fedor Dorčić</i>	35
Strategije razvoja sestrinstva u zajednici; <i>Mara Županić</i>	43
Sestrinska istraživanja - pokretači profesionalnog razvoja sestrinstva; <i>Damir Lučanin, Biserka Sedić, Snježana Čukljek</i>	53
Profesionalni pristup istraživanju u sestrinstvu; <i>Vesna Turuk</i>	57
Analitički osvrt na sestrinstvo u medijima; <i>Jadranka Pavić</i>	67
Analiza indikatora kvalitete zdravstvene njege na internoj klinici; <i>Željka Benceković</i>	75
Motivacija medicinskih sestara u procesu kontinuirane edukacije; <i>Štefanija Ozimec</i>	77
Usporedba zadovoljstva bolesnika s tretmanom boli u odnosu na hitnost prijema; <i>Irena Benko</i>	89
Tehnike rješavanja sukoba medicinskih sestara; <i>Smiljana Kolundžić</i>	99
OKRUGLI STOL 1	
Upravljanje kvalitetom u stacionarnim dijelovima ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju – standardi strukture; <i>Zora Grbavac</i>	105
Obrazovanje medicinskih sestara; <i>Željka Kralj</i>	109
Individualni i profesionalni razvoj sestrinstva od socijalizma do demokracije; <i>Zinka Bratuša</i>	113
Problemi razvoja sestrinstva u Republici Hrvatskoj s aspekta studenta Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu; <i>Biljana Kurtović, Maida Krdžalić</i>	115
OKRUGLI STOL 2	
Uloga sestara u racionalnoj potrošnji lijekova u kliničkom okruženju; <i>Zovko Vatroslav, Dohoczky Csaba, Giljević Zlatko</i>	119
Utjecaj sestrinske etike/etike skrbi na profesionalni razvoj medicinskih sestara; <i>Ines Prološćić</i>	121

PROGRAM KONFERENCIJE

SRIJEDA 14.05.2008.

17,00 - 18,30 Registracija sudionika

ČETVRTAK 15.05.2008.

07,30 - 09,00 Prijava sudionika

09,00 - 10,00 Svečano otvaranje skupa

10,00 - 11,00 Koktel dobrodošlice

11,00 - 11,20 Razine obrazovanja, stručni nazivi, kompetencije i profesionalni status medicinskih sestara u Hrvatskoj; **Mladen Havelka**

11,20 - 11,40 Smjernice obrazovanja medicinskih sestara na dodiplomskom studiju sestrinstva; **Snježana Čukljek**

11,40 - 12,00 Strategija razvoja specijalističkih diplomskih stručnih studija; **Biserka Sedić**

12,00 - 12,20 Cjeloživotno obrazovanje - značaj za osobni i profesionalni razvoj; **Jasminka Despot - Lučanin**

12,20 - 12,40 Obrazovanje medicinskih sestara u Sloveniji; **Danica Železnik** (gost predavač iz Slovenije)

12,40 - 13,00 Rasprava

13,00 - 14,30 Pauza za ručak

14,30 - 14,50 Profesionalna regulativa sestrinstva u Hrvatskoj; **Slavica Šepec**

14,50 - 15,10 Organizacija rada medicinskih sestara KBC-a Zagreb; **Marija Orlić Šumić**

15,10 - 15,40 Reforma zdravstva u RH 2006. - 2011.; **Fedor Dorčić**

15,40 - 16,00 Strategije razvoja sestrinstva u zajednici; **Mara Županić**

16,00 - 16,30 Pauza za kavu

16,30 - 18,00 **OKRUGLI STOL 1 - Perspektive razvoja: obrazovanje i legislativa**

Upravljanje kvalitetom u stacionarnim dijelovima ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju—standardi strukture;
Zora Grbavac

Obrazovanje medicinskih sestara (sestre nosioci promjena);
Željka Kralj

Individualni i profesionalni razvoj sestrinstva od socijalizma do demokracije;
Zinka Bratuša

Problemi razvoja sestrinstva u Republici Hrvatskoj s aspekta studenta Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu;
Biljana Kurtović, Maida Krdžalić

PETAK 16.05.2008.

- 09,30 - 09,50 Sestrinska istraživanja - pokretači profesionalnog razvoja sestrinstva; **Damir Lučanin, Biserka Sedić, Snježana Čukljek**
- 09,50 - 10,05 Profesionalni pristup istraživanju u sestrinstvu; **Vesna Turuk**
- 10,05 - 10,20 Analitički osvrt na sestrinstvo u medijima; **Jadranka Pavić**
- 10,20 - 11,00 Pauza za kavu
- 11,00 - 11,15 Analiza indikatora kvalitete zdravstvene njege internističkih bolesnika; **Željka Benceković**
- 11,15 - 11,30 Motivacija medicinskih sestara u procesu kontinuirane edukacije; **Štefanija Ozimec**
- 11,30 - 11,45 Usporedba zadovoljstva bolesnika s tretmanom boli u odnosu na hitnost prijema; **Irena Benko**
- 11,45 - 12,00 Tehnike rješavanja sukoba medicinskih sestara; **Smiljana Kolundžić**
- 12,00 - 12,30 Rasprava
- 12,30 - 14,30 Ručak
- 14,30 - 16,00 **OKRUGLI STOL 2 - Perspektive razvoja: istraživanja u sestrinstvu**
- Uloga sestara u racionalnoj potrošnji lijekova u kliničkom okruženju; **Vatroslav Zovko, Czaba Dohozky, Zlatko Giljević**
- Utjecaj sestrinske etike/etike skrbi na profesionalni razvoj medicinskih sestara; **Ines Prološćić**

SUBOTA 17.05.2008.

IZLET—TRST

Poštovani,

Zadovoljstvo mi je pozvati Vas na 8. konferenciju medicinskih sestara s međunarodnim sudjelovanjem pod nazivom „Perspektive individualnog i profesionalnog razvoja u sestrinstvu “ koja će se održati u Grand hotelu Adriatic u Opatiji od 15. do 17. svibnja 2008.

Medicinske sestre se svakodnevno susreću s brojnim izazovima koje donosi njihova profesionalna uloga. Potreba za formalnim i neformalnim cjeloživotnim obrazovanjem sve je jače izražena. Sestrinstvo se u ovom trenutku suočava i s najavljivanom reformom zdravstvene skrbi.

Unapređenje zdravstvene njege širenjem sestrinskog znanja i prakse moguće je kroz sestrinska istraživanja koja mogu imati značajan utjecaj i na zdravstvenu politiku.

Stoga nam je cilj raspraviti o obrazovanju medicinskih sestara, regulativi i legislativi sestrinske prakse te doprinosu razvoja sestrinstva putem istraživanja.

Vjerujemo da će stručan rad na našoj konferenciji doprinijeti definiranju kako osobnih tako i profesionalnih perspektiva razvoja sestrinstva u Republici Hrvatskoj.

Predsjednica stručnog odbora

Snježana Čukljek

Razine obrazovanja, kompetencije, stručni nazivi i profesionalni status medicinskih sestara u Hrvatskoj

Sažetak

Novi model visokoškolskog obrazovnog sustava u Hrvatskoj, nastao ugradbom osnovnih načela Bolonjske deklaracije u novi Zakon o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, otvorio je brojne i raznolike mogućnosti stjecanja širokog raspona obrazovnih razina i stručnih kompetencija za mnoge, ranije obrazovno diskriminirane profesije, među kojima je i profesija medicinskih sestara.

Promjena tradicionalnog sustava visokog obrazovanja, dugo godina podijeljenog na dvije razine „viših“ i „visokih“ stručnih sprema, ukinula je ovu podjelu, atipičnu za zemlje Europske zajednice i time uskladila hrvatski sustav visokog obrazovanja s europskim obrazovnim prostorom. Ujedno, time je naš visokoobrazovni sustav usklađen i s potrebama vlastitog gospodarskog i društvenog razvoja. Tim promjenama otvorene su i nove do sada neslućene mogućnosti cijeloživotnog obrazovnog napredovanja.

Takve promjene osobito pogoduju obrazovnom i profesionalnom razvoju onih struka koje desetljećima nisu bile u mogućnosti nastaviti obrazovanje unutar vlastite obrazovne vertikale, tj. struka čiji je krajnji obrazovni domet bilo stjecanje više stručne sprema bez mogućnosti nastavka obrazovanja unutar vlastite struke. Jedna od takvih profesija mnogo je godina bila i sestrinska profesija

Istovremeno s uvođenjem nove obrazovne strukture u visokom obrazovanju, u strateškim dokumentima Vlade Republike Hrvatske prihvaćeno je i načelo razvoja binarnog sustava visokog obrazovanja, tj. razvoja takvog obrazovnog sustava u kojem će postojati dvije osnovne vrste visokoškolskih studija – stručni i sveučilišni – koje će se razvijati i provoditi u

posebnim visokoškolskim ustanovama – stručni studiji na veleučilištima, a sveučilišni na sveučilištima. Zakonom o znanosti i visokom obrazovanju predviđeno je da se ova dva podsustava, uz uvjet jednake kvalitete ali različitih zadaća, konačno odvoje i započnu funkcionirati kao samostalni od 2010. godine.

Time su konačno probijene dugogodišnje prepreke obrazovnom napredovanju brojnih struke čije je obrazovanje ranije završavalo na nižoj obrazovnoj razini, razini tzv. viših stručnih sprema i time otežavalo njihovu strukovnu profesionalizaciju, vlastitu obrazovnu reprodukciju a i mogućnosti individualnog profesionalnog napredovanja.

Međutim, uz sve pozitivne pomake i otvaranje brojnih novih mogućnosti, ove su promjene donijele i mnoge aktualne dvojbe vezane uz nužnost strateškog planiranja vlastitog profesionalnog razvoja u novim okolnostima. Tako su i medicinske sestre danas suočene s dvojbama o čijem razrješavanju ovisi i budući društveni status i uloga medicinskih sestara u Hrvatskoj. Neke od njih posljedica su nejasnoća i brojnih nesređenosti u samom sustavu današnjeg visokog obrazovanja u Hrvatskoj, koje je u mnogim segmentima još znatno udaljeno od stvarne primjene deklariranih načela Bolonjske deklaracije, dok druge imaju svoje ishodište u dvojbama same sestrinske struke, koja se još uvijek nije opredijelila za glavne strateške pravce vlastitog obrazovnog i profesionalnog razvoja. Najbolji primjer postojećih dvojbi su najnovije dvojbe oko toga da li je za sestrinstvo bolje da se obrazovno razvija unutar veleučilišnog ili unutar sveučilišnog ustava.

U ovom radu bit će spomenuti povijesni i aktualni razlozi nekih od tih dvojbi, kao i mišljenje autora o mogućnostima njihova razrješavanja.

Snježana Čukljek
Zdravstveno veleučilište u Zagrebu

SMJERNICE OBRAZOVANJA MEDICINSKIH SESTARA NA DODIPLOMSKOM STUDIJU SESTRINSTVA

Obrazovanje medicinskih sestra u Republici Hrvatskoj ima dugu tradiciju. Neformalno prenošenje znanja i iskustva o njegovanju i zbrinjavanju bolesnih postojalo je oduvijek. Prve formalne tečajeve obrazovanja medicinskih sestara propisala je carica Marija Terezija 1770. Zakonom o javnom zdravstvu. Prva škola za medicinske sestre u Austrougarskoj osnovana je 1882. pored Beča i pohađale su ju i polaznice iz Hrvatske. No početkom dvadesetog stoljeća do izražaja dolazi nedostatan broj osoblja obrazovanog za pružanje zdravstvene njege te se na inicijativu dr. Žige Švarca, dr. Vladimira Čepulića i dr. Andrije Štampara 1921. osniva Škola za sestre pomoćnice.

Od tada pa sve do danas obrazovanje medicinskih sestra neprestano se mijenja. Cilj obrazovanja je pripremiti medicinsku sestru za profesionalno i stručno provođenje zdravstvene njege. Razvoj medicinskih znanosti, sve veća primjena tehnologije u medicini, složenost i zahtjevnost metoda dijagnostike i liječenja, pojava novih bolesti, promjena učestalosti javljanja pojedinih bolesti, promjene uzroka smrtnosti pred medicinske sestre stavlja niz izazova. Uz navedeno, posljednjih godina, veliki naglasak se stavlja na uključivanje medicinskih sestara u procese unapređenja i očuvanja zdravlja kao i prevenciju pojave bolesti.

Suvremeno dodiplomsko obrazovanje medicinskih sestara zasniva se na preporukama Svjetske zdravstvene organizacije o obrazovanju medicinskih sestara i primalja te preporukama Europske unije sadržanim u Direktivama 77/452/EEC, 77/453/EEC, 2005/36.

Obrazovanje se provodi sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju i prema načelima Bolonjskog procesa.

Svjetska zdravstvena organizacija 1999. godine donosi Europsku strategiju o obrazovanju medicinskih sestara i primalja, u kojoj naglašava složenost promjena koje utječu na edukaciju medicinskih sestara, te donosi preporuke da početak sestrinskog obrazovanja započinje po završetku srednjoškolskog obrazovanja i da najmanje trogodišnje obrazovanje treba biti usmjereno na postizanje specifičnih kompetencija. Minhenska deklaracija (WHO; 2000.) naglašava značaj dobro obrazovanih medicinskih sestara i preporuča usklađivanje programa obrazovanja s potrebama razvoja struke, usmjeravanje sadržaja programa obrazovanja postizanju cilja - zdravlje za sve, i osiguravanje znanja potrebnih za kvalitetan interdisciplinarni timski rad.

Sadržaj obrazovanja medicinskih sestra definira direktiva 77/453/EEC. Kao glavna područja učenja navode se sestrinstvo, bazične i društvene znanosti. Uz sadržaj programa direktiva navodi da školovanje započinje po završetku minimalnog općeg 10 godišnjeg obrazovanja. Obrazovanje se provodi kroz teoretsku i kliničku nastavu u trajanju od najmanje 4600 sati učenja odnosno 180 ECTS bodova. Pri tome teoretska izobrazba treba obuhvaćati najmanje jednu trećinu minimalnog trajanja izobrazbe (1534 sati), a klinička izobrazba najmanje jednu polovinu minimalnog trajanja izobrazbe (2300 sati).

Teoretska izobrazba usmjerena je osposobljavanju polaznika studija za stjecanje stručnih znanja, spoznaja i vještina koje su potrebne za organiziranje, pružanje i ocjenjivanje opće zdravstvene njege.

Klinička izobrazba podrazumijeva učenje kao dio tima ili u izravnom kontaktu sa zdravim ili bolesnim pojedincima i/ili zajednicom, kako organizirati, pružati i ocjenjivati potrebnu sveobuhvatnu zdravstvenu njegu, na temelju znanja i vještina koje su stekle. Polaznik osposobljavanja za medicinsku sestru uči

ne samo kako raditi u timu, već i kako voditi tim te kako organizirati sveukupnu zdravstvenu njegu, što uključuje i zdravstveno obrazovanje za pojedince i male skupine, unutar zdravstvenog zavoda ili u zajednici.

Direktiva 2005/36/EC Vijeća Europe o međusobnom priznavanju stručnih kvalifikacija preporuke o obrazovanju zasniva na direktivi 77/453/EEC te u poglavlju III- minimalni uvjeti izobrazbe donosi upravo navedene minimalne uvjete obrazovanja.

Zakon o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju definira sustav obrazovanja u Republici Hrvatskoj te omogućava studiranje zdravstvene njege na dvije razine. Studijem na razini prvog ciklusa visokoškolskog obrazovanja (dodiplomski studij) studenti stječu 180 ECTS bodova i naziv prvostupnika sestrinstva.

Glavni ciljevi obrazovanja na dodiplomskoj razini su:

- pripremiti studenta za sposobno i odgovorno obavljanje zdravstvene njege zasnovane na etičkim načelima te ga usmjeriti cjeloživotnom obrazovanju
- pripremiti studenta za rad s pojedincem, njegovom obitelji i društvenom zajednicom, poštujući različitosti, kulturu i etničku pripadnost
- osposobiti studenta za obavljanje zdravstvene njege na različitim radnim mjestima koja su predviđena razinom obrazovanja, zdravstvena njega mora biti zasnovana na istraživanjem potvrđenim dokazima (evidence based care)
- osposobiti studenta za timski rad i suradnju sa svim stručnjacima uključenim u sve oblike promicanja zdravlja, liječenje i zdravstvenu njegu
- student mora dobiti najvišu razinu obrazovanja, integrirana znanja iz teorije i prakse, kako bi se mogao profesionalno razvijati kroz različite oblike cjeloživotnog obrazovanja.

Tijekom dodiplomskog studija student usvaja teorijska i praktična znanja potrebna za obavljanje djelatnosti opće zdravstvene njege. Obrazovanje je usmjereno usvajanju specifičnih kompetencija. Tijekom obrazovanja student treba sljedeće kompetencije:

- posjedovanje primjerenih znanja iz bioloških i humanističkih znanosti, znanja o ljudskom rastu i razvoju, o konceptu zdravlja i unapređenja zdravlja, znanja iz patofiziologije različitih zdravstvenih problema, znanja o principima učenja i podučavanja, komunikaciji i ostala relevantna znanja potrebna za obavljanje sestrinske prakse
- sposobnost upozoravanja na etičke dimenzije zdravstvene skrbi u kadrovskim propustima, nepostojanje politike skrbi, povredu pacijentovih prava, nedostatnosti opreme, lijekova i sl., koja uključuje pravedno postupanje prema pacijentima u odnosu na druge
- vještine sestrinske prakse kao što su: primjena procesa sestrinske skrbi, komunikacija sa štićenicima i članovima tima, vođenje sestrinske dokumentacije, osiguravanje sigurnosti i udobnosti štićenika, primjena principa podučavanja i učenja, organiziranje sestrinske skrbi za različite pacijente, primjenjivanje principa donošenja odluka, kritičkog mišljenja i rješavanja problema, primjena principa "socijalne pravde", sudjelovanje u provođenju dijagnostičkih i terapijskih postupaka, sagledavanje cjelokupne pacijentove situacije (obiteljske, psihološke, duhovne, socijalne) vezane uz skrb za pacijenta
- profesionalno ponašanje koje se očituje: obavljanjem zadataka i primjenom onih intervencija za koje su ovlašteni, prepoznavanjem vlastitih potreba za nastavak učenja, sposobnošću funkcioniranja kao odgovorni članovi zdravstvenog tima, profesionalnim ponašanjem u odnosu na ostale suradnike, zaštitom interesa vlastite struke, prepoznavanjem i potrebom strukovnog udruživanja, prakticiranjem i unapređivanjem standarda sestrinske prakse.

- Pojedina područja zdravstvene njege zahtijevaju posjedovanje veće količine specifičnih i usko usmjerenih znanja. Međunarodni savjet sestara opisuje specijalizacije kao područja sestrinske djelatnosti koja zahtijevaju posjedovanje veće količine znanja i vještina u odnosu na one stečene tijekom bazičnog obrazovanja.
- Od 2005. godine u Republici Hrvatskoj je omogućeno obrazovanje medicinskih i u drugom ciklusu obrazovanja odnosno na specijalističkim diplomskim stručnim studijima.

Potreba za ujednačenim dodiplomskim obrazovanjem iz područja zdravstvene njege prepoznata je sredinom prošlog stoljeća. Procesi ujednačavanja i prepoznatljivosti sadržaja programa dodatno su naglašeni usvajanjem Bolonjske deklaracije te procesima ujedinjavanja na području Europe. U sestrinske programe na dodiplomskoj razini na području Hrvatske implementirane su suvremene preporuke o obrazovanju medicinskih sestara.

Sestrinstvo je dinamična disciplina karakterizirana potrebom za kvalitetnim bazičnim obrazovanjem koje je preduvjet za sigurnu i kvalitetno pruženu zdravstvenu njegu i osnova za specijalističke studije. Obrazovanje medicinskih sestara je trajan proces koji služi osobnom i profesionalnom razvoju.

Sestrinstvo karakterizira i potreba za cjeloživotnim obrazovanjem koje proizlazi iz svakodnevnog brzog napretka medicinskih znanosti i razvoja sestrinstva.

Literatura:

1. WHO. Munich declaration: Nurses and midwives: a force for health, 2000. <http://www.euro.who.int>
2. WHO. Nurses and midwives for Health, A WHO European Strategy for nursing and midwifery education Copenhagen 1999.
3. Council directive 77/452/EEC. <http://eur-lex.europa.eu>
4. Council directive 77/453/EEC. <http://eur-lex.europa.eu>
5. Directive 2005/36/EC of the European Parliament. <http://eur-lex.europa.eu>
6. Nastavni plan i program dodiplomskog stručnog studija sestrinstva. Zdravstveno veleučilište Zagreb 2007.
7. Socrates- Tempus. Tuning educational Structures in Europe – Subject area brochure nursing. 2007.
8. Salvage, J. Sestrinstvo u akciji. Zagreb: Zonta klub Zagreb, 1994.
9. Fučkar, G. (ur). Odabrana poglavlja paketa LEMON. Zagreb: HUSE, 1998.
10. Zakon o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju. NN 123/03, 2003.

STRATEGIJA RAZVOJA SPECIJALISTIČKIH DIPLOMSKIH STRUČNIH STUDIJA

Prema preporukama i standardima Svjetske zdravstvene organizacije i Europske zajednice, na svim razinama zdravstvene zaštite potrebne su stručne i obrazovane medicinske sestre (Education Strategy for Nurses and Midwives / WHO, 2003.)

Međunarodna udruga medicinskih sestara (ICN / 1987.;1992), te Europski komitet za sestrinstvo (European Commision's Advisory Committee on Nursing; 1994.; European Directives 89/48 CEE i 92/51 / EEC) su preporučile da se medicinske sestre u svojoj edukaciji usmjeravaju na uža specijalistička područja u kojima će moći produbiti svoja teoretska i praktična znanja usmjerena pružanju što kvalitetnije zdravstvene njege u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba.

U skladu s tim hrvatsko zdravstvo ne treba samo obrazovane medicinske sestre koje će vladati osnovnim znanjima i vještinama opće zdravstvene njege, već određeni broj medicinskih sestara koje će imati posebna znanja u posebnim područjima zdravstvene njege.

Produžetak godina života, ekonomski i socijalni uvjeti značajno utječu na porast broja različitih oboljenja, te je potrebno povećati razinu obrazovanja zdravstvenih radnika (WHO, 1998). Kvaliteta ljudskog života godinama se određivala dužinom životnog vijeka ili prosječnim trajanjem života stanovnika pojedinog područja. Od 1998. godine, prema preporukama SZO, uvodi se novi standard za mjerenje kvalitete života (*disability adjusted life years*), odnosno kvaliteta života određuje se prema vrstama bolesti koje oduzimaju najveći broj godina u populaciji radno sposobnog stanovništva.

Živimo u vremenu brzih promjena, izmijenjenog i ubrzanog ritma života, psihičkih napetosti i nezadovoljstva koja u sprezi s nesuglasticama i sukobima, neuspjesima, raznim tragedijama i gubicima dovode do teške patnje i osjećaja besperspektivnosti; sve to može se odraziti na fizičko i mentalno zdravlje pojedinca i zajednice..

Navedene činjenice predstavljaju jedan od razloga za izradu plana i programa stručnih specijalističkih sestrinskih studija. Programi su usmjereni na edukaciju medicinskih sestara - specijalistica menadžmenta u sestrinstvu, specijalistica javnog zdravstva, specijalistica psihijatrijskog i kliničkog sestrinstva, te specijalistica zdravstvene njege u jedinicama intenzivne njege i liječenja.

Opći ciljevi programa:

1. promicanje profesionalnog statusa sestara

- proširiti znanja i vještine studenata u specifičnim područjima zdravstvene njege (uključujući u svoj rad bolesnikovu obitelj ali i širu društvenu zajednicu)
- osposobiti studenta za samostalno provođenje neinvazivnih metoda dijagnostičkih pretraga , te izvođenja terapijskih procedura
- kod studenata razvijati analitičko kritički način razmišljanja kako bi se mogla pružiti najkvalitetnija razina zdravstvene njege (promovirati praksu zasnovanu na dokazima)
- osposobiti studenta sa timski rad i suradnju sa svim stručnjacima koji rade u području liječenja i zdravstvene njege bolesnika

- osigurati studentu najvišu razinu obrazovanja, integrirana znanja iz teorije i prakse, kako bi se mogao profesionalno razvijati kroz različite oblike cjeloživotnog obrazovanja

2. provedba okvirnih načela ENNO (European Network of Nursing Organisation) radi ujednačenog obrazovanja i sukladno tome stvaranje mogućnosti za slobodan protok djelatnika u EU (Rimski kriteriji)

3. promicanje ujednačenih visokih normi sestrinstva u EU

Osnovna izobrazba u sestrinstvu u Europi i svijetu je formalno priznat program školovanja koji je temelj za opću sestrinsku praksu, a kasnije za obrazovanje na specijalnim i zahtjevnijim područjima zdravstvene njege. Iskustva iz razvijenih zemalja zapada govore da medicinske sestre trebaju dodatna znanja koja mogu steći na posebno organiziranim diplomskim specijalističkim i poslijediplomskim studijima. (Education Strategy for Nurses and Midwives/ WHO,2003.) Međunarodna udruga medicinskih sestara (ICN / 1987.;1992), te Europski komitet za sestrinstvo (European Commision's Advisory Committee on Nursing; 1994.; European Directives 89/48 CEE i 92/51 / EEC).

Diplomski specijalistički studiji nastavljaju se na završeni bazični studij sestrinstva kojim su usvojena temeljna znanja iz područja zdravstvene njege. Polaznik takvog studija je osposobljen da u okviru kompetencija pruža usluge iz specijalnog područja zdravstvene njege i može biti polaznik stručnog specijalističkog studija u veleučilištima i sveučilištima u zemlji i inozemstvu koji nude iste programske sadržaje.

U Europskoj zajednici tradicijski postoje različiti načini izražavanja i mjerenja programa studija, uključujući one utemeljene na vremenskim pristupima (godine), sustavu bodova, utvrđivanju rezultata učenja i postignutih kompetencija, kvalifikacija i pokazatelja postignutih razina, te standarda za neki predmet. Međutim, različita nacionalna mjerila i razine (akademske) kvalifikacija otežavaju priznavanje kvalifikacija i stručnu slobodu kretanja unutar EZ.

Bolonjska deklaracija iz lipnja 1999. o stvaranju europskoga prostora visoke naobrazbe jest obveza koju je (početno) preuzelo 29 zemalja i koja se odnosi na reformu naobrazbe. Cilj Bolonjske deklaracije je opća ujednačenost na europskoj razini koja rezultira sustavom čitljivih i lako usporedivih sveučilišnih akademskih stupnjeva. Sustav se početno temeljio na usvajanju dvije glavne razine sveučilišne naobrazbe, dodiplomskoj i diplomskoj (literat.).

Bolonjska je deklaracija formulirala svoj cilj s obzirom na prvi dodiplomski (stupanj prvostupnika) i drugi diplomski ciklus (stupanj magistra), a dopunjena je Berlinskim priopćenjem kojime je dodan stupanj doktora znanosti kao treći ciklus (liter.).

Osim toga, tijekom posljednjega desetljeća uspješno je uveden Europski sustav prijenosa bodova (eng. European Credit Transfer System, ECTS) kroz program Socrates ERASMUS Europskoga povjerenstva, koji je prvotno osmišljen kao sredstvo kojim će se olakšati pokretljivost studenata u Europi. ECTS je danas postao opći bodovni sustav u novonastajućem prostoru europske visoke naobrazbe jer su sveučilišni stupnjevi ujednačeni provedbom bolonjskoga procesa.

Donošenjem Zakona o visokom obrazovanju, Zakona o sestrinstvu te osnivanjem Komore medicinskih sestara stvorene su pretpostavke za promjenama dosadašnjeg sustava obrazovanja medicinskih sestara. Kao potpisnica Bolonjske deklaracije Republika Hrvatska se obvezala da će uskladiti obrazovne programe s preporukama EU i SZO, što ne znači prihvaćanje nekog postojećeg, univerzalnog modela europskog obrazovanja,

jer on i ne postoji, već ulaganje napora da se u suradnji sa stručnjacima europskih zemalja uključimo u težak i stalan proces usklađivanja i razvoja obrazovnih sustava, a u cilju stvaranja optimalnog modela obrazovanja i kreiranja europskog obrazovnog prostora.

Tijekom akademske godine 2005/06. na Zdravstveno veleučilište u Zagrebu su upisani studenti prve generacije specijalističkog studija „Menadžment u sestrinstvu“, a akademske godine 2006/07. upisani su na studij studenti specijalističkog studija „Javno zdravstvo“. Većina prve generacije studenata specijalističkog studija „Menadžment u sestrinstvu“ danas su prve diplomirane sestre – specijalistice menadžmenta u sestrinstvu na području RH.

Posebne potrebe u sustavu zdravstvene zaštite u Hrvatskoj zahtijevaju visoko školovane medicinske sestre koje će biti osposobljene kako za pružanje cjelovite zdravstvene njege bolesnika tako i za promicanje zdravlja. Iz tog razloga pristupilo se izradi plana i programa specijalističkih studija „Psihijatrijsko sestrinstvo „ i Zdravstvene njege u JIL, koji su upućeni u daljnju proceduru, a trenutno radna grupa intenzivno radi na planu i programu studija „Kliničko sestrinstvo“.

Nastavnici Zdravstvenog veleučilišta u suradnji s istaknutim stručnjacima na svim razinama zdravstvene zaštite izradili su nastavne planove i programe specijalističkih studija, međutim diplomanti tih studija još uvijek nisu na pravi način prepoznati u sustavu zdravstvene zaštite. Za vjerovati je kako će vrlo brzo profesionalci koji su završili studije odobrene od meritornih institucija RH, biti tako i vrednovani, odnosno da će se njihov status pa i vrijednost na tržištu rada uvelike povećati.

Literatura:

1. Havelka M. Visoko obrazovanje u Hrvatskoj i europskim zemljama. Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Biblioteka zbornici, Zagreb 2003.
2. Mojsović Z. Patronažna služba u suvremenom zdravstvu, standardi rada. U: Zdravstvena njega u patronaži (priručnik trajne izobrazbe medicinskih sestara u PZZ). Zagreb, 1998.
3. Košutić L. Nastava u Višoj medicinskoj školi u Zagrebu. U: Zbornik radova sekcije školskih sestara. Zagreb, 1994.
4. Sedić B. Obrazovanje medicinskih sestara. Zbornik radova, Opatija 2001; AGM Zagreb: 13-18.
5. Selvage J. ur. Nursing in action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1993.
6. Selvin O. Knowledgeable doing: the teoretical basis for practice. In: Buckingham M. In project 2000: The teachers speak. Edinburg: Campion Press, 1992.
7. Visoka zdravstvena škola. Prijedlog nastavnog plana i programa za dodiplomski stručni studij sestrinstva. Zagreb, 1999.
8. World Health Organization. Health for All –2000. WHO – Regional Office for Europe. Copenhagen, 1986.

CJELOŽIVOTNO OBRAZOVANJE - ZNAČAJ ZA OSOBNOST I PROFESIONALNI RAZVOJ

Sažetak

Pružanje zdravstvene skrbi zahtijeva kvalitetu i odgovornost. Zbog toga se od zdravstvenih djelatnika zahtijeva da kritično procjenjuju svoja znanja i vještine te da stalno prate promjene i novosti u struci, kao središnji dio procesa trajnog profesionalnog razvoja.

U literaturi se često nalaze izrazi: trajni profesionalni razvoj, trajno stručno obrazovanje i cjeloživotno učenje. Značenje tih izraza nije jednako, što se razmatra u izlaganju.

Nekoliko je bitnih skupina čimbenika koji djeluju na učinkovitost trajnog stručnog obrazovanja. Prva se skupina odnosi na izradu obrazovnih programa i njihovu izvedbu. To znači da programi trajnog obrazovanja moraju biti sustavno planirani i razvijani, uvijek primjenjivi na stvarne probleme u praksi. U provedbi programa treba primjenjivati načela učenja i obrazovne pristupe prilagođene odraslima. Stoga izvedbu trajnog obrazovanja moraju provoditi stručne osobe visoke razine znanja kako bi omogućile da obrazovanje bude učinkovito za odrasle osobe.

Druga se skupina čimbenika odnosi na sudionike trajnog obrazovanja. Kako bi se postigla što veća učinkovitost programa trajnog obrazovanja, potrebno ga je pažljivo planirati i izvesti, na način koji uzima u obzir potrebe i očekivanja svih zainteresiranih strana: zaposlenika, organizacije i klijenata. U sestrinstvu su to: medicinske sestre, zdravstvene ustanove i bolesnici.

To znači da bi programi trajnog obrazovanja trebali biti prilagođeni, dostupni i utemeljeni na suradnji onih koji pružaju edukaciju i onih koji je primaju. Osim toga, kako bi se postigla puna korist od trajnog stručnog obrazovanja, nužno je stvoriti radnu okolinu koja podržava i omogućuje primjenu stečenih znanja i vještina, pri čemu je značajna uloga rukovoditelja.

Treća skupina čimbenika odnosi se na motivaciju medicinskih sestara. Razmjerno je malo istraživanja o razlozima zbog kojih medicinske sestre sudjeluju u formalnom i neformalnom učenju i obrazovanju (Bahn, 2006.). Također, slabo je istraženo do koje su mjere različita iskustva učenja ispunila njihova očekivanja. Odrasli ljudi imaju vrlo raznolika znanja, iskustva, tjeskobe i nade.

Razumijevanje potreba odraslih učenika i svijest o njihovim percepcijama i očekivanjima može pomoći medicinskim sestrama i drugim stručnim osobama koje provode edukaciju da im pruže učinkovitije prilike za učenje, da povećaju stupanj usvojenoga znanja i da potaknu u njima želju za daljnjim učenjem. To su sve prioriteti za svakoga tko je uključen u obrazovanje.

Konačno, četvrta skupina čimbenika odnosi se na ishode trajnog stručnog obrazovanja. Iako malobrojna, neka istraživanja pokazuju da nekoliko čimbenika djeluje na moguće ishode trajnog obrazovanja tijekom vremena – prije početka edukacije i mjesecima nakon nje. To su: način odabira polaznika, raspoloženje i motivacija polaznika prema obrazovanju, kvaliteta obrazovnog iskustva i priroda okruženja na poslu u koju se polaznici vraćaju (Ellis i Nolan, 2004.)

Kad bi svi ovi preduvjeti učinkovitosti trajnog stručnog obrazovanja u sestrinstvu bili ispunjeni, istraživanja pokazuju da se može ostvariti niz profesionalnih i osobnih dobiti koje se odražavaju u praktičnom radu medicinskih sestara.

Literatura:

1. Bahn, D.(2007) Reasons for post registration learning: Impact of the learning experience.Nurse Education Today, 27, 7, 715-722.
2. French, H.P. i Dowds, J. (2008) An overview of Continuing Professional Development in physiotherapy. Physiotherapy, u tisku. <http://www.sciencedirect.com/02.04.2008>.
3. Gallagher, L. (2007) Continuing education in nursing: A concept analysis. Nurse Education Today, 27, 5, 466-473.
4. Jarvis, P. (2005) Lifelong education and its relevance to nursing. Nurse Education Today, 25, 8, 655-660.
5. Ellis, L. i Nolan, M. (2005) Illuminating continuing professional education: unpacking the black box. International Journal of Nursing Studies, 42, 1, 97-106.

OBRAZOVANJE MEDICINSKIH SESTARA U SLOVENIJI

Sažetak

Doprinos govori o značajnosti obrazovanja na području zdravstvene njege, dakle struke, koja se veoma brzo razvija ali sporije dobiva na važnosti, samostalnosti i neovisnosti. Prikazan je tijek oblikovanja dodiplomskog visokoškolskog stručnog studijskog programa zdravstvene njege u skladu s evropskim direktivama, kao i također prihvaćene promjene na području zakonodavstva u Sloveniji. Predstavljeni su sadržaji programa, metode i tehnike obučavanja i uvjeti za stjecanje diplome diplomirane medicinske sestre i mogućnosti nastavka studija na drugom stupnju.

UVOD

Ako želimo organizirati obrazovanje u zdravstvenoj njezi, koje će odgovarati potrebama korisnika kao i potrebama organizacije, potrebama i interesu zaposlenih kao što ističe Jereb(1998) i potrebama društvene okoline, moramo najprije poznavati te potrebe i ujedno znati i za mogućnosti za zadovoljavanje tih potreba nužne.

Zajednička karakteristika svih vrsta obrazovanja za profesiju ili profesionalan rad je, da njegova osnovna namjera nije samo dobiti javno priznat (verificiran) stupanj profesionalne i stručne naobrazbe, premda svako obrazovanje za profesiju ili profesionalan rad ima nekakav stupanj funkcionalnosti- namijenjen poboljšanju kvalificiranosti za profesionalan rad i profesiju.

Kada govorimo o obrazovanju medicinskih sestara, govorimo o naobrazbi, koja je tijesno povezana s psihološkim, sociološkim, filozofskim, medicinskim i prije svega s užim stručnim obrazovanjem medicinskih sestara. Medicinska sestra mora biti dobro stručno osposobljena, istovremeno solidno pedagoški

i psihološki pripremljena. Visokoškolska stručna naobrazba mora medicinske sestre osposobiti za preuzimanje ovlasti u zdravstvenoj njezi, u kojoj se naglašava pitanje kvalitete zdravstvene njege.

Za profesije: liječnik, stomatolog, farmaceut, medicinska sestra, primalja i veterinar, vrijede u Europskoj uniji **sektorske direktive**. Za njih je precizno određen sadržaj i trajanje obrazovanja te neki uvjeti(kadrovski, prostorni, materijalni), koje moraju obrazovni zavodi ispunjavati. Na taj način je građanima zagarantiran kvalitetan zdravstveni tretman s odgovarajućim stručnjacima, na čemu Europska unija provodi temeljno načelo, koje govori o jednakim pravima građana u državama članicama Europske unije (Železnik, 2003). To ujedno omogućava diplomantima zaposlenje odmah nakon diplomiranja unutar Evropske unije.

Uvjet za stjecanje diplome diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika je stečeno znanje iz zdravstvene njege, medicinskih znanosti, poznavanje profesionalne etike, znanje s područja humanističkih znanosti, osobito su značajne praktične vještine, koje student dobiva s kvalifikacijom u kliničkoj okolini (Zaletel, 2008).

Studijski program zdravstvena njega u skladu sa EU direktivama

Slovenija je 2004. godine ušla u Europsku uniju. Jedan od uvjeta za ulazak bio je usuglasiti studijske programe za obrazovanje te usuglasiti zakonodavstvo s europskim direktivama. Predstavnici, tada triju visokih škola za zdravstvenu njegu su taj zadatak izveli uz pomoć predstavnika Komore- Saveza Slovenije.

Promjene su bile potrebne i na području zakonodavstva(Zakon o visokom školstvu Ur.l.RS 100/2004 i Zakona o zdravstvenoj djelatnosti Ur.l.RS br.2/2004. Ur.l.RS br.80/2004). Oblikovali smo dodiplomski visokoškolski strukovni studijski program **zdravstvena njega**, koji obuhvaća 4600 sati od toga je polovina namijenjena teoriji a polovina praktičnom osposobljavanju. To znači poprilično više obaveza od onih koje su imale prethodne generacije(oko 2250 sati).

Ipak kandidati, koji bi završili studij po takvom programu bi odmah dobili posao, bez obavljanja pripravništva i bez stručnog ispita na Ministarstvu za zdravlje. Studijski program je pripremljen po uzoru evropskih visokoškolskih stručnih škola za zdravstvenu njegu, koji imaju svoje programe ocjenjene s ECTS(European Credit Transfer System) bodovima.

Sistem kreditnog studija omogućava studentima prijelaznost iz sveučilišta na sveučilište u Sloveniji, kao i u Europskoj uniji. U programu je uzet u obzir način izračunavanja kreditnih bodova, koje preporuča »European Community Action Scheme for the Mobility of University Students«.

Program je zasnovan tako, da se teorija nadopunjuje praksom, vježbama i refleksijama. Sadržaji polaze od općih, temeljnih, do specifičnih, usmjerenih na pojedinačne kompetencije odnosno metode za razvijanje tih kompetencija i na pojedinačna specijalna područja, kao na primjer: zdravstvena njega na gerontološkom, pedijatrijskom, ginekološko-porodiljskom, internističkom i kirurškom području, kao i zdravstvena njega u patronažnoj zaštiti i u psihijatriji.

Osnovni ciljevi programa

U osnovne ciljeve programa spada vrlo kvalitetna teorijska osnova iz znanstvenih disciplina značajnih za diplomiranu medicinsku sestru.

U praktične primjere podudaraju se teorijske osnove, značajne za razvoj studentove kreativnosti na različitim područjima zdravstvene njega s mogućnošću fleksibilnog povezivanja; osiguranje fleksibilnosti i interdisciplinarnosti u struci i nauci, savladavanje komuniciranja s bolesnikom / štićenikom, sa suradnicima u zdravstvenom timu prema drugim partnerima; osposobljavanje diplomanta za obavljanje stručne kompetentne zdravstvene njega, koja obuhvaća pomoć ljudima, kako bi sami odredili i dostigli svoje zdravstvene potencijale u okolini u kojoj žive i rade; unapređivanje i očuvanje zdravlja, sprečavanje bolesti, njegovanje za vrijeme bolesti, rehabilitacije i razvijanje profesionalnosti.

Način samoevaluacije programa

Sa izvođenjem studijskog programa odmah se stječu povratne informacije o kvaliteti i aktualnosti programa, te prikladnosti njegove provedbe, kod studenata kao i kod visokoškolskih učitelja i suradnika, koji studijski program izvode.

Evaluacija dodiplomskog visokoškolskog stručnog studijskog programa Zdravstvena njega odvija se: s kontinuiranom interakcijom s nositeljem predmeta s iskustvima dobivenim u pedagoškom radu; anketiranjem studenata; stalnim kontaktom s najznačajnijim istraživačima (struke) i stalnim kontaktom sa partnerskim stranim sveučilištima te implementacijom njihovih iskustava, uz uzimanje u obzir specifičnosti slovenskih razmjera i potreba.

Evaluacijskim postupcima je zagarantirano praćenje i ocjenjivanje kvalitete i utjecajnosti rada te sklad studijskih programa s potrebama i zahtjevima struke na europsko usporedivom nivou. Fakultet za zdravstvene nauke UM sa svojim zastupnicima surađuje u Komisiji za ocjenjivanje kvalitete visokoškolske djelatnosti na UM, slijedi smjernice, koje diktira Nacionalna komisija za kvalitetu visokog školstva, u kojoj ujedno ima svoju predstavnicu.

Visokoškolski učitelji- profesionalci s područja zdravstvene njege

U dodiplomskom visokoškolskom stručnom studijskom programu zdravstvena njega sudjeluju visokoškolski učitelji od kojih se očekuje visoki stupanj profesionalnosti, gdje svakako spada visoka razina znanja, kompetencija, autonomija i znanje za rješavanje zahtjevnih problemskih(ne rutinskih) situacija. Od visokoškolskog učitelja koji predaje zdravstvenu njegu se posebno očekuje znanje o profesionalnoj etici- odgovornost vezana uz klijenta, sigurnost usluga, jasan profesionalni identitet i stalno stručno usavršavanje. U predavanjima visokoškolski učitelj upotrebljava **suvremene metode i tehnike rada:**

- Metodu lekcije(predavanja) neposredno predavanje učitelja, koji si povremeno pomaže sa nastavnim pomagalicama kao što su: tabele, dijagrami, slike, prezentacije plakata, dijapozitivi ili film.

Frontalna metoda se upotrebljava kao uvod u nastavnu temu.

- Grupna diskusija (rasprava) gdje studenti međusobno izmjenjuju ideje, raspravljaju o eksperimentalnim rezultatima. Grupna diskusija razvija kod studenata sposobnost vođenja i kritičkog mišljenja i osjećaj za grupni rad.

-Laboratorijski rad koji omogućava studentima neposredan rad s aparaturama, lutkama, modelima, simulatorima i materijama u laboratoriju. Ubrzava razvoj naučne metode kao oblik rješavanja problema, a kod studenata razvija preciznost, sistematičnost i promatranje.

- Seminarski radovi gdje studenti predstavljaju određenu temu i njihove poglede i prijedloge za rješavanje problema. Zatim slijede diskusija i primjedbe slušatelja. Ta metoda priprema studente na javni nastup i grupnu dinamiku. Primjerna je za produbljivanje izučavanja određenih problema.

- Rad na projektu, gdje pojedinac ili grupa traži rješenje problema, utvrđuje već stečeno znanje i stiče nova spoznaja. Rad na projektu može biti vrhunac aktivnosti u određenoj nastavnoj temi.

-Studija primjera znači predstavljanje istinite ili simulirane situacije, koju studenti analiziraju i pokušavaju naći rješenje. Metoda razvija kod studenata razumijevanje kompleksnih razmjera, oblikovanje stajališta i prihvaćanje samostalnih odluka.

-Programirano učenje omogućava samostalnu provjeru znanja i smanjenje stresa kod učenja. Student je u kontaktu sa programiranim elektronskim gradivom u kojem je naveden cilj lekcije, učna aktivnost i ocjena znanja. Ako student nije uspješan, program nudi više strategija za postizanje nastavnog cilja. To je alternativa nivojskoj nastavi, jer nudi više stupnjeva zahtjevnosti i prilagođavanje sposobnosti studenata.

- Igranje uloga- studenti dobiju uloge koje igraju u određenim situacijama(npr. bolesnik-medicinska sestra- liječnik). Scenarij može biti napisan unaprijed, tada su studenti samo demonstratori. Ulogu mogu

odigrati bez prijelaznog scenarija kao što misle i osjećaju. U tom primjeru je vrlo značajna analiza ponašanja pojedinačnih sudionika.

- Demonstracija-visokoškolski učitelj izvodi aktivnost, student ga pri tome promatra.

Upotrebljava se u djelatnostima, koje zahtijevaju vještinu ophođenja visokoškolskog učitelja (opasne materije, komplicirane aparature).

Kod demonstracije mogu pomoći studenti.

Simulacije imaju posebno mjesto, jer pomažu bolje u razumijevanju nastavnog gradiva a ujedno su komplementarne klasičnim nastavnim pristupima. Takvi simulatori pojavljuju se kod kompjutorskih programa povezanih s lutkama. Osim klasičnih simulatora zdravstvene njege, fizioloških procesa i medicinskih postupaka, poznajemo i problemsko zasnovane simulatore, koji imaju veću težinu u procesu obrazovanja, primjereni su i za zdravstveno osoblje koje se tako upoznaje s rijetkim i kriznim situacijama, na radnome mjestu.

Simulacijski pristup je početna točka za razumijevanje fizioloških procesa u čovjekovom tijelu. Simulacije tako popunjuju praznine i nude cjelovitu sliku u razumijevanju čovjekovog organizma. Simulatori intervencija njegovanja i medicinskih zahvata predstavljaju most između teorije i prakse.

Nove promjene- Studijski program zdravstvena njega u skladu sa EU direktivama i Bolonjskom deklaracijom

U Europi su programi Zdravstvene njege različiti i s Bolonjskim procesom se nastoji okvirno ih ujednačiti te povećati usporedivost među državama, između ostalog i radi uvažavanja europskih direktiva i protoka radne snage. Predlažu se okvirne smjernice: profesionalna odgovornost (management zdravstvene njege, međusobni odnosi, međuinstitucionalno sudjelovanje, kvaliteta), transparentnost u profesionalnim profilima i studijskim programima i naglasak na obrazovnim ciljevima i rezultatima. Gorton i De Smet(2006) naglašavaju jednakovrijedno uvažavanje odnosno postizanje obrazovnih

ciljeva i razvijanje ovlasti. Biti kompetentan autori posebno naglašavaju, znači biti vješt i sposoban izvesti zadaću s analitičkim pristupom kako i zašto, te biti sposoban analizirati rezultate obavljenog zadatka.

U Zakonu o visokom školstvu Ur.I.RS 100/2004 i Ur.I.119/2006 su za područje obrazovanja za djelatnost zdravstvene njege značajne novosti, koje proizlaze iz evropskih direktiva i promjena, koje diktira Bolonjska deklaracija. Radi se o procesu oblikovanja zajedničkog europskog sistema visokoškolskog obrazovanja, koji je započeo 1998. godine, kada je bila prihvaćena Sorbonska deklaracija, koja je vodila uvažavanju mobilnosti i mogućnosti protoka zaposlenih među državama Unije (Zaletel, 2008).

Bolonjska deklaracija, koja je bila prihvaćena 1999 godine usmjerena je oblikovanju europskog sistema visokoškolskog školstva. Namjera deklaracije je smanjenje razlike među obrazovnim sistemima država potpisnica i inače preko akcijskoga nacrt, koji se temelji na potjecanju mobilnosti i zapošljavanju studenata te ciljevima povećanja međunarodne konkurencije europskoga obrazovanja. Pomoću bolonjske deklaracije države potpisnice trebaju do 2010 godine postići sljedeće rezultate:

- prihvatanje sistema olako prepoznatljivih i usporedivih diplomskih stupnjeva, također sa obrascem »Prilog diplomu«, koji bi ubrzao zapošljavanje evropskih državljana i međunarodnu konkurentnost evropskog sistema visokog školstva;
- uvođenje dodiplomskog kao i postdiplomskog studija u svim državama potpisnicama (kod čega ne smije prvi biti kraći od tri godine).
- uvođenje kreditnog sistema studija(ECTS-Europen Credit Transfer System), koji će pokrivati i cjeloživotno obrazovanje i omogućiti mobilnost studenata;
- europska garancija kvalitete studija i
- odstranjenje svih barijera mobilnosti studenata i učitelja.

U 33.članku Zakona o visokom školstvu (ur.I.RS 119/2006) je određeno, da se studijski programi za stjecanje obrazovanja dijele na:

- prvi stupanj(visokoškolski stručni studijski program i sveučilišni program),
- drugi stupanj(magistarski studijski program),
- treći stupanj(doktorski studijski program).

Studijske obaveze se vrednuju s kreditnim bodovima ECTS; 1 kreditni bod znači 25 do 30 sati opterećenja za studenta; godišnje opterećenje studenta je 1500 do 1800 sati. U opterećenje studenta se ubrajaju: predavanja, seminari, vježbe i drugi oblici organiziranog studijskog rada, u koji spada praktičko osposobljavanje budućih diplomiranih medicinskih sestara.

Polovina kreditnih bodova koji se odnose na teoriju je namijenjena individualnom studijskom radu (rad smjesta, studij literature, seminarske radnje, projektne radnje, istraživački rad), priprema za ispite ili druge oblici provjere te diplomski (magistarske, doktorske) zadaci. Broj kreditnih bodova cjelokupnog studijskog programa je povećanje broja godina službenog trajanja studijskog programa i ljetnog broja kreditnih bodova (Mjerila za kreditno vrednovanje studijskih programa po ECTS, 2004).

Pojedinačna godina se vrednuje s 60 ECTS. Visokoškolski stručni studijski programi traju tri godine i obuhvaćaju 180 ECTS, sveučilišni traju tri do četiri godine i vrednuju se s 180 do 240 ECTS. Magistarski programi obuhvaćaju od 60- 120 ECTS. Doktorski studijski programi traju tri godine, student mora obaviti obaveze u opsegu 180 ECTS. U Zakonu su predviđeni i programi za ispopunjavanje koji obuhvaćaju od 10 do 60 ECTS. Studijski programi moraju biti sastavljeni tako, da pojedinačna godina studijskoga programa obuhvaća 60 ECTS, semestar 30 ECTS. U popisu predmeta mora biti naveden broj kreditnih bodova, potrebnih za završetak pojedinačne jedinice programa(predmeta, modula, praktičkog osposobljavanja) i nastavna dostignuća tako cjelokupnog studijskog programa kao i pojedinačnih jedinica programa. Svaki predmet mora biti vrednovan s najmanje 3 kreditna boda, a jedan tjedan praktičnog osposobljavanja sa dva boda. Podijeliti se moraju obavezne i izborne jedinice (moduli, predmeti, praktičko osposobljavanje).

Predmeti moraju biti zaključeni unutar jednog semestra. Treba podijeliti omjer između obaveznih i izbornih jedinica programa, kod čega mora biti izbornih najmanje 10%(Mjerila za kreditno vrednovanje studijskih programa po ECTS, 2004).

Trajanje i opseg studijskih programa koji obrazuju za profesiju, koja je regulirana sa direktivom Europske unije, mora biti usklađeno sa Bolonjskom deklaracijom, što znači sa promjenama Zakona o visokom školstvu. Postojeći studijski programi ne dostižu zahtjeve, koji su navedeni u Mjerilama za kreditno vrednovanje.

Tako smo pred novom promjenom studijskih programa za obrazovanje profesije u zdravstvenoj njezi. Postojeći studijski programi traju tri godine. Sa kreditnim bodovima 180 ECTS, ipak se ne zadovoljava u nekim drugim pogledima. ECTS potiče strategiju poučavanja, koji su usredotočeni na studenta: ishodište je studijsko odnosno radno opterećenje studenta. Takvo poučavanje je podešeno ka studijskim rezultatima, koji su definirani u programu, temelji se suvremenim, inovativnim metodama, aktivnom učenju, grupnom radu i individualnim kontaktima studenta sa visokoškolskim učiteljem i visokoškolskim suradnicima(Mjerila za kreditno vrednovanje studijskih programa po ECTS,2004). Svemu tome nije zadovoljeno u cjelini. U postojećim programima nema izbornih predmeta, svi predmeti nisu jednosemesterski, individualnog studentskog rada te spominjanih suvremenih nastavnih metoda nema u zahtjevanom opsegu. Jer je trogodišnji studijski program vrednovan sa 180 ECTS (što označi 5400 sati), moralo bi biti namijenjeno samostalnom radu studenta 2700 sati.

Pripremajući studijski programa smo pred teškim zadatkom: kako uskladiti zahtjeve Europske unije od 4600 sati, od kojih je polovina namijenjena praktičnom osposobljavanju, te odredbi Bolonjske deklaracije, koja zahtijeva veću aktivnosti i samostalnost studenta. Studijski programi za obrazovanje diplomiranih medicinskih sestara su u zaključnoj fazi. Budućim kandidatima bit će veliko olakšanje manji broj kontaktnih sati, veliki izbor predmeta i modula te mogućnost prijelaza među školama odnosno fakultetima. Također

se vesele možnosti produževanja studija na drugom (magistarskom) te kasnije na trećem (doktorskom) stupnju.

Zaključak

Kada govorimo o našem društvu, želimo da u budućnosti to društvo bude istinito društvo znanja. Glavni uvjet i put koji vodi do cilja je kvalitetan obrazovni sistem, koji se temelji na dobro osposobljenim, kompetentnim visokoškolskim nastavnicima. Zato nije slučajnost, da u svim značajnim strateškim razvojnim dokumentima među najznačajnije ciljeve otkrijemo« poboljšanje obrazovanja visokoškolskih nastavnika i studenata«.

Literatura:

1. Gorton V, De Smet S. Does learning outcome=Competency? V: Zbornik abstraktov 6th European conference of Nurse Educators, October 5-6, 2006. Paris – Paris: FINE: Comité d'Entente des Formations Infirmieres et Cadres, 2006, 2tr. 40.
2. Jereb J. Teopretične osnove izobraževanja: Skripta.Kranj: Moderna organizacija, 1998.
3. Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport, Zakon o visokem šolstvu. Merila za akreditacijo visokoškolskih zavodov in študijskih programov (Ur. I. RS, št 101/2004), Merila za kreditno ovrednotenje študijskih programov po ECTS (Ur. I. RS, št. 124/2004).
4. Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport, Zakon o visokem šolstvu. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o visokome šolstvu. Ur. I. RS, št. 94/2006.
5. Merila za kreditno vrednotenje študijskih programov po ECTS. Ur.I.RS št.124/ 2004
6. Zakon o dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti. Ur. I. RS št.80/ 2004

7. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti. Ur. l. RS št.2/2004
8. Zakon o visokem šolstvu Ur. l. RS 100/2004
9. Zakon o visokem šolstvu Ur. l. RS 119/2006
10. Zaletel M : Izobraževanje za zdravstveno in babiško nego je spet na prepihu Obzor Zdr N 2007; 41(2-3): 57-59)
11. Železnik D. Izobraževanje za jutri Obzor Zdr N 2003; 37:181-2.

PROFESIONALNA REGULATIVA SESTRINSTVA U HRVATSKOJ

Sažetak

Sestrinstvo u Hrvatskoj regulirana je profesija definirana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i svojim profesionalnim zakonom, Zakonom o sestrinstvu. Temeljem tih zakona, osnovana je i Hrvatska komora medicinskih sestara kao profesionalna i staleška matica svih medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj.

Hrvatska komora medicinskih sestara predstavlja samostalnu organizaciju medicinskih sestara s javnim ovlastima u sestrinskoj profesiji s ciljem osiguravanja najoptimalnijih rezultata sestrinske skrbi i napretka daljnjeg razvoja sestrinstva kao samostalne profesije i znanosti.

U svom djelovanju, Komora primjenjuje sve aktivnosti ka definiranju standarda sestrinske prakse te na taj način osigurava kontinuirani razvoj sestrinstva kroz jasno definirane, u skladu s zakonom usklađene i kroz praksu dokazane standarde obrazovanja, rada, cjeloživotnog obrazovanja i trajnog usavršavanja.

Osiguravanje postizanja svojih ciljeva, Hrvatska komora medicinskih sestara osigurava kroz kontinuirani rad svih tijela Komore, od Vijeća Komore, Stručnog vijeća Komore, Povjerenstava, pa sve do svojih Županijskih podružnica i njihovih Izvršnih odbora.

Ključne riječi: sestrinstvo, profesija, regulativa, HKMS, standardi sestrinske prakse

**ORGANIZACIJA RADA MEDICINSKIH SESTARA
U KLINIČKOM BOLNIČKOM CENTRU ZAGREB**

Sažetak

Klinički bolnički centar Zagreb je najveća bolnica u Republici Hrvatskoj. KBC Zagreb je po veličini i razini sličan ostalim sveučilišnim bolnicama u Europi i svijetu. Strategija organizacije zdravstvene njege i rada medicinskih sestara ovisna je o više čimbenika, a najvažniji se temelji na financijskim mogućnostima zdravstvene ustanove. O tim mogućnostima direktno ovisi broj i obrazovna struktura medicinskih sestara.

KBC Zagreb ima relativno velike sličnosti s ostalim sveučilišnim bolnicama po organizacijskim i teorijskim modelima zdravstvene njege ali su razlike ogromne u smislu broja raspoloživih medicinskih sestara, sredstava i uvijeta za rad.

Razlike su u raspoloživim materijalnim resursima koji impliciraju i mogućnost razvoja ljudskih potencijala.

  REFORMA SUSTAVA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA  REFORMA SUSTAVA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA PROVODI SE PUTEM: - NACIONALNE STRATEGIJE ZDRAVSTVA 2006. - 2011. - ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI - ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU - ZAKONA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU - ZAKONA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje	  REFORMA SUSTAVA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA REFORMA SUSTAVA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA PROVODI SE PUTEM: - NACIONALNE STRATEGIJE ZDRAVSTVA 2006. - 2011. - ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI - ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU - ZAKONA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU - ZAKONA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje
  NACIONALNA STRATEGIJA RAZVITKA ZDRAVSTVA 2006. - 2011.  PRETPOSTAVKE ZA PROVEDBU POLITIKE PUTEM STRATEGIJE CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje	  NACIONALNA STRATEGIJA Nacionalna strategija razvika zdravstva 2006. - 2011. na 68 stranica sastoji se od sljedećih cjelina: 1. UVOD 2. POVIJESNE STEČEVINE KOJE OBVEZUJU 3. PRIKAZ AKTUALNOG STANJA ZDRAVSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ 4. POLITIKA I STRATEGIJA SUSTAVA ZDRAVSTVA ZA RAZDOBLJE 2006. - 2011. GODINE 5. PRETPOSTAVKE ZA PROVEDBU POLITIKE PUTEM STRATEGIJE 6. KONCEPTUALNI OKVIR STRATEGIJE RAZVITKA HRVATSKOG ZDRAVSTVA ZA RAZDOBLJE 2006.-2011 7. ZAKLJUČNO CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje
  1. Cjelovita informatizacija sustava zdravstva 2. Partnerstvo u zdravstvu svih sudionika u zdravstvenoj zaštiti 3. Transparentnost svih postupaka u zdravstvu uvođenjem jedinstvene medicinske dokumentacije 4. Decentralizacija ovlasti, organiziranosti, ali i obveza nižih organa na razini županija 5. Osjećaj za gospodarsku realnost - potrebno je uvijek posjedovati izračun troškova i što novi poduhvat znači za ekonomiju zdravstva 6. Jedinstvo sustava jačanje postojećih horizontalnih i vertikalnih veza između pojedinih segmenata zdravstva 7. Europeizacija hrvatskog zdravstva CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje	  SITUACIJA: Postojeća dezintegriranost zdravstvene zaštite Glavni problem u postizanju racionalnog zdravstva - nema primerene odgovarajuće vertikalne povezanosti među raznim stupnjevima zdravstvene zaštite (primarna, sekundarna, tercijarna) - nema horizontalne povezanosti među različitim specijalnostima. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje
  PRETPOSTAVKE ZA PROVEDBU POLITIKE PUTEM STRATEGIJE - svaki je pacijent prepušten lutanju od jednog do drugog liječnika bez ikakvog uspostavljenog sustava - svaki odjel radi svoje dijagnostičke pretrage bez obzira što je to već učinjeno u drugom odjelu iste bolnice - u tercijarnoj skrbi ima više akutnih kreveta, nego na sekundarnoj razini (bolnice)  CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr	  PRETPOSTAVKE ZA PROVEDBU POLITIKE PUTEM STRATEGIJE CILJ: = rekonstrukcija zdravstvenog sustava na principu integrirane skrbi, uključujući i kontinuiranu i kroničnu skrb u lokalnoj zajednici, kroz značajno jačanje primarne zdravstvene zaštite u cilju uspostave učinkovite kontrole nad korištenjem sekundarnih i tercijarnih kapaciteta i općom potrošnjom zdravstva te rješavanjem do 80% medicinskih slučajeva u primarnoj zdravstvenoj skrbi CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr

 PRETPOSTAVKE ZA PROVEDBU POLITIKE PUTEM STRATEGIJE	HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA
<u>MJERE:</u> Glavna načela na kojima će se provesti temeljita rekonstrukcija i reforma zdravstva kao javnog sektora su: • centralizirana politika, standardi i norme, planiranje i kontrola provedbe, • uspostava integrirane zdravstvene zaštite • decentralizacija upravljanja (ideologije) i odgovornosti • jačanje primarne zdravstvene zaštite kao osnovnog elementa integrirane skrbi i uspostava učinkovite kontrole nad korištenjem sekundarnih i tercijarnih kapaciteta i općim potrebama zdravstva te rješavanje do 80% medicinskih slučajeva u primarnoj zdravstvenoj skrbi, • obvezna informatizacija kao temelj opće kontrole potrošnje i kvalitete, • osiguravanje i racionalizacija sredstava i raspodjela prema temeljnim principima jednakost, solidarnost, pristupačnost, racionalnost i kvaliteta; te posebni potrebama, • unaprijeđeno nagrađivanje i uvjeti zapošljavanja – fleksibilnost, poduzetništvo, nagrađivanje, uspjeh, eliminacija birokracije, • veći izbor, veće zadovoljstvo	<u>U predstojećem razdoblju poduzet će se sljedeće:</u> 1. Razmotriti mogućnosti da se broj opredijeljenih građana znatno smanji (kod liječnika opće medicine od 1.700 na 1.500, u zdravstvenoj zaštiti djece smanjit će se od 1.000 na 800 djece, kod zdravstvene zaštite žena u reproduktivnoj dobi na 4.000 žena, u zubnoj zdravstvenoj zaštiti od 2.200 na 2.000) da bi manjem broju opredijeljenih osiguranika mogla pružiti ne samo sadržajem „bogatija“, već i kvalitetnija zdravstvena zaštita. 2. Promjenama u dodiplomskoj edukaciji liječnike će se učiniti kompetentnim za rješavanje što više zdravstvenih problema.
CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA
3. Osigurati timovima primarne zdravstvene svu potrebnu opremu 4. Timove zdravstvene zaštite što ranije treba uputiti u osnove telemedicine 5. Upućivati pacijente u izbjegavanje rizičnih faktora i provođenje zdravog načina življenja. 	6. Postići užu suradnju s liječnicima specijalistima u poliklinikama i bolnicama 7. Forsirati stvaranje grupne prakse 8. Uvesti sustav "fund-holdinga" i to u početku barem za lijekove 9. Redefinirati sastav samih timova primarne zdravstvene zaštite 10. Definirati status i poziciju domova zdravlja kao središnjih institucionalnih formi primarne zdravstvene zaštite 
CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE SEKUNDARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA
11. Za primarnu zdravstvenu zaštitu će se predvidjeti brojne mogućnosti alternativnih i komplementarnih aktivnosti 12. Presudne odluke u vezi zdravstvene zaštite svakog člana obitelji donositi obiteljski liječnik u sklopu primarne zdravstvene zaštite 13. Osnivanjem centara za mentalno zdravlje poboljšat će se uvjeti za uključivanje ljudi sa psihičkim poteškoćama u svakodnevni život, čime se sprečava njihova diskriminacija u društvu 	<u>U organizaciji sekundarne zdravstvene zaštite poduzimat će se sljedeće mjere:</u> 1. Osnovat će se datoteka podataka koji će omogućiti vlasnicima da mogu utjecati na dinamiku razvika bolničkog sustava u zemlji kao cjelini, ali i po županijama 2. Provest će se kategorizacija bolničkog sustava 3. Doći će do primjene radikalnijih mjera u razmještanju bolničkih kapaciteta
CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE SEKUNDARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE TERCIJARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA
4. Uvest će se u sve bolničke ustanove i instrumentalizacija akreditacije, čija je osnovna namjena provjera da li bolnička ustanova, odnosno svaki njezin odjel zadovoljava "standarde ustroja i normative postupaka i ponašanja" 5. Nastavit će se proces smanjenja broja bolnica i broja bolničkih kreveta. 	<u>Predviđa se:</u> 1. Briga o visokoj kvaliteti bolničkih ustanova u područjima gdje treba stvarati nastavne baze visoke razine 2. Takve bolnice tretiraju se kao tercijarne, ne zbog toga što su akreditirane kao klinike i kliničke bolnice, već zbog svog sastava, sadržaja svog rada, visoke kvalitete stručnih djelatnika te bavljenja zdravstvenim radom s tim da se svi ti čimbenici moraju sagledavati i uvažavati.
CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr	CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr

  TERCIJARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA 3. Treba uzeti u obzir da se 49% svih konzilijarno-specijalističkih usluga u Hrvatskoj obavlja u klinikama, dakle na mjestima čija kvaliteta najčešće nadmašuje karakter odstupanja od zdravlja za koje se specijalističko mišljenje i sugestija traži. 4. Zbog ravnomjernijeg razvika zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, u sljedećem periodu će se poticati zamisao poliklinika  CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	  OSNOVE NOVE POLITIKE FINANCIRANJA ZDRAVSTVA Stabilan zdravstveni sustav temelji se na sigurnom i jakom položaju zdravstva u državnom sustavu. Potrebno je ograničiti rast zdravstvenih troškova i uspostaviti financijsku stabilnost sustava, uvesti planiranje i upravljanje u sustav zdravstva, te reorganizirati sustav financiranja i plaćanja zdravstvenih usluga.  CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
  ZAKON O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	  - Definiranje rizičnih čimbenika koji ugrožavaju život i zdravlje ljudi - Odgovornost osnivača za obveze zdravstvenih ustanova - Jačanje odgovornosti ravnatelja za financijsko poslovanje zdravstvenih ustanova - Osnivanje domova zdravlja na otocima - Okončanje postupka privatizacije domova zdravlja - Osnova za razvoj sustava telemedicine u Republici Hrvatskoj - Ustroj kliničkih i bolničkih zdravstvenih ustanova - Uvjeti za imenovanje ravnatelja kliničkih zdravstvenih ustanova - Sprečavanje sukoba javnih i privatnih interesa u obavljanju zdravstvene djelatnosti CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
  ČIMBENICI KOJI UGROŽAVAJU ŽIVOT I ZDRAVLJE LJUDI DEFINIRANJE RIZIČNIH ČIMBENIKA KOJI UGROŽAVAJU ŽIVOT I ZDRAVLJE LJUDI Svaka poslovno sposobna osoba obvezna je poduzimati aktivnosti u cilju očuvanja i unapređenja svoga zdravlja i izbjegavati sve rizične čimbenike koji ugrožavaju život i zdravlje (uporaba opojnih droga, alkohola, duhanskih proizvoda, rizično spolno ponašanje). – članak 22. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	  ZAKONA O OBVEZNOG ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
  OBVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ... provodi Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje Obveznim zdravstvenim osiguranjem osiguravaju se svim osiguranim osobama prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti i solidarnosti.  CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	  PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA - pravo na zdravstvenu zaštitu  - prava na novčane naknade CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

 RAZGRANIČENJE SUSTAVA OBVEZNOG I DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA	 DEFINIRANJE OSNOVNOG PAKETA ZDRAVSTVENIH USLUGA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
Zakonskim prijedlogom definira se podjela zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj na obvezno zdravstveno osiguranje i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Predmet uređivanja ovoga Zakona jest sustav obveznog zdravstvenog osiguranja koje provodi Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod), a uvjeti i način provedbe dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja uredit će se posebnim zakonom.	Ovim se Zakonom uređuje da se pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaćeno obveznim zdravstvenim osiguranjem osigurava pod jednakim uvjetima za sve osigurane osobe Zavoda.  U paketu obveznog zdravstvenog osiguranja, u definiranju usluga koje će se u cijelosti financirati na teret sredstava Zavoda, radi unapređivanja i očuvanja zdravstvenog stanja stanovništva Republike Hrvatske, naglasak je na preventivnoj i primarnoj zdravstvenoj zaštiti.
 DEFINIRANJE OSNOVNOG PAKETA ZDRAVSTVENIH USLUGA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA	 DEFINIRANJE OSNOVNOG PAKETA ZDRAVSTVENIH USLUGA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
U ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja, osiguranim osobama Zavoda osigurava se u cijelosti plaćanje zdravstvenih usluga za: - preventivnu zdravstvenu zaštitu djece, učenika i studenata te odraslih osoba, - preventivnu i kurativnu stomatološku zdravstvenu zaštitu djece do 18 godina života, - preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu žena u svezi s planiranjem obitelji, praćenjem trudnoće i poroda, - preventivnu i kurativnu stomatološku zdravstvenu zaštitu trudnica, - preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu u svezi HIV infekcija i ostalih zaraznih bolesti za koje je zakonom predviđeno provođenje mjera za sprečavanje njihova širenja	 Iz obveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti je pokriveno i obvezno cijepljenje, imunoprofilaksa i kemoprofilaksa, kemoterapija i radioterapija, zdravstvena zaštita u svezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja, hitna medicinska pomoć, hitna stomatološka pomoć, hitni medicinski prijevoz, kućne posjete za akutna stanja, kućno liječenje te patронаžna zdravstvena skrb. U cijelosti se iz obveznog zdravstvenog osiguranja plaća i kurativna zdravstvena zaštita i medicinska rehabilitacija djece, učenika i studenata na redovitom obrazovanju, ortopedska i druga pomagala djeci do 18. godine života sukladno općem aktu Zavoda, kurativna zdravstvena zaštita odraslih osoba na razini primarne zdravstvene zaštite, osim one za koju je opsegom prava za zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja drukčije određeno.
 DEFINIRANJE OSNOVNOG PAKETA ZDRAVSTVENIH USLUGA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA	 DEFINIRANJE OSNOVNOG PAKETA ZDRAVSTVENIH USLUGA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
Iz obveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti je pokrivena i medicinski neophodna bolnička zdravstvena zaštita. U osnovni paket zdravstvenih usluga koje se u potpunosti plaćaju iz obveznog zdravstvenog osiguranja uključen je i sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika sukladno općem aktu koji donosi ministar nadležan za zdravstvo.  Također, iz obveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti se plaćaju i lijekovi s osnovne liste lijekova Zavoda. Na teret sredstava Zavoda u cijelosti se osigurava i plaćanje lijekova s osnovne liste lijekova Zavoda.	Osnovna lista lijekova Zavoda sadrži osnovne lijekove za liječenje svih bolesti čija cijena se utvrđuje na razini najniže cijene koja garantira opskrbu osiguranih osoba Zavoda. Osigurane osobe imaju pravo i na pokriće troškova lijekova na dopunskoj listi lijekova Zavoda, koja sadrži lijekove s višom razinom cijene u odnosu na cijene iz osnovne liste lijekova pri čemu Zavod osigurava pokriće troškova u visini cijene ekvivalentnog lijeka s osnovne liste lijekova. Doplatu do pune cijene lijeka na dopunskoj listi lijekova obvezna je snositi osigurana osoba Zavoda neposredno ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provode osiguratelji sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
 DOPLATA I OSLOBADANJE OD DOPLATE	 ADMINISTRATIVNA PRISTOJBA KOJA SE PLAĆA PRILIKOM KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE
Zakonom se uređuje da doplatu (iznos troškova zdravstvene zaštite koje Zavod ne pokriva u cijelosti, iz članka 15. stavka 2. točke 2. do 5. Zakona) snosi osigurana osoba sama ili osiguravatelj (Zavod, društvo za osiguranje) s kojim je osigurana osoba sklopila ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju. Vezano uz doplatu za lijekove s dopunske liste lijekova Zavoda, ovim se Zakonom predlaže da su navedenu doplatu obvezne snositi sve osigurane osobe Zavoda, neposredno ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provode osiguratelji sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.	Ukinuto od 06. travnja 2008. god. 
	

	Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje	Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje
	ZAKON O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje	Koje su vrste dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja?  Dobrovoljna zdravstvena osiguranja jesu: - dopunsko zdravstveno osiguranje - dodatno zdravstveno osiguranje - privatno zdravstveno osiguranje CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje
	Tko provodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje?  Dobrovoljno zdravstveno osiguranje provodi društvo za osiguranje koje je dobilo dozvolu za obavljanje te vrste osiguranja od nadzornog tijela za obavljanje poslova osiguranja sukladno Zakonu o osiguranju. Dopunsko zdravstveno osiguranje provodi i Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje i to bez pokriva doplate za lijekove. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje	Tko pokriva rizik doplate za lijekove?  Pokriva do pune cijene lijeka s dopunske liste lijekova Zavoda prema članku 16. prijedloga Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju provode SAMO DRUŠTVA ZA OSIGURANJE. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje
	Kakva su dopunska i dodatna zdravstvena osiguranja?  Dopunsko i dodatno zdravstveno osiguranje ugovaraju se kao dugoročna osiguranja, a najmanje u trajanju od godine dana. Dopunsko i dodatno zdravstveno osiguranje su neživotna osiguranja sukladno Zakonu o osiguranju. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje	Čemu služi dopunsko zdravstveno osiguranje?  Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurava se pokrivenost dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (doplate) iz članka 15. i 16. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje
	Čemu služi dodatno zdravstveno osiguranje?  Dodatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja te veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr	Čemu služi privatno zdravstveno osiguranje?  Privatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se ZDRAVSTVENA ZAŠTITA FIZICKIM OSOBAMA koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje se NISU OBVEZNE OSIGURATI sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr

	Tko može biti osiguranik u dopunskom ili dodatnom zdravstvenom osiguranju?  Osiguranik može biti samo osoba koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju. Osiguranik gubitkom statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju gubi status osiguranika u dopunskom ili dodatnom zdravstvenom osiguranju. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje	Koji su to kapaciteti zdravstvenih ustanova?  Samo kapaciteti izvan ugovorenih sa Zavodom i izvan ugovorenog radnog vremena sa Zavodom. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje
	Što je obavezan osiguratelj dodatnog i privatnog zdravstvenog osiguranja?  - ishoditi suglasnost Zavoda za korištenje kapaciteta izvan ugovorenog kapaciteta sa Zavodom - podatke o sklopljenim ugovorima sa zdravstvenim ustanovama, trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatnim zdravstvenim radnicima kod kojih osiguranik može koristiti prava iz dodatnog, odnosno privatnog zdravstvenog osiguranja dostavljati na uvid ministarstvu nadležnom za zdravstvo CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje OSNOVNA PITANJA KOJA SE UREĐUJU OVIM ZAKONOM SU:	ZAKON O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje OSNOVNA PITANJA KOJA SE UREĐUJU OVIM ZAKONOM SU:
	Sustav obveznog zdravstvenog osiguranja za zaštitu zdravlja na radu, nositelj obveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti, opseg prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava osoba osiguranih po toj osnovi, uvjeti i način njihova ostvarivanja i financiranja kao i prava i obveze nositelja zdravstvenog osiguranja za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti, uključujući i prava i obveze ugovornih subjekata nositelja provođenja zdravstvene zaštite za ozljede na radu i profesionalne bolesti. Zdravstvenim osiguranjem na temelju ovoga Zakona kao obveznim zdravstvenim osiguranjem osiguranicima se osiguravaju prava na načelima uzajamnosti i solidarnosti. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje OSNOVNA PITANJA KOJA SE UREĐUJU OVIM ZAKONOM SU:	Zdravstveno osiguranje za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti umjesto Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao dosadašnjeg nositelja provedbe ove vrste zdravstvenoga osiguranja sada provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu  CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje OSNOVNA PITANJA KOJA SE UREĐUJU OVIM ZAKONOM SU:
	Prava koja se osiguravaju za slučaj ozljede na radu ili profesionalne bolesti su: - pravo na zdravstvenu zaštitu i - pravo na novčane naknade. Osobama osiguranim sukladno ovome Zakonu osigurava se zdravstvena zaštita najmanje u standardu koji se osigurava osiguranim osobama Hrvatskog zavoda za obvezno zdravstveno osiguranje u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i propisima donesenim na temelju toga Zakona, a Zavod u cijelosti snosi troškove te zdravstvene zaštite. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje	<u>Pravo na novčane naknade</u> Naknada plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad uzrokovane ozljedom na radu i profesionalnom bolešću ne može iznositi manje od 100% od osnovice za naknadu plaće utvrđene sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i propisima donesenim na temelju toga Zakona. Pravo na naknadu troškova prijevoza u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite zbog ozljede na radu i profesionalne bolesti ostvaruje se najmanje u visini naknade troškova prijevoza sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje

	HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE OSNOVNA PITANJA KOJA SE UREĐUJU OVIM ZAKONOM SU:	HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE OSNOVNA PITANJA KOJA SE UREĐUJU OVIM ZAKONOM SU:
	Zakonom se posebno uređuje postupak nesposobnosti za rad uzrokovanu ozljedom na radu, odnosno profesionalnom bolešću utvrđuje doktor specijalist medicine rada u zdravstvenoj ustanovi, odnosno trgovačkom društvu koje u svom sastavu ima djelatnost medicine rada ili specijalist medicine rada u privatnoj praksi kao i liječničko povjerenstvo Hrvatskog zavoda za medicinu rada CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr	U cilju posebne provedbe zdravstvenog osiguranja za ozljede na radu i profesionalne bolesti osniva se Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu. Zavod je javna ustanova koja organizira i provodi poslove te vrste zdravstvenog osiguranja. Zavod obavlja poslove ugovaranja sa ugovornim subjektima za provođenje zdravstvene zaštite za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti, utvrđuje cijenu zdravstvene zaštite za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo te uređuje ostala pitanja vezana uz ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr
	HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE OSNOVNA PITANJA KOJA SE UREĐUJU OVIM ZAKONOM SU:	HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE OSNOVNA PITANJA KOJA SE UREĐUJU OVIM ZAKONOM SU:
	Tijela Zavoda su upravno vijeće i ravnatelj. Upravno vijeće sastoji se od 7 članova koje imenuje Vlada Republike Hrvatske na prijedlog ministra nadležnog za zdravstvo i to: - 3 predstavnika Gospodarsko-socijalnog vijeća, - 2 predstavnika osiguranika, - 1 predstavnika ministarstva nadležnog za zdravstvo, - 1 predstavnika radnika Zavoda. Ravnatelj Zavoda na temelju provedenog javnog natječaja imenuje Vlada Republike Hrvatske na prijedlog ministra nadležnog za zdravstvo. Ravnatelj Zavoda odgovoran je za financijsko poslovanje Zavoda. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr	Sukladno predloženom rješenju, Zavod treba preuzeti radnike Hrvatskog zavoda za obvezno zdravstveno osiguranje koji su do dana stupanja na snagu ovoga Zakona radili na poslovima zdravstvenog osiguranja za slučaj ozljede na radu i profesionalne djelatnosti kao i sredstva Hrvatskog zavoda za obvezno zdravstveno osiguranje prikupljena na ime doprinosa za ozljede na radu i profesionalne bolesti. CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr
	HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE OSNOVNA PITANJA KOJA SE UREĐUJU OVIM ZAKONOM SU:	HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZAKLJUČAK
	Očekuje se da će provedba predloženih rješenja u smislu razdvajanja obveznog zdravstvenog osiguranja i zdravstvenog osiguranja za slučaj ozljede na radu i profesionalnih bolesti rezultirati točnijim iskazivanjem ozljeda na radu i profesionalnih bolesti te s tim u vezi namjenskim trošenjem sredstava za zdravstveno osiguranje koje pokriva ovu vrstu rizika.  CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr	<i>"Reforma nije usmjerena na izvlačenje novca iz džepa pacijenata, nego na bolje i kvalitetnije funkcioniranje sustava u postojećim financijskim uvjetima."</i> CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr
	HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
	Zahvaljujem na pozornosti! CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE www.hzzo-net.hr	

STRATEGIJE RAZVOJA SESTRINSTVA U ZAJEDNICI

Uvod

Prema podacima Hrvatske Komore medicinskih sestara, u Registar 2008. godine upisano je ukupno 29 614 medicinskih sestara i to oko 18 289 u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti i oko 11 325 (38,24%) medicinskih sestara zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Na razvoj sestrinstva u Hrvatskoj utječu mnogobrojni čimbenici uvjetovani različitim promjenama iz područja medicine, obrazovanja, znanosti, tehnologije kao i različitim društvenim kretanjima.

Sestrinstvo u zajednici čini jedan dio cjelokupne zdravstvene skrbi za ljude u zajednici. Područja djelovanja sestrinstva u zajednici su zdravstvene, obrazovne i socijalne ustanove. U središtu skrbi je korisnik, a cilj je postizanje i održavanje zdravlja uz holistički pristup. Specifičnosti sestrinstva u zajednici u odnosu na tradicionalno pružanje zdravstvene njege na sekundarnoj razini očituju se kroz bitne elemente kao što su: pružanje zdravstvene njege pojedincima, obiteljima, ili skupinama ljudi, skrb u vlastitom domu ili na drugim mjestima u kojima ljudi žive, borave rade, uče ili se igraju.

Skrb je upućena i bolesnom i zdravom članu zajednice, a glavnina djelovanja sestara u zajednici jest zdravstveni odgoj i obrazovanje s ciljem unapređenja i održavanja zdravlja, te prevencija bolesti, nesposobnosti i nemoći.

Danas sestrinstvo u zajednici čine različita područja rada, uvjetovana zakonski potrebnom razinom obrazovanja za različite kompetencije.

Prema postojećoj regulativi potrebna razina obrazovanja sestrinstva u zajednici su medicinske sestre sa bazičnim obrazovanjem (SSS) te medicinske sestre sa višom stručnom spremom (VŠS), danas stručni prvostupnik (*baccalaureus*).

Glavna područja rada su: medicinske sestre u različitim timovima primarnih liječnika, medicinske sestre u patronažnoj djelatnosti pri županijskim domovima zdravlja, ustanovama za pružanje zdravstvene njege u kući, uglavnom u privatnom vlasništvu, domovima za skrb starih i nemoćnih, predškolskim ustanovama – dječjim vrtićima, te u timovima školske medicine pri Zavodima za Javno zdravstvo.

Strategija razvoja

Strategija – grč.znači strateg, vojskovođa, a dolazi od riječi stratos što znači vojska i agein što znači voditi. Strategija s općim značenjem predstavlja snalaženje u zadanim uvjetima i pronalazak najboljih rješenja, a u modernoj interpretaciji to je skup znanja, ciljeva i ideja o tome kako voditi određenu djelatnost na najučinkovit i najmanje rizičan način.

Kada govorimo o strategiji u sestrinstvu nećemo pogriješiti kada kažemo da je strategija prikaz trenutačne sestrinske pozicije i situacije, prepoznavanje prilika za poboljšanje te prikaz kako učiniti pomak do nove, bolje pozicije.

Cilj, smisao i svrha nacionalne strategije razvitka zdravstva je:

- Predočiti uvid u zatečeno stanje sustava zdravstva
- Stanje zdravlja hrvatske populacije
- Razmotriti i raščlaniti determinante o kojima ovisi zdravlje i zdravstvo

Krajnji smisao nacionalne strategije je ostvariti cilj svakog dobrog ustrojenog sustava zdravstva, a to je:

- Poboljšanje zdravstvenog stanja
- Produljenje ljudskog života

- Izravno povoljan utjecaj na kvalitetu življenja i na osposobljenost neovisnog funkcioniranja

Navedeni nacionalni ciljevi ne isključuju strateško planiranje razvoja sestrinstva u zajednici, polazeći od činjenice da je kvalitetna sestrinska skrb preduvjet za zdravstveni napredak naše zemlje kroz pružanje visokog stupnja sestrinske prakse.

Prepoznavanje prednosti i slabosti, mogućnosti i ograničenja, važan je preduvjet za postavljanje i ocjenu izvedivosti razvojnih strateških ciljeva. Tome služi **SWOT**-Strengths (prednosti), Weaknesses, (nedostaci, slabosti), Opportunities, (mogućnosti), i Threats analiza (opasnosti).

Patronažna zdravstvena zaštita je dio sestrinstva u zajednici.

Patronaža dolazi od latinske riječi patronus što znači: zaštitnik, pomagač, branitelj. Sukladno značenju te riječi uloga sestrinstva u patronažnoj djelatnosti usmjerena je na zaštitništvo, pokroviteljstvo, i zaštitu zdravlja pojedinca, obitelji i zajednice.

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (čl.25) patronažna zdravstvena zaštita dio je primarne zdravstvene zaštite, a izvršitelji su više medicinske sestre. Pravilnikom o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz osnovnog zdravstvenog osiguranja utvrđen je standard za tu djelatnost. Prema tom pravilniku standard je 5 100 stanovnika određenog geografskog područja.

Prema pokazateljima 2008. god.u patronažnoj djelatnosti u 20 županijskih domova zdravlja i 3 doma zdravlja u gradu Zagrebu, ukupno je zaposleno 836 medicinskih sestara, a prema zadnjem popisu pučanstva Hrvatska ima 4.437.460 stanovnika, što govori o nedovoljnom broju zaposlenih medicinskih sestara u patronažnoj djelatnosti, u kojoj prema standardu i ukupnom broju stanovnika nedostaju 44 patronažne sestre.

Prema razini obrazovanja je 577 viših medicinskih sestara (dvogodišnji studij), 166 medicinskih sestara s dodiplomskim trogodišnjim studijem (baccalaureus), i 93 medicinske sestre sa srednjom stručnom spremom, što iznosi 11,12%. Rekla bih da Hrvatska patronažna djelatnost boluje od „kronične kadrovske bolesti“. Uspoređujući mjerenje koje je provedeno 2003. godine kada je udio srednjih medicinskih sestara u patronažnoj djelatnosti iznosio 15%, zamjetan je trend smanjenog broja srednjih medicinskih sestara u patronažnoj djelatnosti. Međutim, neprihvatljiva je činjenica da tako veliki broj medicinskih sestara koje nemaju odgovarajuće obrazovanje, uopće obavljaju složene i zahtjevne, odnosno Zakonom o sestrinstvu propisane kompetencije iz područja zdravstvene njege. Također je vidljivo da ima regionalnih raznolikosti u udjelu srednjih medicinskih sestara zaposlenih u patronažnoj djelatnosti. Najveći broj je u Brodsko-posavskoj županiji, zatim Dom zdravlja Virovitičko-podravske županije, Sisačko-moslavačka županija DZ Sisak, Dom zdravlja Zagrebačke županije, Ličko-senjske županije, Požeško-slavonske županije, Dubrovačko-neretvanske županije.(Tbl.1.)

Tablica 1. Udio medicinskih sestara sa srednjom stručnom spremom u 2008.g.¹

Županija	Medicinske sestre – SSS
Brodsko-posavska	20
Virovitičko- podravska	11
Sisačko-moslavačka DZ Sisak	9
Zagrebačka županija	7
Ličko-senjska	7
Požeško–slavonska	6
Dubrovačko-neretvanska	5
Sisačko-moslavačka	4
Splitsko-dalmatinska	3
Zadarska	3

U cilju izrade dugoročne strategije razvoja patronažne djelatnosti treba imati u vidu da je starosna dob djelatnika relevantni čimbenik u definiranju glavnih zadataka i strateških ciljeva.

Prema podacima iz 2008. godine najveći broj medicinskih sestara u sustavu patronažne djelatnosti ima od 51 do 60 godina, točnije 325 ili 38,87%. Više od 61 godine ima njih 58, dok 41 do 50 godina ima njih 269 ili 32,17%. Mlađoj dobnoj skupini zaposlenih u patronažnoj djelatnosti od 20 do 30 godina ima samo njih 79, dok je njih 105 u dobi od 31 do 40 godina.

U narednih deset godina 45% medicinskih sestara u patronažnoj djelatnosti će steći pravo odlaska u mirovinu, što znači da će biti potrebno zapošljavanje velikog broja medicinskih sestara sa zakonom propisanim obrazovanjem.

¹ Izvor: Glavne medicinske sestre županijskih centara domova zdravlja, ožujak, 2008. g.

Razvojna strategija sestrinstva u patronažnoj djelatnosti jednaka je trendovima i strategijama nacionalne profesionalizacije, utemeljena na procjeni postojećeg stanja. Svjetska zdravstvena organizacija definira zdravlje kao “stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili iznemoglosti.” Zdravstveni djelatnici često nerado prihvaćaju konstataciju da ključne determinante zdravlja leže izvan kompetencija zdravstvenog sektora. Koncept razvoja zdravlja ima mnogo sličnosti sa ekonomskim razvojem. Spomenuti procesi su rezultat aktivnosti koje uključuju mnoge sektore društva, kao i populaciju u cjelini, kroz individualne i kolektivne odluke i akcije.

Školska medicina – prema sadašnjim odredbama pravilnika o obaveznom zdravstvenom osiguranju, zdravstvenu preventivnu zaštitu školske djece i studenata obavlja liječnik školske medicine u timu sa medicinskom sestrom srednje stručne spreme.

U strategiji planiranja bolje zdravstvene zaštite školske djece i studenata potrebno je (lobirati) zagovarati izmjenu sadašnje odredbe, uz preporuke da za savjetovani rad izvršitelji osim timova školske medicine budu i medicinske sestre sa diplomskim specijalističkim studijem iz “Javnog zdravstva”.

Obrazloženje: adolescencija je razdoblje tjelesnog, spolnog, mentalnog i društvenog dozrijevanja. U tom periodu životnog razvoja počinju se javljati problemi i poremećaji u ponašanju što treba promatrati iz šire perspektive; potrebno je sustavno raditi na stvaranju sigurnog okruženja za djecu i mladež, potrebno je sustavno raditi i razvijati programe prevencije koji uključuju i članove obitelji u cilju promicanja suvremenog koncepta mentalnog zdravlja i promicanja zdravih životnih navika. Važnost komunikacije zdravstvenih djelatnika i obitelji za razvoj adolescenata naglašava potrebu izrade i provedbe programa primarne prevencije usmjerene na očuvanje reproduktivnog zdravlja, suzbijanje zlouporabe

psihoaktivnih droga i drugih oblika ovisnosti, prevencija različitih oblika nasilja u školi i dr.

Diplomirana medicinska sestra iz područja Javnog zdravstva će biti osposobljena za pružanje zdravstvene njege kao što su: organizacija i ekonomika zdravstvene zaštite, poduzetništvo u zdravstvu, integralni pristup očuvanju zdravlja i prevencije bolesti, te rješavanju specifičnih problema prevencije društveno uvjetovanih bolesti i pojava koje utječu na zdravstveno stanje populacije.

Sestrinstvo u sustavu socijalne i zdravstvene zaštite – Konstantno demografsko kretanje u smjeru povećanja populacije starijih osoba ima krucijalne implikacije na gospodarstvenu strukturu cjelokupnog hrvatskog pučanstva, a poglavito na sustav zdravstva i socijalne skrbi, obrazovanja, znanosti. Prema procjeni u 2007 godini udio starijih osoba od 65 i više god. u ukupnom stanovništvu iznosi 20,03%.² Ubrzanim starenjem pučanstva, a posebice grada Zagreba mijenja se i struktura korištenja zdravstvene zaštite čime se specifična područja gerijatrijske zaštite izrazito povećavaju. Prema istraživanju provedenom na uzorku 24 doma za starije i nemoćne osobe (N=1452; 2005 g.)³ veliki broj korisnika (477) je trajno nesamostalan, od svih njih koji su nesamostalni njih 185 su trajno nepokretni. To su samo neki od pokazatelja za potrebnom izradom Programa zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih ljudi, kroz različite programe kao što je ustroj gerontološko-javnozdravstvenih timova. Uz ostale stručne profile u timu za potrebe planiranja zdravstvene njege sudjeluje medicinska sestra s najmanje dodiplomskom razinom obrazovanja iz područja sestrinstva.

2 Izvor: DZZ i CZG ZZJZGZ strana 27. Prema procjeni za 2007. g. udio starih osoba od 65 i više godina u ukupnom stanovništvu iznosi 20,03%, od toga udio starijih žena je 16,90%, a muškaraca 13,54%.

3 Izvor: CZG ZZJZGZ strana 685. Psihička samostalnost korisnika domova u odabranom uzorku 14 domova za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj i Gradu Zagrebu, 2005.g.

Nadalje s povećanjem broja starijeg stanovništva te kroničnih – dugoležućih bolesnika i bolesnika u terminalnom stanju nužno je planirati mogućnost institucionalnog zbrinjavanja otvaranjem većeg broja domova za starije nemoćne i terminalne bolesnike, u kojima će se strateški gledano stvoriti potreba za zapošljavanjem većeg broja medicinskih sestara svih razina obrazovanja. Danas u Hrvatskoj postoji 121 dom za starije i nemoćne, od toga 48 gdje su osnivači županije i 73 doma privatnih osnivača.

Samo u gradu Zagrebu prema podacima Gradskog ureda za zdravstvo rad i socijalnu skrb za potrebe trajnog institucionalnog zbrinjavanja zaprimljeno je oko 13 000 zahtjeva od toga 5 000 za žurnim smještajem. Ti zahtjevi se mogu realizirati otvaranjem 10 domova, što i jeste strateški plan grada Zagreba. Za sestrinstvo to znači velika mogućnost zapošljavanja medicinskih sestara svih razina obrazovanja za potrebe organizacije, planiranja i provođenja procesa zdravstvene njege.

Ne postoje egzaktni pokazatelji o potrebnom broju upošljavanja medicinskih sestara niti njihove razine obrazovanja, stoga je jedan od glavnih strateških ciljeva napraviti stvarnu procjenu osobito kadrovskog stanja, u cilju izrade standarda sestrinske prakse skrbi gerontoloških bolesnika, prema standardima Europske unije.

Glavne strateške smjernice razvoja sestrinstva u zajednici su:

- Učiniti kadrovsku i drugu procjenu, procjenu stanja i izraditi planove akcije kratkoročnih i dugoročnih potreba na svim područjima rada sestrinstva u zajednici.
- Nedostatak medicinskih sestara – zagovarati usklađivanje bazičnog obrazovanja u sestrinstvu prema preporukama Europske komisije za sestre. Vratiti ulogu, utjecaj i ugled osobito djelu sestrinstva u zajednici koji je narušen privatizacijom PZZ.
- Osigurati snažniju potporu studentima uz rad.

- Potreba za provedbom politike profesionalnog obrazovanja na koncepciji „ključnih kompetencija“ kroz dodiplomsku, diplomsku i osobito u patronažnoj djelatnosti, poslijediplomsku razinu.
- Podržavati cjeloživotno obrazovanje i stručno usavršavanje.
- Pokretanje i provođenje istraživačkih projekata sestrinstva u zajednici.
- Osigurati pružanje kvalitetne skrbi u zajednici, prema najvišim standardima, provesti informatizaciju.
- Uskladiti status i koeficijent plaće za nove kategorije obrazovanja (dipl. ms).

Zaključak:

Sestrinstvo u Hrvatskoj djeluje na temelju zakona koji precizno definiraju sve elemente djelovanja na svim razinama zdravstvene zaštite. Zakon o sestrinstvu osigurao je mogućnost da Komora kroz svoje propise regulira djelovanje medicinskih sestara u Hrvatskoj. Uspostavljanjem sustava obrazovanja danas medicinske sestre imaju mogućnost školovanja do visoke stručne razine, a upravo je obrazovanje temeljni preduvjet u postavljanju jasnih profesionalnih ciljeva za osnaživanje sestrinstva i usklađivanje sa statusom Europskog sestrinstva.

Sestrinstvo u zajednici na svim područjima rada još nije jasno definirano ni organizirano. Stoga strateški cilj i jest upravo usmjeren potrebama za razvijanjem i podizanjem profesionalizacije na svim područjima rada, sukladno kompetencijama.

Za razvoj sestrinstva u zajednici nužna je podrška nacionalnih resornih ministarstava, politike, lokalnih i gradskih institucija, ali podrška i odgovornost nije anulirana niti od svakog pojedinca u sustavu. Za promjene i razvoj su stvoreni osnovni preduvjeti a daljnji napredak danas se nalazi u rukama samih sestara.

Strategijom su definirane bitne sastavnice, načela i ciljevi kao odrednice za kratkoročne i dugoročne planove (klizna strategija razvoja) sestrinstva u zajednici.

Literatura:

1. Mojsović Z. i suradnici (2005). Sestrinstvo u zajednici. Zagreb, Visoka zdravstvena škola
2. Zavod za javno zdravstvo Centar za gerontologiju (2007./2008.), Zagreb.Gerontološko javnozdravstveni pokazatelji za Hrvatsku 2004.-2006.g.
3. Slaven L. (1984). Kriza i zdravstvo, Zagreb, Stvarnost
4. ZVU, nastavni tekstovi, Strateški menadžment u sestrinstvu, Prosuđivanje i smjernice u zdravstvenoj njezi
5. Patronažna djelatnost u Hrvatskom zdravstvenom sustavu, (2004), Zbornik radova Simpozija o patronažnoj djelatnosti, Zagreb
6. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja, Narodne novine. br.30/02, Narodne novine, Zagreb
7. [http:// www.quickmba.com/strategy/SWOT/](http://www.quickmba.com/strategy/SWOT/)
8. <http://www.euro.who.int/document/E79878.pdf>

SESTRINSKA ISTRAŽIVANJA - POKRETAČI PROFESIONALNOG RAZVOJA SESTRINSTVA

Uspoređujući sestrinstvo s ostalim profesijama u zdravstvu osobito s liječnicima – doktorima medicine dolazimo do zaključka da je sa sestrinstvom povezano značajno manje istraživanja i pomoću njih utvrđenih spoznaja, odnosno možemo reći da je istraživačka tradicija u sestrinstvu bitno kraća nego u drugim profesijama. Nadalje uočava se da su dosadašnja istraživanja u sestrinstvu bila jednostavnije strukture, te da nisu osiguravala odgovore na pitanja koja proizlaze iz složenijih i sveobuhvatnih teorija zdravstvene njege. Činjenice govore kako je vrlo mali broj medicinskih sestara uključenih u istraživačke projekte, u odnosu na relativno veliki broj medicinskih sestara koje sudjeluju u svakodnevnoj praksi zdravstvene njege. Iako su i spoznaje otkrivene u istraživanjima stručnjaka drugih zdravstvenih profila vrlo često relevantne za teoriju i praksu sestrinstva dosadašnja praksa pokazuje da ključne temelje razvoja pojedine profesije daju nalazi istraživača iz same profesije. O važnosti istraživanja za razvoj sestrinstva govori i kratki pregled povijesti istraživanja u sestrinstvu.

Početak istraživanja u sestrinstvu vezuje se uz Florence Nightingale. U svojim radovima ona proučava utjecaj čimbenika iz okoline na postizanje i očuvanje psihičkog i fizičkog zdravlja (1859.). Najspominjaniji je njen rad u kojem prikazuje uzroke morbiditeta i mortaliteta vojnika tijekom Krimskog rata. Ovo istraživanje omogućilo je promjenu stavova društva prema zbrinjavanju bolesnih.

Njena istraživanja o kvaliteti vode za piće, sanitarnim uvjetima, prevenciji gladovanja, mortalitetu i morbiditetu ostavila su značajan utjecaj na društvenu zajednicu.

Tijekom dvadesetih i tridesetih godina prošlog stoljeća u američkom časopisu *American journal of nursing* počinju se objavljivati prikazi slučajeva. Prikazivana je duboka analiza i sustavan opis pacijenta ili skupine pacijenata s ciljem unaprjeđenja sestrinskih intervencija. Prvi magistarski i doktorski studiji iz područja zdravstvene njege pokrenuti krajem dvadesetih godina na Sveučilištu Yale doveli su do povećanja broja istraživanja te pokretanja prvog sestrinskog istraživačkog časopisa *Nursing research* 1952 godine.

Tridesetih godina u Hrvatskoj se pokreće časopis *Sestrinska riječ* koji prenosi radove iz *American journal of nursing* koji opisuju djelokrug rada medicinskih sestra te aktualnu problematiku u zdravstvenoj njezi.

Tijekom pedesetih godina istraživanja u sestrinstvu usmjerena su na ulogu i aktivnosti medicinskih sestara. Dolazi do porasta broja kliničkih istraživanja usmjerenih na pojedina područja zdravstvene njege (zajednica, zdravstvena njega djeteta, zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika) te na razvoj standarda u zdravstvenoj njezi.

Kvaliteta u zdravstvenoj njezi te razvoj parametara potrebnih za mjerenje ishoda u zdravstvenoj njezi istraživani su tijekom 1960-tih godina.

Između ostalih šezdesetih godina provedena su opsežna istraživanja o njezi kože (Verhonick, 1961.), oralnoj higijeni (Ginsburg, 1961.), mehanizmu povraćanja (McCarthy, 1964.) i postupcima mjerenja tjelesne temperature (Nicholas, 1968., 1972).

Osnivanje jedinica intenzivnog liječenja potaknulo je daljnje istraživanje sestrinskih intervencija, te istraživanje organizacije i učinkovitosti zdravstvene njege.

1963. publiciran je časopis *International journal of nursing studies*, a sredinom šezdesetih godina organiziraju se konferencije usmjerene prezentaciji sestrinskih istraživanja.

Kasnih 1960-tih i 1970-tih američke sestre usmjerile su se na razvoj konceptualnih modela i teorija zdravstvene njege. Rad sestara teoretičarki zdravstvene njege usmjerio je daljnja istraživanja i njihova istraživanja uglavnom su objavljivana u časopisu *Advances in nursing science*.

Sedamdesetih godina u Americi su izrađene nacionalne smjernice vezane uz istraživanja sa pacijentima, a također se javljaju i sestrinska sponzorirana istraživanja.

Broj istraživanja u sestrinstvu u Hrvatskoj raste tijekom sedamdesetih i osamdesetih godina, no ta istraživanja uglavnom su izrađivana u svrhu izrade diplomskih radova studenta. Pojedini skraćeni radovi objavljivani su u *Vjesniku medicinskih sestara i tehničara* i prezentirani na sestrinskim stručnim skupovima.

Tijekom osamdesetih godina u svijetu značajno raste broj istraživanja u sestrinstvu te se pokreće niz časopisa koja objavljuju istraživanja u sestrinstvu.

Kvalitativna istraživanja u sestrinstvu se pojavljuju krajem sedamdesetih godina i počinju se pojavljivati u časopisima osamdesetih godina. Kvalitativna istraživanja usmjerena su na otkrivanje i razumijevanje fenomena vezanih uz sestrinstvo. Broj kvalitativnih istraživanja u porastu je tijekom devedesetih godina i danas najveći broj istraživanja u sestrinstvu su upravo kvalitativna istraživanja.

Sestrinska istraživanja u dvadesetprvom stoljeću trebala bi osigurati znanstvenu bazu koja će omogućiti medicinskim sestrama primjenu sestrinske prakse utemeljene na dokazima (*evidence based practice*) (Brown, 1999; Omery & Williams, 1999). Potrebno je provesti klinička istraživanja usmjerena stvaranju baze podataka o zdravstvenoj njezi pojedinaca svih životnih dobi.

Međunarodni savjet sestara kao najznačajnija područja za sestrinska istraživanja definira zdravlje i bolest te pružanje zdravstvene njege. Istraživanja bi se trebala usmjeriti na unaprjeđenje zdravlja, prevenciju bolesti, kontrolu simptoma, unaprjeđenje kvalitete života oboljelih od

kroničnih bolesti, procjenu i praćenje problema pacijenta, intervencije u zdravstvenoj njezi te procjenu ishoda u zdravstvenoj njezi. Kao prioriteta područja ICN definira HIV/AIDS i ostale spolno prenosive bolesti, kronične bolesti, kontrolu infekcija, zdravlje žena te mentalno zdravlje.

Istraživanja usmjerena na pružanje zdravstvene njege trebala bi se usmjeriti na kvalitetu i učinkovitost u zdravstvenoj njezi, zdravstvenu njegu u zajednici, osoblje koje pruža zdravstvenu njegu i reformu zdravstvene skrbi. Uža područja istraživanja podrazumijevala bi utjecaj intervencija u zdravstvenoj njezi na ishode zdravstvene njege, praksu utemeljenu na dokazima, primarnu zdravstvenu zaštitu, zdravstvenu njegu u kući, zadovoljstvo medicinskih sestra sa poslom, kvalitetu života medicinskih sestara vezano uz posao, dostupnost zdravstvene njege, financiranje zdravstvene skrbi.

PROFESIONALNI PRISTUP ISTRAŽIVANJU U SESTRINSTVU

Uvod

Istraživanje je proces koji se sastoji od sistematskih pitanja ili znanja koja su namijenjena da nadopunjuju ljudsko znanje kroz neku disciplinu. Namjera istraživanja je razvoj empirijske cjeline u znanju, koja će kasnije poslužiti u ljudskom radu te u profesiji. Istraživanjem nastojimo ozakoniti i oplemeniti već postojeće znanje kao i razvijati te stvarati nova znanja. Potrebne su nove spoznaje, bolja objašnjenja raznih pojava, jer su dosadašnje spoznaje manjkave i nepotpune. Manjkave i nepotpune spoznaje znače i manjkave i nepotpune teorije o određenoj pojavi. Potrebne su potpunije i točnije teorije, teorije koje će nuditi bolja i preciznija objašnjenja pojava. Temeljni cilj znanosti je upotpunjavanje teorija da budu što preciznije i da time budu i korisnije. Rezultati istraživanja osiguravaju jaku znanstvenu bazu za daljnje odluke i ponašanja, a oni se kasnije mogu primjenjivati i u sestrinskoj praksi. Primjena tih rezultata pokazuje i profesionalnu odgovornost prema onima koji osiguravaju zdravlje kao i njihovim „potrošačima“.

U prošlom desetljeću sestrinska profesija počela je pridavati više pažnje potrebi sudjelovanja u istraživanju. Istraživanje u sestrinstvu je sistematski pristup koji se koristi kako bi se ispitale određene pojave koje su važne u sestrinstvu. Budući da je sestrinstvo temeljeno na praksi vrlo je važno da je klinička praksa bazirana na znanstvenom znanju. Dokazi koji su stvoreni na osnovi istraživanja osiguravaju podršku za kvalitetu i cijenu sestrinskih intervencija.

Klijent koji koristi zdravstvenu njegu i sestrinsku skrb izvlači najveću korist kada medicinske sestre koriste dokaze koji su temeljeni na istraživanju i predstavljaju promjenu koja je bazirana na tim dokazima u sestrinskoj praksi. Uvođenje promjena koje su temeljene na dokazima kao direktna provizija sestrinske skrbi može se dogoditi na individualnoj razini ili na različitim organizacijskim, te društvenim razinama. Istraživanje u sestrinstvu također je potrebno da bi se stvorilo znanje u područjima na kojima se temelji i razvija sestrinska skrb. Spoznaje koje su vezane uz sestrinsku edukaciju, administraciju, karakteristike medicinskih sestara i pravila u sestrinstvu osiguravaju dokaze za mijenjanje tih podržavajućih područja sestrinskog znanja.

Profesionalni pristup medicinske sestre u istraživanju podrazumijeva njenu etičku odgovornost za utvrđivanjem i poštivanjem ljudskih prava. Etički kodeks medicinskih sestara regulira način rada i djelovanja medicinske sestre tako da ona medicinska sestra koja se pridržava kodeksa istovremeno poštuje sve pozitivne propise koji se odnose na njenu profesiju. Kodeks obuhvaća osnovna načela profesionalnog ponašanja, odnos prema klijentu, način rada zdravstvene njege, poštivanje profesionalne tajne, trajno usavršavanje medicinske sestre, poštivanje ugleda staleža medicinskih sestara, zaštitu pacijenata od rizika, osiguravanje od odgovornosti, način rješavanja etičkih pitanja i odnosa među medicinskim sestrama.

Zaštita ljudskih prava tijekom istraživanja

Prije više od pedeset godina svijet je rekao "nikad više" strahotama Drugog svjetskog rata. Proglasio je da sva ljudska bića, gdje god se nalazila i tko god bila, imaju prava koja se moraju poštivati u svim okolnostima. Ta su prava iznesena u Općoj deklaraciji o ljudskim pravima, koju su Ujedinjeni narodi proglasili 10. prosinca 1948. Vlade su obećale da će svoje građane upoznati s tim pravima i nastojati ih zaštititi i promicati.

Ljudska prava tiču se svakog pojedinca i zagarantirana su svakome. Ljudska prava koja zahtijevaju zaštitu u istraživanju uključuju pravo na:

- samoodređenje,
- privatnost,
- anonimnost i povjerljivost,
- fer tretman,
- zaštitu od neudobnosti i ozljeđivanja.

Pravo na samoodređenje

Pravo na samoodređenje je temeljeno na etičkom principu poštovanja prema osobama i pokazuje nam da su ljudi sposobni slobodno kontrolirati svoju vlastitu sudbinu i živote. U provođenju istraživanja klijenti su tretirani kao autonomne osobe, a istraživač ih treba informirati o samom provođenju istraživanja. Također im treba dopustiti da oni sami odaberu žele li ili ne sudjelovati u istraživanju, kao i dopustiti im da se povuku iz istraživanja bilo kada i bez ikakvih sankcija po njih.

Neki od klijenata sudjeluju u istraživanju samo zato što osjećaju strah i nelagodu zbog mogućnosti uskraćivanja kompletne medicinske i sestrinske skrbi, te da će se ona negativno odraziti na njih ukoliko nisu suglasni sudjelovati u istraživanju. Neki od njih sudjeluju zbog toga što vjeruju da ne mogu odbiti ponuđene nagrade (velike sume novca, posebne privilegije).

Pojedine osobe sa smanjenom autonomijom imaju manje privilegija zbog zakonskih ili intelektualnih ograničenja, terminalnih bolesti ili pripadaju nekoj instituciji. One zahtijevaju zaštitu njihovih prava na samoodređenje zbog njihove smanjene sposobnosti ili nemogućnosti da ih se informira o tome. Pravno i mentalno nekompetentni klijenti su djeca, mentalno neuračunljivi roditelji, klijenti koji su u nesvijesti. Oni nemaju sposobnost da razumiju informacije o istraživanju i tako donesu odluku o sudjelovanju ili povlačenju iz istraživanja. Sudjelovanje klijenta sa smanjenom autonomijom u istraživanju je prihvatljivije ukoliko je istraživanje terapijsko, ako je

istraživač voljan koristiti vulnerabilne i nevulnerabilne klijente, ako je rizik minimiziran, te ukoliko striktno osigurava prava tih klijenata. Postoji pojačana potreba za etičkim istraživanjima u kojima se koriste djeca (učinkovitost farmakoloških i nefarmakoloških tretmana za različite dobne skupine).

Prava djece na informiranost

Dijete ima pravo na informiranje o svemu što se tiče njegovog zdravlja i mjera zdravstvene zaštite u skladu s dobi, stupnjem kognitivnog i emocionalnog razvoja, stupnjem naobrazbe i njegovom izraženom željom za količinom i obimom informacija, na način koji mu je razumljiv i prihvatljiv, ne dovodi se u nedoumicu i ne potiče ga se na iracionalne strahove.

Informiranje djeteta mlađeg od 14 godina obavlja se u prisustvu roditelja, staratelja ili legalnog zastupnika djeteta, nakon što su oni sami dobili iscrpne informacije i nakon što je s njima planiran način na koji će se djetetu informacije prenijeti.

Informiranje djeteta starijeg od 14 godina može se obavljati nasamo s djetetom, ako ono izrazi takvu želju, roditelji su s njome upoznati i prihvaćaju je nakon što su predhodno sami dobili iscrpne informacije.

Zaštita djece nad kojima se obavlja znanstveno istraživanje

Dijete starije od 7 godina, a mlađe od 14 godina ima pravo na informaciju o svrsi i načinu provođenja istraživanja, općim i posebnim očekivanim koristima od istraživanja u skladu sa svojom zrelošću kao i pravo da njegovo odbijanje sudjelovanja u istraživanju bude uvaženo. (Konvencija o pravima djeteta, čl 12. Etički kodeks istraživanja s djecom 3.5.).

Dijete starije od 14 godina ima pravo samostalno dati pisani informirani pristanak za sudjelovanje u medicinskom znanstvenom istraživanju. (Konvencija o pravima djeteta, čl 12. Etički kodeks istraživanja s djecom 3.4.).

Tijekom istraživanja treba obratiti pažnju da li je klijent:

- informiran o projektu istraživanja,
- dobrovoljno pristao sudjelovati u istraživanju,
- imao mogućnost povući se iz istraživanja,
- sa smanjenom autonomijom.

Pravo na privatnost

Privatnost je sloboda klijenta da odredi vrijeme, širinu i općenite uvjete u kojima će njegove privatne informacije biti korištene ili uskraćene drugima. Privatne informacije odnose se na osobne stavove, vjerovanja, informacije identifikacijske naravi, nutrinu ljudskog doživljavanja, na privatnost mišljenja i sjećanja kao i na sve ono što neki klijent želi u sebi zadržati kao skriveno i izvan dosega javnosti. Privatnost klijenta je zaštićena ukoliko je on dobro informiran i dao dobrovoljni pristanak za sudjelovanje u istraživanju kao i da te privatne informacije podijeli s istraživačem. Tijekom istraživanja može doći do narušavanja privatnosti ukoliko se informacije distribuiraju protiv znanja i volje klijenta. Tada klijent ima pravo pružiti ili uskratiti pristup svojim dokumentima.

Pravo na anonimnost i povjerljivost

Pravo na anonimnost i povjerljivost temeljeno je na privatnosti klijenta. Klijent ima pravo tijekom istraživanja na anonimnost, te vjerovati da će prikupljeni podaci biti tajni. Potpuna anonimnost postoji kada identitet klijenta ne može biti povezan čak ni od istraživača tj. s njegovim odgovorima. U većini slučajeva istraživači znaju identitet svojih klijenata i obećaju im da će biti zaštićeni od drugih i da će podaci biti tajni. Tajnost i pouzdanost spada u menadžment istraživača u kojem on treba čuvati povjerljivu mu informaciju od strane klijenta, te se suzdržati od nedopuštenog davanja informacija.

Pouzdanost i anonimnost temeljena je na tome da:

- klijenti mogu vidjeti svoje osobne informacije
- klijenti imaju pravo odlučiti s kim će dijeliti svoju informaciju
- oni koji slušaju te informacije u povjerenju, trebaju ih zadržati u tajnosti
- istraživači imaju obvezu čuvati tajnost koja ide iza normalnog povjerenja
- identitet klijenta bude anoniman

Do narušavanja tajnosti može doći kada istraživač slučajno ili namjerno dopusti neautoriziranoj osobi pristup podacima istraživanja te ukoliko objavi rezultate u tisku s imenom klijenta. Narušavanje privatnosti koje može biti posebno štetno je ono koje se odnosi na objavu religioznih stavova, seksualnu opredijeljenost, dohodak, predrasude, konzumiranje droge, zlostavljanje djece kao i na osobne atribute vezane uz inteligenciju, poštenje i hrabrost.

Pravo na fer tretman

Pravo na fer tretman se bazira na etičkim principima pravednosti. Prema tom principu klijenti bi trebali biti tretirani pravedno i trebali bi primiti naknadu za ono što im je obećano.

Izvješće istraživanja o fer tretmanu treba sadržavati da je odabir klijenta i njihov tretman tijekom studije bio pravedan.

Pravedna selekcija i tretman klijenta

Mnogo godina istraživanja su bila provođena na kategorijama klijenata za koje se smatralo da su specijalno prikladni kao klijenti. To su bili siromašni ljudi, zatvorenici, robovi, kmetovi, umiruće osobe i ostali koji su bili tretirani kao nepoželjni i nevažni. Istraživači su često pokazali malo žaljenja za štetu i nelagodu koju su ti klijenti proživjeli. Neki istraživači odabiru klijente zbog toga što im se svide i žele da prime posebne pogodnosti istraživanja.

Drugi istraživači mogu biti opčinjeni snagom novca, pa bi istraživanja proveli nad određenim klijentima tako da oni mogu koristiti pogodnosti istraživanja. Slučajna selekcija klijenata može eliminirati neke od tih značajki koje mogu utjecati na klijente iz selekcije. Istraživači i klijenti bi trebali imati specifičan dogovor koji definira ulogu istraživača i subjektivno sudjelovanje u istraživanju.

Tijekom istraživanja klijenti trebaju biti tretirani jednako i pravedno uz poštivanje dogovora. Klijenti bi trebali biti odabrani zbog razloga koji su direktno vezani uz problem istraživanja, a ne zbog toga što su bili lako dostupni i u povlaštenoj poziciji, izmanipulirani ili u prijateljstvu s istraživačem.

Pravo na zaštitu od nelagode i štete prouzročene istraživanjem

Pravo na zaštitu od nelagode i štete koja je prouzročena istraživanjem bazirana je na etičkom principu beneficije. Prema tom principu članovi društva trebaju igrati aktivnu ulogu u sprečavanju nelagode i štete, te promovirati dobrobit istraživanja. U istraživanju nelagoda i štete mogu biti fizičke, emocionalne, socijalne ili ekonomske prirode.

Nepoštenje u istraživanju odnosi se na izmišljanje i falsifikaciju podataka, manipulaciju podataka i metoda, plagijate kao i na neodgovorno sudjelovanje.

Korištenje istraživanja u sestrinskoj praksi

Trenutno postoji zabrinutost da medicinske sestre nisu uspjele shvatiti svoje mogućnosti za korištenje rezultata istraživanja kao bazu za stvaranje odluka u razvijanju medicinsko-sestrinskih intervencija. Ograničenja su vezana uz korištenje rezultata istraživanja koji uključuju kvalitetu, rezultate istraživanja, karakteristike medicinske sestre koja treba koristiti te rezultate u praksi kao i karakteristike organizacije u kojoj bi trebalo biti provedeno istraživanje. Dokazi nam sugeriraju da medicinske sestre nisu uvijek svjesne rezultata

istraživanja, te da ih efikasno ne primjenjuju u njihovoj praksi. Glavne prepreke koje se odnose na medicinsku sestru u istraživanju su da one same ne vrednuju istraživanje, da nisu svjesne ili ne žele čitati rezultate istraživanja, da im manjka sposobnosti da bi pristupile istraživanju, te da ne znaju kako primijeniti nalaze istraživanja u praksi.

No, ipak valja reći da se te barijere smanjuju jer rezultati istraživanja polako pronalaze put do medicinskih sestara.

Zaključak

Narušavanje osnovnih ljudskih prava i neetičnost u istraživanju nije samo stvar prošlosti već i sadašnjosti. Provođenje istraživanja od medicinske sestre zahtijeva zaštitu ljudskih prava (pravo na samoodređenje, privatnost, anonimnost i povjerljivost, fer tretman kao i zaštitu od neudobnosti i štete).

Medicinske sestre mogu puno pomoći u zaštiti klijenata tijekom istraživanja i to razumijevanjem procesa informiranja klijenta. One trebaju biti uključene u reviziju istraživanja, istraživati koristi i rizike u svojoj instituciji, te prenositi informacije s razumijevanjem. Također, od medicinske sestre se očekuje da stvori okruženje koje izaziva intelektualnu znatiželju i podržava napore koje donosi istraživački rad, da potiče medicinske sestre na istraživanje i kontinuiranu edukaciju kao i na informiranje i obaviještenost o rezultatima istraživanja. Sve medicinske sestre bi trebale participirati u istraživanjima razine njihovog obrazovanja.

Uloga medicinske sestre kao istraživača proširuje se pravilnom strategijom u promoviranju istraživanja koja uključuje: praćenje relevantne literature, sudjelovanje na profesionalnim konferencijama, traženje okruženja koje podržava provođenje istraživanja, suradnju s ostalim članovima tima, provođenje institucionalnih projekata kao i poštivanje Etičkog kodeksa medicinskih sestara.

Literatura:

1. DC: American Nurses Association. (2001). Draft on-line [http://ana.org/ethics/code\).htm](http://ana.org/ethics/code).htm). American Nurses Association.
2. Cherry,B., Jakob, S.R. (2003). Contemporary nursing issues, trends & management.3rd ed. St Louis: Elsevier Mosby
3. Hrvatska komora medicinskih sestara (2005). Etički kodeks medicinskih sestara, Zagreb
4. Mejovšek.M.(2003).Uvod u metode znanstvenog istraživanja. Naklada Slap. Zagreb
5. Burns.N., Grove.Susan K. (2003). Nursing research.3rd ed. Philadelphia:Saunders
6. Zakon o zaštiti prava pacijenata „Narodne novine“ 169/04.Zagreb
7. <http://www.roda.hr/tekstovi>

ANALITIČKI OSVRT NA SESTRINSTVO U MEDIJIMA

Sažetak

U radu su prikazani rezultati istraživanje zastupljenosti objavljenih članaka o medicinskim sestrama i tehničarima te navođenje tih termina tijekom 2006. godine u Večernjem listu, Vjesniku i Hrvatskoj izvještajnoj agenciji. Donesene su analize s različitih stajališta, od kvantitete zastupljenosti članaka o sestrinstvu do novinarskog pristupa. Svrha rada je ukazati na problem koji se događa u odnosu između medija i sestrinstva te prikaz mogućih odgovarajućih rješenja. Tako se sestrinstvo može pokazati u javnosti u svom realnom izdanju. Preko poznavanja i mogućnosti korištenja medija stvorit će se prepoznatljiva, nažalost do sada često iskrivljena slika poimanja sestrinstva na našim prostorima.

Ključne riječi: sestrinstvo, mediji, promocija, društvo

Uvod

U društvenom poimanju zbilje mediji zauzimaju jedan od važnijih čimbenika današnjeg društva. Pitanje medija je uvijek aktualno bez obzira s kojeg se aspekta promatralo. Počevši od pitanja slobode medija što je mjerilo uspješne demokratizacije, te profesionalizma i izgradnje civilnoga društva, do informiranja, obrazovanja, zabave, mediji formiranju stavove onoga tko ih koristi. U cjelini, osobito je suvremeni medij neizbježno sredstvo procesa današnje globalizacije. Na kohezijski učinak, medij stvara i stanovite prepoznatljivosti bilo da se radi o idejnom, političkom, gospodarskom ili nekom drugom

segmentu. Putem medija društvo međusobno razmjenjuje ideje te postiže saznanja kako o pojedinačnoj tako i o zajedničkoj stvarnosti. Oni su polazište za svaku ideju i njezinu realizaciju.

Iako u Republici Hrvatskoj u zdravstvenom sustavu djeluje najviše medicinskih sestara, oko 34.500, one u medijskom svijetu nisu zastupljene pa tako nisu ni društveno prepoznatljive. Unatoč tome što se sestrinstvo dotiče svih zdravstvenih i socijalnih dijelova društva, vidljiv je njegov medijski izostanak u onoj mjeri u kojoj bi u odnosu na ostale medijske teme trebao biti zastupljen. Kako bi se pomaci postigli važno je poznavanje prirode medija, njihova dosega i zakonitosti.

Sestrinstvo u medijima

U sestrinstvu i osvješćivanju sestrinske uloge u društvu događaju se velike promjene. Rezultat je to u prvom redu sve višeg stupnja obrazovanja. Zerwekh i Claborn (1994) prema Cerjan Letica, Cerjan (1994) pokazuju veliki optimizam u povećanju ugleda sestrinstva i daljnje profesionalizacije kao i smanjenje fragmentacije profesije. Sestrinstvo kao takvo postaje sve prepoznatljivije, međutim u narednom razdoblju sučeljava se s vodećim problemima vlastitog legitimiteta i profesionalne autonomije. Također je potrebno postići kulturalni autoritet. Kulturalni autoritet uključuje prepoznatljivost u društvu kroz borbu za stvaranje javnog mišljenja o sestrinstvu kao specifičnoj ekspertnoj profesiji sa ugledom i statusom koji joj pripada. Osim akademskog statusa u promociji sestrinstva u društvu svakako mogu pridonijeti mediji. Putem medija se nastoji stvarati prepoznatljivost pa tako i sestrinsku. Polazište za svaku političku opciju, gospodarski učinak, neku drugu ideju u kulturi, učinku u športu, određenu strukovnu skupinu, pa i sestrinstvo je pokazati se u javnosti

u što boljem svjetlu, u što ljepšem izdanju, te što bolje svoju ideju i svoj rad predstaviti javnosti. Isto tako, ne smije se zaboraviti da ono što nije zabilježeno ili nije snimljeno nije se ni dogodilo.

Brojne promjene političke, sociološke, kulturološke, pa i one u sestrinstvu kao da se nisu dogodile ako ih nisu prenijeli mediji. Kad je u pitanju sestrinstvo, u medijima se često mora ispravljati kriva slika koju javnost ima o medicinskim sestrama.

Za takve stvari pored kronika i ljetopisa važno je razvijanje i održavanje kvalitetnih odnosa i suradnje s medijima preko kojih treba predstavljati svoj rad i svoje ideje široj javnosti.

Rezultati provedenih istraživanja

Cilj provedenog istraživanja je analiza objavljenih članaka o sestrinstvu u dnevnom tisku. Specifični cilj je utvrditi koliko je dana važnost objavljenom tekstu prema sadržaju, odnosno kvantiteti u odnosu na ostali sadržaj navedenog tiska. Istodobno cilj je prikazati davanje važnosti objavljenog priloga po smještaju, tj. novinarskom rasporedu u odnosu na ostale sadržaje u analiziranom mediju. Kroz pristup problematici i novinarsku formu cilj je prikazati obradu objavljenog članka mjerilima novinarske etike.

Istraživanje je provedeno analizom objavljenih članaka u dnevnom tisku Večernjem listu i Vjesniku te Hrvatskoj izvještajnoj agenciji (HINA). Retrospektivna analiza uključuje razdoblje od 1.1. 2006 do 31.12. 2006. U istraživanje su uključeni svi novinski članci iz područja sestrinstva i oni koji u sebi sadrže pojmove medicinska sestra.

Kvantitativna analiza

U Hrvatskoj se dnevno proda oko 745.000 primjeraka dnevnih novina, odnosno oko 200 milijuna godišnje i taj broj raste. Za analizu uzeta su dva dnevna lista Vjesnik i Večernji list te državna agencija HINA u periodu 2006. godine. Analizirani su listovi koji imaju dugi kontinuitet izlaženja. Vjesnik je obrađivan kao glasilo koje predstavlja interese „uvijek aktualne“ političke opcije, te Večernji list koji je među popularnijim listovima i u samom vrhu je po svojoj tiraži. HINA je jedina državna novinska agencija u Republici Hrvatskoj.

Večernji list

Jedan primjerak Večernjeg lista u prosječnom objavljivanju tiska se na 64 stranice, što znači da Večernji list dnevno objavi 460.800 znakova. Preračunato na godišnji iznos, u Večernjem listu objavi se oko 51.100 članaka ili 22.400 stranica teksta, odnosno 89.600 novinarskih kartica teksta koje zapremaju 161.280.000 znakova. Analizirajući Večernji list u godini 2006. od 1. siječnja do 31. prosinca, pokazuje se da je objavljeno 15 članaka koji se odnose na spominjanje medicinske sestre ili tehničara . Međutim, samo su dva objavljena članka koja se izravno odnose na sestrinstvo, te dva članka koja se odnose konkretno na određenu osobu, tj. medicinsku sestru. Gledajući u postotku taj iznos je ispod dvije decimale i teško ga je prikazati. U Večernjem listu objavljeno je 0,007% kartica o sestrinstvu od ukupnog broja objavljenih kartica u 2006. godini.

Vjesnik

Dnevne novine Vjesnik u prosjeku se tiskaju na 58 stranica što je dnevno 290 kartica teksta ili 522.000 znakova. U prosjeku, Vjesnik po broju dnevno objavi 126 članaka što je 37.800 članaka godišnje.

Analizom tema i priloga u kojima se spominje medicinska sestra u 2006. godini Vjesnik je objavio 7 priloga. Dakle, od ukupno 37.800 članaka godišnje sedam ih spominje medicinsku sestru ili tehničara. Od toga broja pet članaka se izravno odnose na sestrinstvo. To znači da je Vjesnik je u cijeloj godini objavio 0,012 posto kartica o sestrinstvu od ukupnog broja objavljenih kartica.

Hrvatska izvještajna novinska agencija (HINA)

Hrvatska izvještajna novinska agencija (HINA) u prosjeku dnevno objavi 120 različitih članaka koji po preračunu u prosjeku imaju i isti broj novinarskih kartica. U godišnjoj analizi to je oko 43.800 kartica teksta, odnosno 78.840.000 znakova. HINA godišnje objavi 43.800 članaka. Od 1. siječnja do 31. prosinca 2006. godine o sestrinstvu, medicinskim sestrama i tehničarima u Hini je objavljeno 5 članaka. Dakle od 43.800 članka pet ih se odnosilo na medicinske sestre i tehničare. Količinski to je 5,3 kartice teksta, odnosno 9.538 znakova. Od 43.800 kartica objavljenog teksta 5,3 kartica obnosi se na sestrinstvo ili od 78.840.000 objavljenih znakova u Hini 9.538 ili 0.01 posto obnosi se na sestrinstvo. U 2006. godini Hina je objavila 0,011 posto kartica od ukupnog broja objavljenih kartica teksta.

Kvalitativna analiza

U prvih pet stranica dnevnih novina objavljuju se najznačajniji događaji. Nijedan objavljeni članak o sestrinstvu u Večernjem listu ili Vjesniku ne nalazi se na prvih pet stranica. Premda su medicinske sestre najbrojnija struka u zdravstvenom sustavu Hrvatske, informativno o samom zvanju medicinskih sestra ne piše nijedno istraživano glasilo. U Vjesniku su objavljene četiri informativne teme i to uglavnom o školovanju medicinskih sestra, dok se dva članka svrstavaju u ostalo jer se ne tiču izravno sestrinstva. Večernji list donosi jedan prilog, te jednu žalbu. K tome, dva članka vezana su za konkretni slučaj problematike medicinske sestre koji se također mogu svrstati u žalbe. Uz to 11 članaka spominje medicinsku sestru, ali se ne odnose izravno na sestrinstvo. Hina svih pet članka donosi u obliku informacije o događanjima u sestrinstvu. Nijedan istraživani medij nije objavio prigodnu temu poput dana sestrinstva ili sl.

Analizirajući novinarski pristup temama objavljenim o sestrinstvu u Večernjem listu u 2006. godini u 2 članka pristupa se pozitivistički. Dakle, spominje se medicinska sestra kao dio zdravstvenog tima koji ima uspjeh u liječenju. U tri članka spominje se u negativnom kontekstu, dok je 10 priloga neutralno. Vjesnik u jednom članku ima pozitivistički pristup, dok je šest članaka pisano s neutralnog stajališta. Hina je u svih pet članka pristupila s neutralnog stajališta. U analiziranim člancima koji se isključivo odnose na sestrinstvo dominira neutralan, odnosno objektivni pristup.

Zaključak

Analizirajući zastupljenost sestrinstva u medijima u Republici Hrvatskoj, ono je minimalno ili skoro neznatno u odnosu na broj medicinskih sestra. Više je razloga što su medicinske sestre i tehničari te sestrinstvo u cjelini premalo zastupljeni u medijima. Svakako da jedan od razloga leži u obrazovanju medicinskih sestra. Tijekom školovanja ne uči se medijska kultura niti kako medicinske sestre predstaviti javnosti. Isto tako medicinske sestre nisu nikad tražile publicitet niti ga znaju tražiti. Štoviše, vidljivo je iz analiziranih tekstova da i one medicinske sestre koje su uspješne na nekom drugom području ne govore o svom zanimanju. Važan razlog je i medijski profit, jer je većina medija u privatnom vlasništvu a njih zanima profit. Tako u tržišnoj utrci medije prodaje senzacija. Kada su pitanju sestrinska glasila Plavi fokus koji se tiska u 25.000 primjeraka, zatim Sestrinski glasnik koji izlazi u tri tisuće primjeraka i drugi sporadični mediji o sestrinstvu, primjećuje se konstantan broj autora. Dakle, neprestance se izmjenjuju isti autori što također upućuje na to da je nužno poduzeti određene korake u samom sestrinskom obrazovanju. Prema dostupnim podacima u Hrvatskoj postoji petnaestak televizijskih postaja, zatim 130 radijskih postaja, više od deset dnevnih novina, oko 200 tjednika, magazina i sličnih specijaliziranih glasila. U svim medijima sestrinstvo je minimalno ili uopće nije zastupljeno. Primjerice, ako se uzme da je 130 radijskih postaja od kojih su većinom lokalne i koje ne mogu adekvatno popuniti svoje programe i tu sestre mogu dobiti svoju priliku. Sa svog stajališta, naravno u svojim ovlastima mogu priređivati edukacijske teme. Zacijelo bi to bilo na obostranu korist, kako vlasnicima i urednicima, tako u promicanju sestrinstva i edukaciji pučanstva. Onaj tko se želi naći u medijima

mora znati na koji način to može učiniti, dakle mora poznavati osnovne medijske zakonitosti. Brojne promjene političke, sociološke i kulturološke morale bi se događati u sestrinstvu u odnosu na suvremeno društvo gdje je medij jedan od važnijih segmenata svakog strateškog planiranja.

LITERATURA

1. Betrand, C.J., Deontologija medija., Zagreb: Sveučilišna knjižara, 2007.
2. Cerjan – Letica, G., Letica,S., i sur., Medicinska sociologija, Zagreb: Medicinska naklada, 2003.
3. Kunczik,M.,Zipfel,A., Uvod u znanost o medijima i komunikologiju, Zagreb: Zaklada Fridrich Ebert, 2006.
4. Pavić,J., Analitički osvrt na sestrinstvo u medijima, diplomski rad, 2008
5. Salvage,J.,Sestrinstvo u akciji, Zagreb: Zonta klub Zagreb, 1994.
6. Skoko, B., Razumijevanje odnosa s javnošću, Zagreb: Millenium promocija, 2006.
7. Supek, R., Ispitivanje javnog mnijenja, Zagreb: Naprijed, 1961.

Željka Benceković

K. B. "Sestre milosrdnice", Zagreb;

Referentni centar za kliničku neuroendokrinologiju i bolesti hipofize

ANALIZA INDIKATORA KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE NA INTERNOJ KLINICI

Sažetak

Djelatnici u sustavu zdravstva suočeni su s potrebom unapređenja kvalitete i povećanjem sigurnosti bolesnika. To je obaveza i medicinskih sestara, a razlozi koji ih na to potiču su brojni. Kao pružatelji skrbi, one su također povezane s izazovima: kako kvalitetu definirati, mjeriti, unapređivati. Unapređenje kvalitete u sestrinstvu je povezano s evaluacijom skrbi i odgovornošću prema društvu. To podrazumijeva procjenu prakse i uvažavanje mišljenja njihovih korisnika (bolesnika o kojima skrbe). Za unapređenje kvalitete je potrebno prikupljanje podataka, statistika, analiza, te primjena znanja dobivenih istraživanjem za rješanje problema.

Koristan alat koji pomaže medicinskim sestrama u procjeni kvalitete zdravstvene njege, ali i u praćenju nastojanja usmjerenih njenom unaprjeđenju, su indikatori kvalitete. Cilj ovog rada je izvršiti analizu tri indikatora kvalitete zdravstvene njege, te na osnovi toga dobiti uvid u kvalitetu određenih područja rada medicinskih sestara, te identificirati područja i načine za poboljšanje kvalitete. U analizu su uključeni indikatori koji se odnose na tri važna područja u radu medicinskih sestara, a to su: zbrinjavanje boli, edukacija/informiranost bolesnika i prevencija padova. Da bi se kvaliteta pretvorila u mjerljive pokazatelje izrađeni su upitnici za procjenu zadovoljstva bolesnika zbrinjavanjem boli i edukacijom / informiranosti. Analiza padova napravljena je na osnovi "Sestrinskog izvješća nakon pada". Za potrebe istraživanja su napravljeni i standardi zbrinjavanja za navedena područja.

Upitnik je proveden na bolesničkim odjelima i poliklinikama Interne klinike, K. B. "Sestre milosrdnice" Pitanja su se odnosila na zadovoljstvo općenito i zadovoljstvo postignućem pojedinih dijelova standarda.

Promatrano je i kako na zadovoljstvo bolesnika djeluju i određene karakteristike bolesnika. Izvršena je i analiza padova o kojima je pismeno izvješteno, te izvršena usporedba 2002. i 2006.g. Statističkom analizom su dobivene srednje vrijednosti i raspršenja, a testirane su i povezanosti. Na osnovi analize indikatora dobiven je uvid u kvalitetu određenih područja rada medicinskih sestara. Potrebno je izvršiti dodatne analize, te pronalaziti mjere za unaprjeđenje kvalitete.

Ključne riječi: medicinske sestre, indikatori kvalitete, bol, edukacija/informiranost, padovi

MOTIVACIJA MEDICINSKIH SESTARA U PROCESU KONTINUIRANE EDUKACIJE

Sažetak

Motivacija zaposlenih nije samo psihološki i sociološki problem rada i radnog ponašanja, već je ponašanje usmjereno prema zadovoljenju potreba.

Unutarnji psihološki pokretači koji čovjeka potiču na neku aktivnost uzrok su određenog ponašanja i rezultiraju uspjehom i učinkom, a ovise o sposobnosti pojedinca ali i o njegovoj motiviranosti. Razvoj medicine i tehnologije, uključivanje zdravstvenog sustava u tržišni sustav, svaki dan, ispred zdravstvenih djelatnika nameće nove zadatke, obveze i potrebu za kontinuiranom edukacijom. Sestrinstvo je profesija koja zahtijeva kontinuiranu edukaciju, stalno stjecanje novih znanja, očuvanje najboljih standarda kako bi se pružala što kvalitetnija skrb bolesniku. Evolucija svake profesije dugotrajan je proces i zavisi od mnogo čimbenika, kako pozitivnih tako i negativnih. Edukacija je neizostavni čimbenik i temelj svake profesije, formalno obrazovanje, cjeloživotno obrazovanje u smislu profesionalnog, ali i osobnog razvoja .

Cilj rada bio je identificirati koji čimbenici utječu na motivaciju u participiranju medicinskih sestara u kontinuiranoj edukaciji i kontinuiranom profesionalnom razvoju, te da li postoje razlike u motivaciji ispitanika srednje stručne spreme i ispitanika više stručne spreme.

Rezultati rada su pokazatelj da nema razlike u motivaciji između medicinskih sestara srednje i više stručne spreme, međutim kvalitativne analize odgovora o aktivnom sudjelovanju, te sudjelovanju izvan ustanove u viših medicinskih sestara u procesu kontinuirane edukacije pokazatelj je znatnije motiviranosti. Kod medicinskih sestara srednje i više stručne spreme uočena je manja prisutnost intrinzične motivacije.

Uvod

Upravljanje i razvoj ljudskih potencijala postaje sve značajnije zbog novog mjesta i uloge čovjeka u svim društvenim procesima kao i njihovom upravljanju. Motivacija i zadovoljstvo zaposlenika postaju temelj zanimanja suvremenog menadžmenta ljudskih potencijala jer jedino se izgradnjom kvalitetnog motivacijskog sustava može pomoći organizaciji, ustanovi ili pojedincu u uspješnosti u poslovanju. Koncepti motivacijskih sustava, motivacijskih tehnika i strategija u procesu kontinuirane edukacije zahtijevaju fleksibilnost, razvoj i uvođenje novih koncepata koji će svojom razrađenošću, svestranošću dovesti do visoke motiviranosti i zadovoljstva medicinskih sestara kontinuiranom edukacijom, znanjem koje je primjenjivo u praksi, kao i njihovom osobnom participacijom.

Kontinuirana edukacija

Kontinuirana edukacija je termin koji se primjenjuje za edukaciju osoba nakon formalnog procesa obrazovanja, a uključuje različite oblike edukacije. Podrazumijevaju se svi oblici organiziranog, dobrovoljnog poslije školskog učenja i poučavanja. Možemo je podijeliti na kompenzacijsku i komplementarnu funkciju. Kompenzacijska funkcija obrazovanja odraslih je nadoknada nedostataka školskog obrazovanja. Komplementarna funkcija, na temelju novih problemskih stanja, zahtjeva i interesa javlja se potreba proširenja dosadašnjeg općeg i/ili stručnog obrazovanja te privatnih interesa. Nedostatna obrazovanost glavna je karakteristika suvremenog društva koje stalno traži novo znanje, nove sposobnosti i sustavno učenje. Društvo koje traži znanje, traži i učenje je "društvo koje uči" (Gudjons, 1994). Ciljevi kontinuirane edukacije su pokušaji nadoknađivanja propuštenih školskih svjedodžbi, prilagođavanja promjenjivim zahtjevima struke, političkog i sindikalnog obrazovanja. Obrazovanje odraslih usmjereno je na stručnu izobrazbu i stjecanje odgovarajuće kvalifikacije u vidu "profesionalnog

usavršavanja " koje se bazira na tezi doživotnog učenja kao posljedice brze preobrazbe stručnih i socijalnih zahtjeva u modernim industrijskim društvima. Daljnje obrazovanje može biti itekako konkurentno obzirom na visoko profesionalizirane nositelje. Na primjer, liječničke komore, ustanove za izobrazbu u upravljanju, ustanove zdravstvene skrbi, gospodarske udruge, sindikati, crkve, poduzeća, tečajevi za obrazovanje na daljinu.

Prepoznati oblici i programi kontinuirane edukacije u svijetu uključuju programe za određene stupnjeve edukacije za osobe koje nisu studenti, edukacija bez priznavanja određenog stupnja po završetku, edukacija na radnom mjestu, uvježbavanje različitih vještina, učenje prema vlastitim interesima (Internet (grupe), klubovi ili istraživački radovi), rješavanje problema " solving ").

Općenito govoreći kontinuirana edukacija ima sličnosti sa edukacijom odraslih, u konačnici cilj je edukacija odraslih, nakon završene srednje škole ili fakulteta. Kontinuirana edukacija u pojedinim profesijama provodi se u cilju održanja licence, dozvole za rad sa ciljem proširivanja i usvajanja novih znanja, kako bi se bilo u toku sa novim znanjima i postignućima, napretkom tehnologije. Metode i oblici kontinuirane edukacije provode se ovisno o potrebama pojedinih profesija, u obliku predavanja, seminara, tečajeva.

Profesionalni razvoj uključuje usvajanje i uvježbavanje pojedinih vještina specifičnih za pojedinu profesiju. Obrazovanje odraslih je mnogo heterogenije strukturirano u odnosu na državni sustav obaveznih škola. Različiti nositelji u različitim oblicima nude raznoliku „ponudu“ u procesu obrazovanja odraslih, te potencijalni korisnici u skladu sa svojim motivima, potrebama, različitim polazištima odabiru odgovarajuće programe. Osobitosti poučavanja i učenja odraslih mogu se objasniti u institucionalnom, personalnom, tematskom i procesualnom pogledu (Terhart,2001.) .

Institucionalno ovisi o nositeljima koji provode proces edukacije, kao nositelji se javljaju različite interesne skupine npr. općinske uprave, komore, sindikati, crkve, udruge, stranke, udruženja, komercijalne tvrtke za profesionalno usavršavanje, državna poduzeća, masovni mediji. Oblikovanje programa ovisi o nositeljima te političkim, svjetonazornim, profesionalnim i komercijalnim interesima istih. Personalna obilježja vezana su uz upravno i nastavno osoblje, te polaznike. Interes za sudjelovanje je vrlo specifičan, polaznici očekuju neku osobnu korist (profesionalnu, društvenu i osobnu), ali i dominira potreba za stjecanjem (stručnih ili općih) znanja i sposobnosti koje obećavaju prednosti u stručnom pogledu i mogućnostima profesionalnog uspona. U obrazovanju odraslih zastupljene su različite teme, ponuda je vrlo široka od profesionalnih, općeobrazovnih, ali i osobnih interesa. U procesualnom pogledu može se utvrditi veća raznolikost unutar obrazovanja odraslih u oblicima poučavanja i učenja. Raspon seže od pojedinačnih predavanja do niza predavanja, večernjih tečajeva, tjednih ili višetjednih intenzivnih tečajeva, rasprava, dopisnih tečajeva, radionica, studijskih putovanja.

Motivacija

Motivacija je utjecaj koji izaziva, usmjerava i održava željeno ponašanje ljudi, igra važnu ulogu jer nastoji zadovoljiti želje i nagone osoba kako bi ponašanje bilo poželjno i prihvatljivo. Ne možemo je definirati kao jednostavan konstrukt zato što veliki broj faktora motivira ljude na određenu aktivnost. Motivatori su stvari koje pojedinca potiču na djelovanje i oni utječu na ponašanje pojedinca, te stvaraju razliku u onome što će osoba činiti. Motivatori su određene nagrade ili poticaji koji pojačavaju žudnju za zadovoljenjem želja. Čimbenici koji utječu na motivaciju su individualne karakteristike, potrebe, stavovi, interesi, karakteristike posla, različite vještine, sličnosti i značenje zadatka, autonomija, povratna veza,

organizacijske karakteristike, karakteristike koje se odnose na radno mjesto. Novac je veoma važan i značajan motivator i često je mnogo više od monetarne vrijednosti. On se često koristi kao motivator, ali također potiče ljudsku pohlepu, otupljuje savjest i može voditi neetičnom i ilegalnom ponašanju.

Participacija je značajan motivator jer je ona ujedno i sredstvo priznanja. Konzultiranjem suradnika o događajima, koji se tiču njih i koji utječu na njih, izazivaju povećanu motiviranost. Svi suradnici žele znati što se događa u njihovom okruženju i žele znati pozadinu problema, te sudjelovanje u traženju rješenja.

Jedna od najčešće spominjanih teorija motivacije je upravo teorija hijerarhija potreba Abrahama Maslowa, koji je došao do zaključka da kada se jedna skupina potreba zadovolji prestaje biti motivator (Fučkar,1992.). Također smatra da su potrebe niže razine uvjet za potrebe više razine, tj. da svatko slijedi hijerarhiju potreba.

Frederick Herzberg nastavio se na Maslowa, ali je u velikoj mjeri modificirao njegovu teoriju. Herzberg je svojim istraživanjima došao do dvo-čimbeničke teorije motivacije (<http://www.en.wikipedia.org/>). U dvo-čimbeničkoj teoriji motivatori mogu biti pod utjecajem raznih čimbenika čije nepostojanje utječe na motivaciju, npr. čimbenici održavanja (higijene) nisu motivatori, ali njihovo nepostojanje rezultira nezadovoljstvom, zatim npr. politika poslovanja kompanije, administracija, uvjeti rada i sl.

David McClelland je identificirao tri tipa osnovnih motivirajućih potreba (http://www.en.wikipedia.org).

Potreba za moći - ljudi koji imaju potrebu za moći veliku pažnju pridaju utjecaju i kontroli, teže pozicijama vođe, dobri su govornici, skloni raspravi, otvoreni, tvrdoglavi i zahtjevni, uživaju u poučavanju i javnim nastupima .

Potreba za povezivanjem - ljudi s potrebom za povezivanjem se osjećaju zadovoljni ako su voljeni i ne žele biti odbačeni iz skupine, uživaju u osjećaju intimnosti i razumijevanja, spremni su pomoći i utješiti.

Potreba za postignućem -vidljiva je intenzivna želja za uspjehom, ali i intenzivan strah od neuspjeha postavljaju si teže ciljeve i vole puno raditi.

Victor Vroom (<http://www.en.wikipedia.org/>) smatra da će ljudi biti motivirani za ostvarenje cilja ako vjeruju u vrijednost cilja i ako mogu vidjeti da ono što čine pomaže u njegovu ostvarenju, prepoznaje važnost individualnih potreba i motivacija, harmonija ciljeva, različiti ciljevi koji se mogu uskladiti.

Nedostaci su teška primjenjivost u praksi ,percepcije vrijednosti variraju među pojedincima

John Stacy Adams (<http://www.en.wikipedia.org>) zaslužan je za formuliranje teorije pravednosti.

Važan faktor motivacije je subjektivni sud pojedinca o pravednosti njegove nagrade u odnosu na druge članove organizacije. U tom kontekstu postoji: **Nepavedna nagrada** - rezultira nezadovoljstvom, smanjenjem učinkovitosti ili čak napuštanjem organizacije.

Pravedna nagrada - postiže se bolja učinkovitost koja rezultira još napornijim radom i željom za uspjehom.

Opća načela koja proizlaze iz motivacijskih teorija mogu biti primjenjiva u sustavima za obrazovanje.

Općenito se smatra da ljudi biraju svoje ciljeve i usmjeravaju aktivnosti u skladu s potrebama koje imaju. Zato poznavanje nekih temeljnih vrsta potreba može pomoći u oblikovanju takvih obrazovnih sustava koji će uspješnije privlačiti i zadržavati interes polaznika. Intenzitet motivacije za obavljanje određene aktivnosti pod utjecajem je procjene važnosti nekog cilja, očekivanog napora ili truda što ga je potrebno uložiti da se cilj ostvari, kao i vjerojatnosti da će cilj biti ostvaren ukoliko je prethodno uložena potreban napor. Drugim riječima, pojedinci će se više zalagati ako cilj doživljavaju važnijim, te ako njegovo postizanje ne zahtijeva preveliki napor ili ako nije prevelika vjerojatnost da će iz nekih slučajnih i nekontroliranih razloga uloženi trud biti uzaludan.

Izvori motivacije mogu biti unutrašnji ili intrinzični (osobni afiniteti, zadovoljstvo zbog obavljanja određene aktivnosti i sl.), kao i izvanjski ili

ekstrinzični (nagrade ili kazne te obveze ili pravila) (<http://www.chiron.valdosta.edu>).

U intrinzičnoj motivaciji prisutna je tendencija za novošću i izazovima, razvijanjem i vježbanjem kapaciteta, istraživanjem i učenjem. Konstrukat intrinzične motivacije opisuje prirodnu sklonost prema usvajanju novih sadržaja, pokretanje istraživanja koje je bitno za kognitivni i društveni razvoj. U ekstrinzičnoj motivaciji uključeni su faktori izvan osobe (npr. nagrada, kazna, pohvala, kritika i različite beneficije).

Mnoge osobine ličnosti produkt su učenja u dugom procesu socijalizacije. Učenje je proces koji počinje rođenjem i traje cijeli život, omogućava praćenje razvoja, raznoraznih procesa, pojava, predmeta koji postoje u objektivnoj stvarnosti. Uz pomoć učenja čovjek se svestrano razvija i formira kao ličnost i u stalnoj je interakciji sa svojom okolinom. Učenje se obično određuje kao razvoj, kao progresivno mijenjanje jedinice (Bulajić, 1989), ima veliki značaj sa stanovišta individualnog i društvenog života, kako učiti, postići efektivnost, koji čimbenici determiniraju učenje, društveni je i pedagoško-psihološki problem trajnijeg karaktera. Na učenje utiče veliki broj faktora, posredno i neposredno. Osim sposobnosti za učenje, istraživači često ističu neke osobine ličnosti, socijalne uvjete, pedagoško-didaktičke čimbenike i slično. Znanje nije produkt stalnog ponavljanja ili snalaženja u nekoj situaciji, već je bitno da osobe hoće, žele savladati i usvojiti određeno gradivo. Učenje i studiranje je stalna motivacijska aktivnost, koja predstavlja njegovo bitno svojstvo i činilac efektivnosti (Prodanović ,1974., prema Bulajić 1989.) Mnogi istraživači posebno naglašavaju kombinirani utjecaj motivacije sa sposobnostima i osobinama ličnosti, u istraživanjima su bile uključene osobe uz rad, studenti, učenici. U andragoškoj literaturi nalazi se više istraživanja i utvrđivanja razloga zbog kojih odrasli ljudi uče. Potrebno je utvrditi motive zbog kojih odrasle osobe ulaze u proces obrazovanja (pozitivne i negativne motive).

Sestrinstvo kao profesija

Cilj svake profesije je sačuvati profesionalno područje, relevantno područje rada ili profesionalne interese. Cjeloživotno obrazovanje osim profesionalnog razvoja uključuje sve aspekte dnevnog življenja. Djelokrug rada med. sestre obuhvaća direktnog pomoćnika, njegovatelja, edukatora, savjetnika, administratora, ali i istraživača. Sve uloge se isprepliću i nadovezuju u smislu preveniranja nastanka bolesti, provođenju zdravstvene njege u rješavanju bolesnikovih potreba, sudjelovanju u procesu liječenja i dijagnosticiranja kao član tima.

Spektar aktivnosti je različit, od prevencije, akutnog zbrinjavanja, rehabilitacije i palijativne skrbi. Razvoj tehnologije i medicinskih znanosti reflektirao se i na razvoj sestrinske prakse. Bitan preduvjet za realizaciju kvalitetne zdravstvene njege je odgovarajuća edukacija medicinskih sestara. Edukacijom i znanjem moguće je djelovati u svim bitnim segmentima profesije. O sestrinstvu kao profesiji govori se još od 1882.god.

1892.god. Lizabeth Price objavljuje raspravu o sestrinstvu kao profesiji (Čukljek, 2005.) Od tog vremena do danas vode se razno razne polemike o sestrinstvu kao profesiji. Govoreći o kriterijima profesije, Flexner, prema Čukljek, 2005. navodi visokoškolsko obrazovanje (nužna je kvalitetna edukacija i pažljiv odabir pristupnika), stalno povećanje količine znanja i tehnika znanstvenim metodama te pružanje znanja i praktičnih postupaka koji su važni za ljudsku i socijalnu dobrobit. Profesija mora biti autonomna, to je zanimanje kojim se osobe bave tijekom cijelog života i napreduju. Profesija osigurava slobodu obavljanja zanimanja, mogućnost kontinuiranog profesionalnog napredovanja i ekonomsku sigurnost (Čukljek, 2005.). Sestrinstvo kao profesija ne zadovoljava određene kriterije stoga je neophodan dalji razvitak. U okviru profesije može se govoriti o profesionalcima koji su osposobljeni za obavljanje poslova u djelokrugu svoga rada. Karakteristike profesionalca su savjesnost, odgovornost, točnost, dosljednost, predanost i trajna edukacija. U Republici Hrvatskoj je

donesen Zakon o sestrinstvu 17.srpnja 2003. od strane Hrvatskog sabora . Svaka profesija, profesionalci, tako i sestrinstvo podliježu određenim pravnim odredbama, zakonskim aktima kojima se uređuje sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor rada. U zakonu je obuhvaćena i edukacija, jasno se propisuju obaveze medicinskih sestara da stalnim obnavljanjem stečenih znanja i usvajanjem novih znanja u skladu s najnovijim dostignućima i spoznajama iz područja sestrinstva. Dužnosti medicinskih sestara navode se u članku 16. Zakona o sestrinstvu. Zakon o sestrinstvu određuje i osnivanje Hrvatske komore medicinskih sestara. Hrvatska komora medicinskih sestara je strukovna samostalna organizacija medicinskih sestara sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima.

Komora promiče, zastupa i usklađuje interese medicinskih sestara pred državnim i drugim tijelima u Republici Hrvatskoj i u inozemstvu. Uz javne ovlasti Komora također uspostavlja standarde školovanja, trajnog usavršavanja i dodatnog usavršavanja, propisuje načine stjecanja bodova za obnovu odobrenja za samostalan rad (Čukljek, 2005.). Sve su to značajni preduvjeti za stvaranje i razvijanje profesije i poticanje profesionalnosti.

Cilj rada

Cilj rada bio je identificirati čimbenike koji utječu na motivaciju u participiranju medicinskih sestara u kontinuiranoj edukaciji i kontinuiranom profesionalnom razvoju, da li postoji razlika u motivaciji ispitanika srednje stručne spreme i ispitanika više stručne spreme.

Istraživanje je provedeno na uzorku od 100 ispitanika, 50 viših medicinskih sestara i 50 srednjih med. sestara, oba spola na odjelima interne, kirurške i maksilofacijalne klinike i odjelu neurologije. Podaci su prikupljeni pomoću anonimnog upitnika izrađenog u svrhu ovog rada.

Zaključak

Prikupljeni podaci analizirani su i statistički obrađeni. Dobiveni rezultati govore da nema razlike u motivaciji između medicinskih sestara srednje i više stručne spreme, međutim kvalitativne analize odgovora o aktivnom sudjelovanju, te sudjelovanju izvan ustanove u viših medicinskih sestara u procesu kontinuirane edukacije pokazatelj je znatnije motiviranosti. Kod medicinskih sestara srednje i više stručne spreme uočena je manja prisutnost intrinzične motivacije. Motivaciju u procesu kontinuirane edukacije potrebno je permanentno istraživati uzimajući u obzir sve faktore koji utječu na njezin smjer, dinamiku i karakter. Bez motivacije edukacija ili bilo kakva aktivnost osuđena je na propast. Kontinuirani profesionalni razvoj fundamentalna je komponenta u cjeloživotnom učenju. Na koji način će se provoditi kontinuirana edukacija, u kojoj mjeri i na koji način će pojedinac sudjelovati ovisi o vlastitim interesima i aspiracijama istog, ali i vizijama i strateškim planovima zdravstvene ustanove i menadžera te ustanove.

Literatura:

1. Gudjons, H. (1994). Pedagogija temeljna znanja. Zagreb: Educa
2. Terhart , E.(2001). Metode učenja i poučavanja. Zagreb: Educa
3. Desforges, J. (2001). Uspješno učenje i poučavanje. Zagreb: Educa
4. Fučkar, G.(1992). Proces zdravstvene njege . Zagreb: Tisak
5. Jensen, E. (2003). Super – nastava. Zagreb: Educa.
6. Bulajić, N. (1989). Motivacija za učenje. Beograd
7. Srića, V.(1992). Principi modernog menadžmenta. Zagrebačka poslovna škola
8. Borović, S., Sikavica, P.(1991)Teorija odlučivanja. Zagreb: Informator
9. Čukljek, S. (2005). Osnove zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište

Internet stranice:

- « Motivation to learn » <http://www.chiron.valdosta.edu/> (14.listopad 2007.)
- « Motivacijski čimbenici » <http://www.carnet.hr/> (21.listopad 2007.)
- « Motivacija »<http://www.mzos.hr/> (21.listopad 2007.)
- « Motivation » <http://www.en.wikipedia.org> (25. listopad 2007.)
- « Motivacija, demotivacija » <http://www.poslovnamreza.hr/>
(26.listopad 2007.)

USPOREDBA ZADOVOLJSTVA BOLESNIKA S TRETMANOM BOLI U ODNOSU NA HITNOST PRIJEMA

Sažetak

Bol je neugodan individualni osjećaj kojeg je teško definirati. Svatko od nas doživljava i podnosi bol drugačije. Epidemiološke studije su pokazale da čak 1/3 populacije u industrijski razvijenim zemljama trpi od kronične boli koja predstavlja veliki zdravstveni, ekonomski i socijalni problem. S druge strane postoje pokazatelji da svega 50% od ove populacije prima adekvatnu terapiju. Iako ne postoje precizni podaci za Republiku Hrvatsku bolesti popraćene kroničnim bolnim sindromom su najčešće razlog izostanka s posla i odlaska u prijevremenu mirovinu. Ustrajnim i pravovremenim liječenjem boli bolesnicima možemo ne samo olakšati trenutačne tegobe već i produžiti aktivan život i odgoditi prijevremenu radnu nesposobnost. Prema definiciji Svjetskog udruženja za bol (IASP): "Bol je neugodan emocionalni i osjetni doživljaj povezan sa stvarnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva."

Ovu službenu definiciju za bol izdalo je Svjetsko udruženje (IASP) osnovano 1973.g. U SAD - u sa osnovnim zadatkom promicanja boli kao entiteta, odnosno bolesti i ukazivanje na nužnost pravilnog i pravovremenog pristupa njenom liječenju. Preporuke IASP- a prihvatio je veliki broj europskih zemalja, i 1995.g. osnovano je Europsko udruženje (EFIC), koje vrlo energično potiče razvoj medicine boli kao nove djelatnosti. Sa tim ciljem EFIC je 2001. g. pokrenuo globalni projekt Europa protiv boli (EAP) kojeg je prihvatilo 26 europskih zemalja. 2002. g. i Hrvatsko društvo za bol postaje član ovih velikih svjetskih udruga i prihvaća njegov program razvoja koji se usmjerava u tri osnovna pravca:

1. Izučavanje boli
2. Edukacija - stručnjaka i pacijenata
3. Politika razvoja mreže organiziranih jedinica za liječenje boli

Sve ove aktivnosti usmjerene su na provođenje učinkovite i racionalne terapije.

Suvremeno liječenje boli podrazumijeva kontinuiranu analgeziju, titriranu prema intenzitetu boli, uravnoteženu primjenu lijekova i tehnika uz minimalni broj komplikacija. Za sve ovo potrebno je poznavanje i razumijevanje neuroanatomije boli složenih patofizioloških mehanizama, nastanak i prijenosa bolnih impulsa, te multimodalni i multidimenzionalni pristup liječenju. Nedostatna i netočna primjena znanja i raspoloživih terapijskih postupaka među osnovnim je činiteljima neučinkovitog liječenja boli. Aktivnosti Hrvatskog društva za liječenje boli do sada su bile usmjerene na edukaciju i poticanje otvaranja organiziranih jedinica za liječenje boli u čemu postoji podrška Ministarstva zdravstva RH i HZZO-a. Budući da algologija i u Hrvatskoj, kao i u brojnim europskim zemljama postaje samostalna klinička disciplina, uviđa se hitna potreba za provođenjem cjelovite organizirane, kontrolirane te verificirane nastave u vidu uže specijalizacije prema europskim i svjetskim standardima.

Hrvatsko društvo za liječenje boli (HDLB) u suradnji sa Katedrom za anesteziologiju i reanimatologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pripremilo je program edukacije. Svrha je predloženog programa da multidisciplinarnim pristupom problemu liječenja boli upozna liječnike s najnovijim spoznajama neuroanatomije, neurofiziologije, te primjenom neinvazivnih i invazivnih protokola liječenja pojedinih bolnih sindroma, psihosocijalnim aspektom problema, te suvremenim modelom organiziranog liječenja boli.

U svakodnevnoj komunikaciji pojam boli nema jedinstveno značenje. Ponekad se njime označava osjet izazvan patološkim procesom ili ozljedom tkiva, a ponekad neugodno čuvstvo žalosti, nezadovoljstva, razočaranja itd.

U ovom drugom slučaju često se koristi i izraz patnja. To dvostruko značenje pojma boli potječe od opisa ljudi koji su i svoja tjelesna i psihološka stanja nastojali dočarati ovom riječju, ali i od filozofskih i znanstvenih rasprava koje su se, tijekom mnogih godina, vodile s potpuno suprotnih pozicija.

Jedni su tvrdili da je bol običan osjet, a drugi da je bol poseban oblik čuvstvenog doživljaja (Havelka i Lučanin, 1991). Tako su npr. Aristotel u 4. st. pr. Kr. i Spinoza u 17. st. (prema Havelka, 1990) ubrajali bolne doživljaje u specifična čuvstvena stanja. Nasuprot njima, većina znanstvenika 19. st. smatrala je bol osjetnim modalitetom koji je po fiziološkim mehanizmima identičan ostalim osjetima. Tada se mislilo da će se mehanizam boli u potpunosti upoznati ukoliko se utvrdi put bolne informacije od receptora za bol, preko perifernih živaca i leđne moždine do mozga. Veliki trud je uložen u traganje za specifičnim receptorima za bol u koži.

Istraživanja su pokazala da je koža gotovo na svim mjestima osjetljiva na bolne podražaje, a da su slobodni živčani završeci osnovni primatelji takvih podražaja.

Međutim, kasnije se otkrilo da slobodni živčani završeci primaju i druge osjetne kvalitete, pa samim tim ne mogu biti specifični receptori za bol. Drugim riječima, bol može biti izazvana na bilo kojem dijelu osjetnog živčanog sustava samo ako je podražaj dovoljno jakog intenziteta, ali taj proces ne započinje podraživanjem receptora, već se tada samo aktivira živčani sustav koji će pod utjecajem mnogobrojnih činitelja konačno dovesti do doživljaja boli.

Upravo zbog utjecaja tih brojnih faktora bol je vrlo složena pojava koja se u mnogo čemu razlikuje od drugih osjeta. Fiziološki mehanizmi nastanka boli samo su jedan dio cjeline koja predstavlja ovaj fenomen.

Danas se misli da pored fizioloških faktora važnu ulogu pri nastajanju doživljaja boli imaju i psihološki te sociokulturološki faktori (Havelka, 1990).

Dakle, iako bol ima očite osjetne kvalitete, radi se o izrazito osobnom i vrlo složenom iskustvu koje sadrži i čuvstvene i motivacijske komponente, a na čiji intenzitet, trajanje i kvalitetu djeluje prethodno učenje, razumijevanje uzroka boli i njenih posljedica, kultura u kojoj smo odrasli, stanje živčanog sustava u trenutku doživljavanja itd.

Bol se obično javlja nakon intenzivne stimulacije, ali se može javiti i spontano bez nekog očiglednog razloga. U normalnim okolnostima signalizira tjelesnu ozljedu ili patološki proces u organizmu, ali isto tako može izostati i ako je velika površina tijela ozlijeđena. Ponekad je po intenzitetu neproporcionalna težini ozljede, a ponekad perzistira i nakon što je ozlijeđeno tkivo zacijelilo u potpunosti.

Bol je nedvosmisleno neugodan doživljaj i u motivacijskom smislu ima karakter kazne, no vrijednost ovog mehanizma je nemjerljiva. Bol nas upozorava da se s našim tijelom događa nešto neobično, ona nas potiče na zaštitnički odnos prema ozlijeđenom ili bolesnom dijelu tijela i traženje (stručne) pomoći što onda omogućuje brži oporavak. Još od najranijeg djetinjstva pomoću boli učimo koje situacije treba izbjegavati, tj. koje su situacije opasne te se na taj način oblikuje zaštitničko ponašanje koje nas štiti od vanjskih ozljeda.

Kolika je važnost boli u svakodnevnom životu slikovito pokazuju poteškoće ljudi koji su od rođenja potpuno neosjetljivi na bol. Takvi ljudi teško uče prepoznavati opasne situacije pa često ustraju u aktivnostima koje dovode do samoranjavanja i koje mogu biti fatalne. Još od najranije dobi doživljavaju neugodne ugrize za vrijeme žvakanja hrane, opekotine, modrice, prijelome jer ne posjeduju upozoravajući mehanizam boli.

Obično umiru mladi i to najčešće zbog prekasnog otkrivanja bolesti (npr. upala slijepog crijeva) koje se inače na vrijeme uočavaju pomoću mehanizma boli i mogu se efikasno liječiti.

Interesantno je da takvi pojedinci nemaju anatomskih nedostataka i ne gube druga osjetila (Horn i Munafò, 1997).

Iz svega do sada navedenog vidi se da unutar fenomena boli postoji široka lepeza osobnih iskustava koja variraju između dvije krajnje točke, a to je nesposobnost doživljavanja boli usprkos ozljedi i spontana pojava boli bez poznatog razloga. Takva raznolikost ima za posljedicu činjenicu da do danas još nitko nije dao sveobuhvatnu definiciju boli (Melzack, 1973).

Pritužba na bol jedna je od najčešćih zajedničkih osobina pacijenata. Vjeruje se da se za bol ima najmanje razumijevanja i da je bol možda najčešći ignorirani medicinski problem. Kada akutna bol nije adekvatno tretirana, uskoro prelazi u kroničnu bol. Popratne pojave boli su neugodne i često postoje u odsutnosti vidljivih procesa bolesti i usprkos tretmanu. Kod mnogih pacijenata netretirana bol se može razviti u patnju tj. stalnu bol. Bolesnici se osjećaju kao žrtve u zatvorenom krugu boli, straha, depresije, slabog sna i iskustva najgore moguće boli. Praktički znači da su terapijski postupci nekritični prema žalbama bolesnika ili su fokusirani isključivo na druge komponente liječenja, što ne doprinosi u potpunosti dobrobiti bolesnika.

Tretiranje boli, bilo akutne, kronične, postoperativne ili maligne, iziskuje složeni pristup. Mnogi bolesnici postižu zadovoljavajuće rezultate u olakšavanju boli zajedničkim djelovanjem oralnih i parenteralnih lijekova, neinvazivnim fizikalnim ili rehabilitacijskim procedurama ili pak primarnom terapijom (op. zahvat, antibiotici, kemoterapija, radioterapija).

Od neprocjenjive je važnosti za učinkovitost terapijskog plana sudjelovanje ostalih članova tima za tretiranje boli koji uključuje: anesteziologa, medicinsku sestru, socijalnog radnika, psihijatra, kliničkog farmakologa, nutricionistu i svećenika.

Temeljni lijekovi za liječenje karcinomske boli su analgetici. Dijelimo ih u tri osnovne skupine: neopijatne, opijatne i adjuvantne analgetike.

Algoritam za primjenu je trostupanjska ljestvica SZO-a, a poželjno je da budu ispunjeni ovi uvjeti:

- kontrola boli tijekom 24 sata,
- mogućnost peroralne aplikacije,
- da nisu prejaki sedativi i da
- imaju što manje nuspojava.

Lijek koji ima sve te osobine i koji se smatra danas najboljim analgetikom u palijativnoj medicini je morfin. No pored svih poznatih učinaka on ima i nuspojave: mučninu, opstipaciju, toleranciju, ovisnost, respiratornu depresiju. Za toleranciju se smatra da ne postoji, jer je potreba za povećanjem doze vezana uz progresiju bolesti, a ne naviku, no ipak se u nekim slučajevima vidjelo da kombinacija s tricikličkim antidepressivima i antiepilepticima ima zadovoljavajući učinak (maprotilin - Ladiomil; karbamazepin – Tegretol).

Psihološka ovisnost (narkomanija) koje s toliko boje i zdravstveni djelatnici i obitelj, kod pacijenata koji trpe bol nije poznata. Smanjivanjem boli postupno se smanjuje i potreba za morfinom bez apstinencijskog sindroma.

Respiratorna depresija nepoželjan je učinak koji koči mnoge liječnike u davanju morfina. Međutim ako se morfin daje peroralno i ako se doza pažljivo titrira, taj se problem ne javlja niti u pacijenata s izrazito pogoršanom respiratornom funkcijom.

Opstipacija pogađa gotovo sve pacijente koji primaju opijatnu analgeziju ako nisu ranije imali dijareju, zato treba odmah djelovati preventivno laksativima koji omekšavaju stolicu ili stimuliraju rad crijeva. Opstipaciju treba shvatiti ozbiljno i prevenirati u samom početku. Povišenjem doze vidjelo se da su simptomi opstipacije sve blaži.

Oko 30% svih onih koji primaju morfin prvi put će imati mučninu, ali i ona se javlja kao prolazna nuspojava.

Titracija doze lijeka kod morfina neobično je važna, jer premalena doza neće dati zadovoljavajući učinak, a prevelika ima previše popratnih nepoželjnih učinaka. Potrebno je početi s dozom od 5mg/4 h koja se u početku povećava za 50-100%, a u visokih doza 30 – 50%. Poseban oprez iziskuju pacijenti visoke dobne skupine kod kojih se preporuča prepoloviti početnu (2,5mg). Kako se ovi pripravci pojavljuju u različitim jačinama (10 – 200mg), doza se može bez problema titrirati i postići zadovoljavajuća 24 satna analgezija.

Potrebno je naglasiti da nema standardne doze morfina za liječenje karcinomske boli. Čimbenici o kojima ona ovisi prikazani su na tablici 6, a osnovna načela koje treba poštovati kod dnevne razdiobe morfina na tablici 7.

Tablica 6. Postizanje 24-satne analgezije

Nema standardne doze morfina za liječenje karcinomske boli.

Doza ovisi o:

- Jačini boli
- Tipu boli
- Individualnim farmakokinetским varijacijama
- Razvoju tolerancije
- Korektna doza je ona koja uklanja bol uz podnošljive nuspojave
- Doza se mora titrirati u svakog pojedinog pacijenta
- Slabi i jaki opiodi imaju iste nuspojave, ali kod manjih koncentracija su slabije
- Primjena *lege artis* ne stvara naviku
- Kod pojave tolerancije mijenjati opiod

NE SMIJE SE:

1. istodobno uzimati više opioda
2. kombinirati agoniste s parc.agonistima i
3. naglo prekinuti uzimanje (smanjenje 20%/48h)

Tablica 7. dnevna razdioba morfina

OSNOVNA NAČELA		
1. Davati u pravilnim vremenskim intervalima (4-6-12-24 h) – NE PO POTREBI		
2. Odrediti minimalnu djelotvornu dozu (titracija doze!)		
3. Kod promjene opioida –odrediti ekvivalentnu dnevnu dozu (DD)		
4. kod promjene načina davanja - odrediti ekvivalentnu DD EKVIVALENTNE DD u mg		
Kodein	240 -	po. (peroralno) iv. (intravenski)
Tramadol	150 100	po. iv.
Petidin	- 75	po. iv.
Pentazocin	180 60	po. iv.
Buprenorfin	0,4 0,3	sl. (sublingvalno) iv.
morfin	30 10	po. iv.
metadon	10 5	po. iv.
OMJER EKVIVALENTNIH DNEVNIH DOZA (DD) prema načinu aplikacije		
po: iv/sc = 2 (3):1 (DD)		
iv/sc:PD = 3-5 : 1 (DD)		
PD : IT = 5 – 10 : 1 (DD)		

Morfin je samo predstavnik skupine jakih opijata u kojoj se nalaze njegovi metaboliti i semisintetski pripravci (metadon, buprenorfin, butorfanol, fentanil) koji se uvode u terapiju ako pacijent ne podnosi morfin ili ga ne želi uzimati.

Istraživanjem je dokazano:

- Redovno primljeni bolesnici osjećaju jači intenzitet boli od hitno primljenih
- Koriste više analgetika u odnosu na hitne bolesnike i to kontinuiranu analgeziju opioidnih analgetika
- Redovni bolesnici u najvećem postotku su samo djelomično zadovoljni s tretmanom boli dok su hitno primljeni uglavnom zadovoljni

Ključne točke u tretiranju boli:

- Koristiti skalu od 0 – 10 za procjenu boli - standard za određivanje inteziteta boli.
- Educirati pacijente da je cilj tretiranja boli prevencija i rana intervencija. Uputiti ih u korištenje skale boli i potrebe za izvještavanjem kada bol počinje ili se pojačava.
- Razgovarati s bolesnikom, pitati ga koja je razina boli za njega prihvatljiva tj. koja nije iscrpljujuća te dozvoljava bolesniku da spava, jede i obavlja druge potrebne aktivnosti. Taj cilj je moguće ostvariti kada je razina boli do 4. Važno je postaviti zajedničke realne ciljeve jer razinu boli "0" nije uvijek moguće postići.
- Razina boli iznad 3, ili svaka bol neprihvatljiva za bolesnika zahtjeva intervenciju i ponovnu procjenu.
- Ako ordinirani analgetici ne djeluju, tako da je bol prihvatljive razine ili manja od 4, treba intervenirati.
- Razina boli 7 ili više zahtjeva hitnu skrb i intervenciju, te češće intervencije sve dok razina boli ne bude ispod 5. U slučajevima kada bol ne može biti adekvatno kontrolirana, konzultirati ostale specijaliste sa iskustvom u tretiranju boli.

Učinkovito tretiranje boli polazi od dobre procjene i evaluacije postupaka. Ključni element uspjeha je korištenje skale boli. Treba imati na umu da je jedino bolesnik sam ekspert za svoju bol. Takovim pristupom i načinom rada, bolesnik će očuvati svoje ljudsko dostojanstvo i povjerenje u cjelokupni zdravstveni tim, bez obzira na težinu bolesti i konačni ishod liječenja.

LITERATURA:

1. <http://www.hdlb.org/strucniclanci.php>
2. www.painpathway.anesthesia.uk
3. http://www.kbd.hr/uploads/media/Kvaliteta__zivota_bolesnika_s_rakom_glave_i-vrata.doc_
4. Ufema, J. Insights on death and dying. Nursing: 1994: 20-21.
5. Keros, P., Paladino, J., Pirker N. Nastanak bolnih osjeta. Medicus. Višestrani pristup boli. Vol. 8. br. 1. Zagreb, 1999.
6. Zurak, N. Neurogena bol. Medicus. Višestrani pristup boli. Vol. 8. br.1. Zagreb, 1999.
7. Gruden, V. Psihološki aspekti boli. Medicus. Višestrani pristup boli. Vol. 8. br. 1. Zagreb, 1999.
8. Krčevski – Škvarc, N. Kronična bol. Medicus. Višestrani pristup boli. Vol. 8. br. 1. Zagreb,
9. MAO J, Price D.D., Mayer DJ. Mechanisms hiperalgesia and morphine tolerance: a current view of their possible interactions. Pain 1995 b; 62: 259 – 74.
10. WHO: Cancer pain relief, WHO, Geneve 1986:74.
11. Drug information for health care professional, 18th edition. United States Pharmacopeial Convention: Taunton, 1998, str. 2184.
12. Klinička anesteziologija, medicinska naklada, Zagreb, 2005.
13. Majerić–Kogler, V. Liječenje poslijeoperacijske boli – suvremeni pristup. Medicus. Višestrani pristup boli. Vol. 8. br. 1. Zagreb, 1999

TEHNIKE RJEŠAVANJA SUKOBIA MEDICINSKIH SESTARA

Sukobi su prisutni unutar nas samih i na svim razinama raznih organizacija ili mjesta na kojima ljudi neminovno ulaze u interakcije, pa je tako i u sestrinstvu evidentna njihova svakodnevna prisutnost. Prema definiciji: «Sukob je oblik sučeljavanja dviju ili više strana zbog neslaganja u pogledu cilja, želja, interesa, osjećanja ili praktičnog djelovanja» (Tudor i Srića, 2006). Sukobi u sestrinskoj profesiji mogući su između sestrinskog osoblja, u odnosu na liječnike i drugo zdravstveno osoblje, te pacijente i članove njihove obitelji. Vještina upravljanja sukobima osobito je važna za medicinske sestre menadžere na rukovodećim položajima ili voditelje timova zdravstvene njege, ali i za sve ostale članove zdravstvenog tima, jer svatko može postati uzročnikom neželjenog sukoba ili se u njemu zateći nenamjerno. Stavovi o sukobima su se tijekom vremena značajno mijenjali. Sredinom prošlog stoljeća tradicionalno shvaćanje smatralo je sukobe nedopustivima u timskom radu, a dok zadnjih desetljeća moderni pristup smatra neke sukobe prirodnima i poželjnima. Budući da su sukobi neizbježna pojava u međuljudskim odnosima, procjena okolnosti u kojima sukob nastaje i primjena adekvatnih tehnika njegova rješavanja od krucijalne je važnosti za razvoj kvalitete međuljudskih odnosa kao bitnog faktora koji utječe na stručni napredak osoblja te kvalitetu skrbi za bolesnika, a koja se očituje kroz njegovo zadovoljstvo načinom pružanja i ishodom skrbi.

Tehnike rješavanja sukoba mogu biti indirektne i direktne, a menadžerima se preporučuje prije pokušaja direktnog rješavanja sukoba primijeniti indirektne tehnike (Rijavec i Miljković, 2002). Indirektne tehnike su smanjivanje kontakta između sudionika sukoba, apeliranje na zajedničke ciljeve, prenašanje odgovornosti za rješavanje sukoba na višu razinu i reorganiziranje rada ako postojeća struktura ne odgovara zahtjevima posla.

Direktne tehnike rješavanja sukoba su: izbjegavanje, prilagodba, kompromis, natjecanje i suradnja (Yoder-Wise, 2007). Tih pet dominantnih tehnika rješavanja sukoba utvrdili su Thomas i Kilman 1974.godine (Hendel, 2005). Navedene tehnike se mogu razmatrati sa aspekta asertivnosti i kooperacije ili spremnosti na suradnju (Fowler i sur., 1993; Valentine, 2001), pri čemu se tehnike koriste različito ovisno o procjeni situacije sukoba u kojoj se osoba nalazi.

Smatra se da nema najbolje tehnike rješavanja sukoba, već je važno znanje o uočavanju inicijalnih pokazatelja sukoba i primjena odgovarajuće tehnike rješavanja sukoba ovisno o vrsti konfliktna situacije i okolnostima (Vivar, 2006).

Provedeno je istraživanje u kolovozu 2007. godine na uzorku od 240 medicinskih sestara zaposlenih u: KB Merkur, Sveučilišnoj klinici za dijabetes, endokrinologiju i bolesti metabolizma «Vuk Vrhovac», Klinici za dječje bolesti u Zagrebu, OB Sveti Duh, OB Zabok, OB Karlovac i SB Krapinske toplice.

Od ukupno 240 ispitanica koliko ih je sudjelovalo u ovome istraživanju 120 ih je sa srednjom stručnom spremom, a po 60 s višom stručnom spremom odnosno baccalaureatom. Od 240 ispitanica 85 ih se izjasnilo da su na rukovodećem položaju, a koje su ujedno i više obrazovane sestre. Dob ispitanica kretala se od 20 do 61 godine, a prosječna dob (aritmetička sredina) iznosila je 38 godina.

Za potrebe ovog istraživanja konstruiran je instrument mjerenja, odnosno upitnik koji se sastoji od 30 tvrdnji koje ispitanica treba ocijeniti na skali od 0 do 4, pri čemu 0 znači «nikada se tako ne ponašam», dok 4 znači «uvijek se tako ponašam». Unutar tog instrumenta nalazi se pet podskala za svaku tehniku rješavanja sukoba (izbjegavanje, prilagodba, kompromis, natjecanje i suradnja) s najvećim mogućim brojem bodova 24 za svaku tehniku. Upitnikom su medicinske sestre procijenile vlastite najčešće reakcije na situacije sukoba na radnom mjestu.

Ukupna pouzdanost skale je visoka (Cronbachov Alpha = 0,80). U istraživanju su sudjelovale medicinske sestre zaposlene u bolnici s položenim stručnim ispitom i ženskog spola.

Cilj rada bio je istražiti koje tehnike rješavanja sukoba dominantno primjenjuju medicinske sestre u bolničkim ustanovama, s utvrđivanjem mogućih razlika između sobnih medicinskih sestara i medicinskih sestara na rukovodećim radnim mjestima u bolnicama. Također se željelo utvrditi koje tehnike su češće u odnosu na radni staž u sestrinstvu, te postoje li različitosti vezano uz razinu obrazovanja i poziciju u sestrinskoj hijerarhiji.

Najviši rezultati su na tehnikama suradnja (Aritmetička sredina:14,87) i kompromis (13,52), a slijede prilagodba (9,95), izbjegavanje (6,76) i na kraju natjecanje (3,28) na kojem su ispitanice postigle najmanji rezultat.

Prema ciljevima istraživanja pokazalo se da medicinske sestre u Republici Hrvatskoj najčešće koriste suradnju i kompromis kao tehnike rješavanja sukoba. Usporedbom medicinskih sestara prema rukovodećem položaju utvrđeno je da su izbjegavanje i prilagodba češće kod sestara koje nisu na rukovodećem položaju, a dok su suradnja i natjecanje češće u onih koje to jesu. Prema poziciji u sestrinskoj hijerarhiji nisu utvrđene statistički značajne razlike. Nadalje, pokazalo se da je suradnja jedina tehnika rješavanja sukoba koja je značajno povezana s dobi i radnim stažom. Usporedbom po obrazovanju utvrđeno je da su izbjegavanje i prilagodba češći kod niže obrazovanih sestara, dok je suradnja češća u više obrazovanih medicinskih sestara. Dominantna upotreba suradnje kao tehnike rješavanja sukoba smatra se učinkovitim i doprinosi rješavanju sukoba na osobnoj razini, razvoju timskog rada i sestrinskoj profesiji u cjelini. Bitno drugačiji rezultati u odnosu na dosadašnje objavljene, u kojima su izbjegavanje i kompromis najčešće tehnike, mogu biti odraz davanja socijalno poželjnih odgovora, ali i značajnih promjena u sestrinstvu naše države koje se odvijaju u proteklih pet godina kroz osnivanje Hrvatske komore medicinskih sestara, razvoj obrazovanja sestara na visokoj razini osnivanjem specijalističkih diplomskih

stručnih studija, te organiziranjem trajnog stručnog usavršavanja medicinskih sestara u zdravstvenim ustanovama.

LITERATURA

1. Almost J. Conflict within nursing work environments: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 53(4): 444-453.
2. Andrew P. Od sukoba do pomirenja. Zagreb: Kršćanski mirovni krug, 2007.
3. Anić V, Brozović Rončević D, Goldstein S, Jojić LJ, Matasović R, Pranjković I. Hrvatski enciklopedijski rječnik. Zagreb: EPH d.o.o. i Novi Liber d.o.o., 2004.
4. Armstrong M. Kompletna menadžerska znanja 1.- Upravljanje ljudima i sobom. 2 izd. Zagreb: M.E.P.Consult, 2003.
5. Balzer-Riley JW. *Communication in nursing*. 5th ed. Philadelphia: Mosby, 2006.
6. Benien K. Kako voditi teške razgovore. Zagreb: Erudita, 2006.
7. Brajša P. Umijeće svađanja. Pula: C.A.S.H., 1996.
8. Buble M. Osnove menadžmenta. Zagreb: Sinergija nakladništvo d.o.o., 2006.
9. Cavanagh SJ. The conflict management style of staff nurses and nurse managers. *Journal of advanced nursing*. 1991; 16:1254-1260.
10. Fowler AR, Bushardt SC, Jones MA. Retaining nurses through conflict resolution. *Health Prog*. 1993; 74(5):25-29.
11. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.
12. Havelka M. Zdravstvena psihologija. 2 izd. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1990.

13. Hendel T, Fish M, Galon V. Leadership style and choice of strategy in conflict management among Israeli nurse managers in general hospitals. *Journal of nursing management*. 2005; 13:137-146.
14. Hewison A, Stanton A. From conflict to collaboration? Contrasts and convergence in the development of nursing and management theory. *Journal of Nursing Management*. 2003; 11:15-24.
15. Huber D. Leadership and nursing care management. 2nd ed. Philadelphia: W.B.Saunders company, 2000.
16. Kane-Urrabazo C. Management's role in shaping organizational culture. *Journal of Nursing Management*. 2006; 14:188-194.
17. Kelly J. An overview of conflict. *Dimens Crit Care Nurs*. 2006; 25(1): 22-28.
18. Kovačić L. Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti. Zagreb: Medicinska naklada, 2003.
19. Kunaviktikul W, Nuntasupawat R, Srisuphan W, Booth RZ. Relationships among conflict, conflict management, job satisfaction, intent to stay, and turnover of professional nurses in Thailand. *Nursing and Health Sciences*. 2000; 2:9-16.
20. Montoro-Rodriguez J, Small JA. The role of conflict resolution styles on nursing staff morale, burnout, and job satisfaction in long-term care. *Journal of aging and health*. 2006; 18(3): 385-406.
21. Paliadelis P, Cruickshank M, Sheridan A. Caring for each other: how do nurse managers 'manage' their role?. *Journal of Nursing Management*. 2007; 15:830-837.
22. Petar S. Tamna strana upravljanja ljudima. Zagreb: Mozaik knjiga, 2005.
23. Ramos MC. Eliminate destructive behaviors through example and evidence. *Nurs Manage*. 2006; 37(9):34, 37-38,40-41.
24. Rijavec M, Miljković D. Kako rješavati konflikte. Zagreb: IEP, 2002.
25. Sherman RO. Leading a multigenerational nursing workforce. *Online J Issues Nurs*. 2006; 11(2) <http://www.medscape.com/viewarticle/536480> (28.05.2007).

26. Sikavica P, Bahtijarević-Šiber F. Menadžment. Zagreb: Masmedia, 2004.
27. Sportsman S, Hamilton P. Conflict management styles in the health professions. *Journal of professional nursing*. 2007; 23:157-166.
28. Srića V. Inventivni menadžer. 2 izd. Zagreb: Croman i MEP Consult, 1995.
29. Stapleton P, Henderson A, Creddey DK, Cooke M, Patterson E, Alexander H, Haywood A, Dalton M. Boosting morale and improving performance in the nursing setting. *Journal of Nursing Management*. 2007; 15:811-816.
30. Sullivan JE, Decker JP. Effective leadership & management in nursing. New Jersey: Pearson education, inc., 2005.
31. Tudor G, Srića V. Menadžer i pobjednički tim. 3.izd. Zagreb: M.E.P.Consult, 2006.
32. Valentine PEB. A gender perspective on conflict management strategies on nurses. *Journal of nursing scholarship*. 2001; 33:69-74.
33. Vivar CG. Putting conflict management into practice: a nursing case study. *Journal of nursing management*. 2006; 14:201-206.
34. Yoder-Wise PS. Leading and managing in nursing. 4th ed. Texas: Mosby, 2007.

UPRAVLJANJE KVALITETOM U STACIONARNIM DJELOVIMA USTANOVA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU I REHABILITACIJU – STANDARDI STRUKTURE

Sažetak

Za obavljanje poslova iz područja zdravstvene njege u stacionarnim dijelovima ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju, koji su područje interesa ovog rada, potrebno je uspostaviti mrežu standarda najbolje prakse. Standardi potrebni za obavljanje najbolje prakse su: standardi strukture, standardi procesa i standardi ciljeva. U istraživačkom dijelu rada utvrđene su značajne razlike u postavljenim administrativnim standardima strukture u odnosu na stvarno obavljanje prakse prema navedenim standardima.

Ključne riječi: standardi najbolje prakse, standardi strukture

Uvod

S obzirom na produžetak životne dobi, a samim tim pojave i porasta kroničnih bolesti, osobe starije životne dobi u najvećem djelu vremena ostaju same, bez nadzora i bez pomoći. Rješenje jeste u otvaranju ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju bilo u javnom bilo u privatnom sektoru ali je pritom potrebno osigurati i ispuniti uvjete predviđene standardima najbolje stručne/zdravstvene prakse.

Istraživanje

Cilj rada: Cilj ovoga rada je bio utvrditi provodi li se proces upravljanja kvalitetom u ustanovama za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju kroz standarde strukture zdravstvene njege.

Metodologija: Napravljena je analiza zatečenog stanja u dva stacionara ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju (jedne privatne i jedne u državnom vlasništvu), pomoću ankete koja je sadržavala 3 grupe pitanja: stanje regulative sestrinske prakse u Hrvatskoj, modeli organizacije sestrinske službe i način izbora i zapošljavanje medicinskih sestara i ostalog osoblja. Nekoliko ustanova je odbilo sudjelovati u istraživanju.

Uzorak: 50 medicinskih sestara (5 VŠS/VSS, 45 SSS) – metoda slučajnog odabira (25 ispitanika–**P**-privatna ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju; **D**-25 ispitanika iz državne ustanove za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju)

Statistička obrada: Standardne statističke metode: distribucija frekvencije i deskriptivna statistika

Rezultati

Gotovo 50 % medicinskih sestara ne zna ili nije sigurno da postoji regulativa i legislativa sestrinske prakse kroz Zakon u sestrinstvu, prihvaćen od strane Hrvatskog sabora, 2003. godine, a koji je dužna provoditi Hrvatska komora medicinskih sestara.

Samo 48% medicinskih sestara zna da se dozvole za rad mogu dobiti ili produžiti na osnovu regulative iz usvojenog Zakona o sestrinstvu, dok više od 50 % misli da Hrvatska komora medicinskih sestara donosi odluku ili regulira to pitanje Pravilnikom.

Samo 38 % medicinskih sestara može u potpunosti navesti što sve spada u težu povredu radne dužnosti prema Zakonu o sestrinstvu. 58 % medicinskih sestara smatra da danas u Hrvatskoj nitko ne štiti njihove profesionalne interese.

U dijelu koji govori o organizaciji sestrinske službe uočeno je da je najčešći organizacijski model koji se primjenjuje u stacionarnom dijelu ustanova funkcionalni model. Zabrinjavajući podatak je da nema jasnih pravila u organizaciji rada. 58% sestara smatra da je njihov broj ispod svih mogućih standarda za bilo kakvo provođenje kvalitetne zdravstvene njege.

Zaključak

Standardi strukture zdravstvene njege u ustanovama za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju sa svrhom zadovoljavanja osnovnih životnih potreba štićenika zasnovanih na najboljoj sestrinskoj praksi, a koji su poznati u svijetu, u Hrvatskoj ne postoje. Sestrinska praksa je regulirana Zakonom o sestrinstvu koji je usvojio Hrvatski sabor, 2003., no vrlo teško se implementira u praksu. Način rada, organizacija zdravstvene njege, način zapošljavanja, se ne mogu uspoređivati s najboljim standardima sestrinske prakse u ovim uvjetima. Također, kategorizacija bolesnika se ne primjenjuje ni u jednoj zdravstvenoj ustanovi. Standardne operative procedure za izračun utroška rada kroz direktnu i indirektnu njegu ne postoje, a modeli organizacije zdravstvene njege ovise o minimalnom broju medicinskih sestara.

LITERATURA

1. Swansburg C. Russel. Introductory Management and Leadership for nurses: Jones Bartlett Publisher, Sudbury, 1998. (629-716)
2. Kirk R.: The Big Picture: Total Quality Management and Continuous Quality improvement, Journal of Nursing Administration, 1992. (24-31)
3. W.E. Deming: Out of the Crisis, Cambridge, Mass, MIT Press, 1986.
4. Comprehensive Accreditation Manual for Hospital, updated 1998., TX36
5. Patricia S. Yoder-Wise, Leading and Managing in Nursing, Mosby, St Louis, Missouri, USA, 2 000.
6. S. Petar, Tamna strana upravljanja ljudima, Mozaik knjiga, Zagreb, 2005.
7. Moss R., Rowles C., Staff nurse job satisfaction and management style, Nursing management, 29, 32-34, USA, 2 000.

*Kralj Željka
Spec. bolnica za med. rehab.
Krapinske Toplice*

OBRAZOVANJE MEDICINSKIH SESTARA

Sažetak

Medicinskim se sestrama svakodnevno dodaju novi zadaci, za koje nisu dovoljno obrazovane, smanjuje se broj osoblja, a povećava obim posla. Zahtjevi današnjeg društva i napretka medicine zahtijevaju napredak sestrinstva u smislu da medicinska sestra mora imati znanje i kompetencije za rad. Sigurnost bolesnika i kvaliteta sestrinske skrbi veća je što je veća razina obrazovanja medicinske sestre.

UVOD

Zaposlenih zdravstvenih radnika više i srednje stručne spreme na kraju 2000. godine bilo je 30.456 (30.06.2001. - 30.581), od kojih medicinske sestre i med. tehničari čine više od 70%. Pretpostavka kvalitetne zdravstvene zaštite je kvalitetno educirani zdravstveni kadar. Edukacija zdravstvenih radnika u Hrvatskoj provodi se u okviru srednjih i viših škola za medicinske sestre i zdravstvene tehničare raznih usmjerenja, te kroz postdiplomsko i trajno obrazovanje. Kvaliteta obrazovanja je regionalno neujednačena jer ovisi o kvaliteti i kapacitetima nastavnog kadra, kako u školama, tako i u bolnicama i klinikama. Nastavni programi u nekim segmentima nisu usklađeni s potrebama, tako da su svi profili zdravstvenih radnika prisiljeni na usavršavanje da bi mogli započeti s radom, a neki i na usmjeravanje (sestre u HMP, u ordinacijama opće/obiteljske medicine, sestre instrumentarke, anesteziološki tehničari, sestre i tehničari u intenzivnim jedinicama, zubni asistenti itd.).

TRENUTNO STANJE

Trenutni sustav školovanja medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj ima nekoliko razina obrazovanja. Srednjoškolsko obrazovanje traje 4 godine. Zatim postoji mogućnost daljnjeg obrazovanja medicinskih sestara na visokoškolskoj razini pri Zdravstvenom veleučilištu, te nakon tri godine dodiplomskog studija stjecanje naziva «prvostupnica sestrinstva» (Baccalaurea) koji sestra daje razinu obrazovanja za samostalno planiranje i provođenje zdravstvene njege. Nadalje slijedi mogućnost daljnjeg napredovanja u struci na diplomskom stručnom studiju (2 godine).

PROBLEMI

-Osnovni je problem našeg edukativnog sustava manjak praktične edukacije i nepoznavanje administrativnih i drugih specifičnosti radnih mjesta. Zbog toga u praksu stižu kadrovi opterećeni teorijom koju zbog nepoznavanja vještina ne uspijevaju primijeniti. Nedostaju nastavni oblici vezani uz neposredne medicinske probleme i intervencije, odnosno nastavni pristup tipa problemskog rješavanja.

-Medicinskim se sestrama svakodnevno dodaju novi zadaci, za koje nisu dovoljno obrazovane, smanjuje se broj osoblja, a povećava obim posla.

- Problemi nastaju čim napredak sestrinstva znači povećanje troškova u zdravstvenom sustavu.

RJEŠENJA PROBLEMA

EDUKACIJA:

Dodiplomski studij u Hrvatskoj pred zadatkom je vrlo zahtjevnog postupka kao što je unaprijediti obrazovanje medicinskih sestara kroz specijalizacije određenih profila viših medicinskih sestara te najkvalitetnijih visokoobrazovanih sestara za zapošljavanje na stručnim rukovodećim mjestima (Fakultet za medicinske sestre) i trajnu stručnu izobrazbu srednjega medicinskoga kadra. Moramo osigurati školovanje i usavršavanje

upravljačkih zdravstvenih kadrova. Strukovne komore trebaju preuzeti na sebe trajnu edukaciju kojom se osigurava licenca za rad, te u trajnu edukaciju uključiti sve vrhunske stručnjake određenog područja, trebaju provoditi kontinuiranu akreditaciju i kontrolu kvalitete rada zdravstvenih djelatnika. Isto tako, istraživački rad je bitan čimbenik razvoja i kvalitete zdravstvenih usluga i zdravstvenog sustava.

KOMPETENCIJE:

Budući da se Republika Hrvatska približava Europskoj uniji koja priznaje medicinsku sestru sa 3-godišnjim studijem sestrinstva, glavni nositelj sestrinske djelatnosti trebala bi biti prvostupnica sestrinstva, jer se njeno obrazovanje temelji na holističkom pristupu i primjeni procesa zdravstvene njege. Dokazano je smanjenje troškova u sustavu kada bolesnika zbrinjava visoko obrazovana sestra. Mortalitet bolesnika je manji što je veći stupanj obrazovanja med. sestre.

DOKUMENTACIJA:

Obavezno uvođenje sestrinske dokumentacije je jedini pravi put kojim se može stručno dokazati rad i kvaliteta sestrinske skrbi, te isto tako nam služiti kao baza za stručna sestrinska istraživanja.

ZAKLJUČAK

Zahtjevi današnjeg društva i napretka medicine zahtijevaju napredak sestrinstva u smislu da medicinska sestra mora imati znanje i kompetencije koje dobiva edukacijom. Što više obrazovanja ima to bolje i sigurnije provodi sestrinsku skrb. Veća razina obrazovanja približava sestru pacijentu i pruža mu sigurnost. Tada pojam medicinske sestre predstavlja sinonim za visokoobrazovanog profesionalca kojeg društvo vrednuje sukladno tom statusu. Diplomirane sestre moraju preuzeti ulogu nosioca promjena, utemeljenih na znanju i argumentiranom pregovaranju kako bi se idejni pravci razvoja sestrinstva pretvorili u našu realnost.

Obrazovana medicinska sestra ,kontinuirano praćenje razvoja tehnologije i pravovremeno usvajanje novih saznanja i postupaka biti će preduvjet dobre funkcije zdravstvenog sustava 21.stoljeća.

LITERATURA

1. Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M., Silber, J.H. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA 2003; 290:1617-1623.
2. Havelka, M. (2005) Uloga obrazovanja u profesionalizaciji sestrinstva. Opatija: Zbornik radova – Profesionalizacija sestrinstva u Hrvatskoj.
3. McCarthy, A. Evans, D.S. (2003) A study on the impact of continuing education for nurses and midwives who completed post registration courses. Western Health Bord.
4. Potter, P., Barr, N., McSweeney, M., Sledge, J. Identifying nurse staffing and patient outcome relationships: a guide for change in care delivery. Nurs Econ 2003; 21(4): 158-166.
5. Sullivan, J.E., Decker, J.P. (2005). Effective leadership and management in nursing. 6.izd. New Jersey: Pearson Education.
6. http://www.nursingworld.org/ojin/topic18/tpc18_3.htm Nelson, M.A. Education for professional nursing practice: looking backward into the future. Online Journal of Issues in Nursing: 2002; 7:3.
7. seminarski rad grupe 5., studij menađmenta (2007).Sustav školovanja medicinskih sestara

INDIVIDUALNI I PROFESIONALNI RAZVOJ SESTRINSTVA OD SOCIJALIZMA DO DEMOKRACIJE

Sažetak

Od osnutka prve Škole za sestre pomoćnice 1921. godine u Zagrebu, pa sve do početka trogodišnjeg studija za sestre 1999. godine na Zdravstvenom veleučilištu, školovanje sestara bilo je usmjereno na pomaganje, štovanje, vjernost i odanost liječniku. Sestra je bila, skoro bismo mogli reći, isključivo u službi i dio liječničkog tima. Otvaranjem Više škole za medicinske sestre 1953. godine, sestrinski rad, odgovornost i obaveze su se dosta povećale, dok je samostalnost u struci i dalje ostala ista. Tek dolaskom demokracije, pregovora za ulazak u EU, počelo se na sestrinstvo u Hrvatskoj gledati kao zasebnu profesiju koja je okrenuta čovjeku i njegovu zdravlju, bolesti i rehabilitaciji. Nakon završetka diplomskog studija na Zdravstvenom veleučilištu, sestrinstvo dobiva visoko obrazovanu medicinsku sestru koja je sposobna SAMOSTALNO provoditi edukaciju sestara, istraživanje u sestrinstvu, stalno evaluiranje rada i predlaganju promjene za što kvalitetniju zdravstvenu zaštitu svakog čovjeka.

Na globalizaciju, kao trend današnjeg zapadnog svijeta, mnogi gledaju kao gubitak nacionalnog identiteta. Sestrinstvo bi, pak, moglo imati koristi kao profesija koja bi jednakom brzinom i povezanošću, dostupnosti obrazovanja, sinergijom znanja, integralnim pristupom, dobilo priznanje u svijetu današnje medicine i zdravstva.

Biljana Kurtović, Maida Krdžalić
Studentice studija sestrinstva, Zdravstveno veleučilište u Zagrebu

PROBLEMI RAZVOJA SESTRINSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ S ASPEKTA STUDENTA ZDRAVSTVENOG VELEUČILIŠTA U ZAGREBU

Unapređenje zdravlja, prevencija bolesti i njega bolesnih i umirućih drevne su ljudske preokupacije. Većina ljudi kojima je potrebna takva podrška i nadalje će je nalaziti u svojim obiteljima, među prijateljima, u svojim zajednicama. U formalnom ustrojstvu, međutim, medicinske sestre imaju važnu ulogu u unapređenju zdravlja, prevenciji bolesti, njezi i rehabilitaciji.

Duboke promjene u zdravstvenoj zaštiti Europske Unije potiču pitanja ključna za medicinske sestre. Problem nije u tome trebaju li one mijenjati svoju praksu već kako je promijeniti i kakve će uloge imati u zadovoljavanju budućih zdravstvenih potreba. Milijuni medicinskih sestara suočavaju se s problemima koji proizlaze iz njihova niskog položaja i iz diskriminacije. One trebaju aktivnu podršku na svim razinama kako bi se označio njihov doprinos za sve.

Promjene ipak dolaze iznutra i medicinske sestre su u prvim redovima reforme. Svaka medicinska sestra si treba postaviti cilj stvaranja nove, moderne sestre koja će biti autonoman i vješt praktičar koji može raditi sam ili surađujući s drugim stručnjacima pri čemu njezina uloga neće biti služenje nekoj drugoj profesiji već obavješćavanje, podržavanje i briga za pacijente i zajednicu.

S aspekta studenta, utvrđeno u praktičnoj i tematskoj nastavi, na razvoj sestrinstva u Republici Hrvatskoj, ciljano u gradu Zagrebu, utječu stanoviti problemi.

Prvi problem je moć, ili točnije, njezino pomanjkanje. Ni u jednoj kliničkoj bolnici grada Zagreba sestre nemaju punu ulogu u stvaranju politike i donošenju odluka na svim razinama sustava zdravstvene zaštite. Konstantna je činjenica da se sestre moraju stalno boriti kako bi se čuo njihov glas. U većini bolnica sestre nisu na visokim položajima; u biti, osoba nadležna za sestrinstvo je često liječnik. Ministarstvo zdravstva ne može samo promijeniti probleme sestrinske prakse, no snažno je sestrinstvo na toj razini potrebno podjednako u simboličkom i političkom značenju, a nepristran je pokazatelj formalne moći koju sestre imaju, odnosno nemaju.

Spol određuje drugi problem. U svim razinama zdravstvene zaštite žene čine većinu u sestrinskoj radnoj snazi; muškarci rijetko čine više od 10%. Sestrinstvo je posvuda ženski posao i dijeli karakteristike drugih većinskih ženskih djelatnosti: niska plaća, niski status, nedostatak priznanja, loši uvjeti rada, slabi izgledi za napredovanje i nedovoljno obrazovanje. U našoj se kulturi, koja daje najveći položaj djelima i vrijednostima muškaraca, rad žena odbacuje ili čak ignorira. Zanimljiv podatak Ujedinjenih naroda je da žene čine polovicu svjetskog stanovništva, odrađuju skoro dvije trećine radnih sati, ostvaruju desetinu svjetskog dohotka i posjeduju manje od stotine svjetskog vlasništva.

Sestre trpe zbog spolne diskriminacije u osobnom kao i radnom životu. Većina je primorana raditi u smjenama, dolaze kući nakon napornog dana u bolnici, klinici ili zajednici i svoje takozvano slobodno vrijeme provode brinući o djeci, supružnicima, starijim ili nesposobnim članovima obitelji, što je osobito stresno.

Medikalizacija je treći problem. Liječnici su na pozicijama ministra zdravstva, državnih činovnika i visokih zdravstvenih menadžera. Na odjelu ili u zajednici sestre su često medicinske pomoćnice čija je zadaća obavljati medicinske naredbe; dio sestrinske zaštite u liječenju je nevidljiv i podcijenjen.

Postojeći sustav zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj ne uvažava značaj sestrinske uloge ali je katkada i same sestre podcjenjuju.

U oblikovanju sestrinskog ustroja potrebna je opsežna modernizacija sukladna ciljevima promjena i prikladna brzom društvenoj i političkoj promjeni. Trajan napredak u sestrinstvu nemoguć je ne bude li svaka bolnica, škola i tim primarne zdravstvene zaštite imao jasan vlastiti i provodljiv plan akcije. Takav plan treba biti temeljen na zamisli cilja i tek tada bi trebalo razraditi konkretne korake potrebne za ostvarenje te vizije pri čemu bi prijeko potrebna bila menadžerska znanja i vještine. Svaka medicinska sestra mora naučiti kako odrediti prioritete ili kako sigurno i aktivno raditi na ostvarenju svojih ciljeva, a ne čekati upute od drugih. Ključnim zadatkom smatra se izmjena iskustva i zamisli o razvoju sestrinske prakse. Velika je potreba za skupljanjem obavijesti o uspješnim praksama kako bi se otkrile najdjelotvornije sestrinske akcije, te za širenjem tih obavijesti, pa čak i najmanjih kojima sestre mogu konkretno dokazati svoj značajan doprinos zdravstvenoj skrbi.

Sestre i sestrinstvo su dio procesa društvenih promjena jer one nikoga ne zaobilaze. Bilo kao sudionici, promicatelji ili oni koji reagiraju na promjenu, sestre su u nju izravno uključene. Ako sestrinstvo prihvatimo kao dio šire društvene promjene, a od medicinskih sestara se očekuje da promijene svoj način rada i da zadovolje ciljeve promjena, onda one moraju istraživati načine kako to učiniti. Znanje i pristupi sestara uvelike će odrediti uspjeh ili poraz njihovih djela, učinke na njih kao skupinu ili pojedince, i konačno, rezultati će se ipak vidjeti na pacijentima, zajednici i stanovništvu.

Prihvatanje inovacija u sestrinstvu zahtijeva znanje, vještine, mogućnost sudjelovanja, spremnost na promjenu i kontrolu procesa promjene. Utvrđeno je da se neke sestre na mjestima glavne sestre odjela ili klinike odupiru promjenama jer ih shvaćaju kao kritiku prošlog načina rada ili se određeni pojedinci ili grupe boje posljedica.

Položaji na kojima se priličan broj medicinskih sestara nalazi veoma dobro omogućava da postanu pokretači promjena u svojoj struci. Dodatnim znanjem i vještinama postignutim na specijalističkim studijima koje će im omogućiti rukovođenje promjenama postat će još djelotvornije u toj ulozi. Dugotrajne, značajne promjene u stavovima i ponašanju postići će se cjelovitim planiranjem promjena kroz zajednički pristup te zajedničkim akcijama i programima. Sestre bi trebale znati kontrolirati promjene, naučiti ih planirati, raspoznati im nedostatke i znati kako ih izbjeći. Potrebno je dijeliti znanje i zajedničko iskustvo, ići u korak sa svojom profesijom, nastaviti svoju osobnu izgradnju i razviti samosvijest.

Velike promjene koje se danas odvijaju u zdravstvenoj zaštiti zemalja članica Europske Unije postavljaju stanovita ključna pitanja medicinskim sestrama Republike Hrvatske kao buduće članice EU. Pitanje nije moraju li one promijeniti svoju sestrinsku praksu već kako je promijeniti na kvalitetan način i koju će ulogu imati u zadovoljavanju zdravstvenih potreba budućnosti.

ULOGA SESTARA U RACIONALNOJ POTROŠNJI LIJEKOVA U KLINIČKOM OKRUŽENJU

Sažetak

Temelj za brzo i kvalitetno liječenje pacijenata čine postupci zdravstvene njege. Bez jasnih i pacijentu prilagođenih postupaka zdravstvene njege, provođenje medicinskih postupaka može biti otežano, ili čak onemogućeno. Polazeći od definicije zdravstvene njege koja govori da je njen zadatak pomoći čovjeku u obavljanju aktivnosti koje doprinose ozdravljenju, a koje bi on radio bez tuđe pomoći kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje, prilikom planiranja medikamentozne terapije te kasnijeg administriranja iste, naglasak je na znanju. Ako znanje sagledavamo iz perspektive pacijenata, možemo ga podijeliti na stručna znanja (teorijska i iskustvena) te na spoznaje o individualnim karakteristikama svakog pacijenta ponaosob.

Liječnici temelje liječenje, te propisivanje lijekova na stručnim znanjima, dok im nedostaju spoznaje o potrebama pacijenata koje su bitne za uspješnost liječenja. Uloga sestara se ogleda upravo u aktivnoj prilagodbi terapije prema individualnim potrebama pacijenata tijekom provođenja postupaka zdravstvene njege.

Ovim radom opisuju se postupci administriranja medikamentozne terapije kao sastavnog dijela zdravstvene njege te kritični čimbenici na koje treba pripaziti. Sagledava se postojeće stanje u kontekstu rastuće potrošnje lijekova, te se daje prijedlog generičkog procesa određivanja prikladne terapije sukladno zdravstvenim potrebama pacijenata s ciljem da se neučinkovitost planiranih terapija svede na najmanju moguću mjeru te se time postigne racionalizacija u potrošnji lijekova u kliničkom okružju.

Ključne riječi: sestrinstvo, potrošnja lijekova, postupci zdravstvene njege

UTJECAJ SESTRINSKE ETIKE/ETIKE SKRBI NA PROFESIONALNI RAZVOJ MEDICINSKIH SESTARA

Sažetak

U knjizi *Ženski načini spoznavanja*, Belenky i suradnice (1998.) spominju, danas vrlo učestalo, u skladu sa zapadnjačkom tradicijom dijeljenja ljudske prirode na dvije usporedne linije; atributi koji se tradicionalno povezuju s muškim cijene se, proučavaju i izrijekom uobličavaju, a oni koji se povezuju sa ženskim često se ignoriraju. Tako smo mnogo naučile o rastu prema samostalnosti i neovisnosti, o apstraktnom kritičkom mišljenju i o razvijanju etike prava i pravde, i to u žena i u muškaraca. Manje smo naučile o razvoju međuovisnosti, intime, uzajamnosti i kontekstualnom mišljenju. Razvojna teorija je ustoličila muško iskustvo i sposobnost na glavnu mjernu crtu prema kojoj se prosuđuje kvaliteta razvoja i muškaraca i žena, često na štetu žena ili s pogrešnom tumačenjem vrijednosti zapaženih u žena, što je imalo značajan utjecaj na profesionalni razvoj sestrinstva.⁽¹⁾

Koncept etike žena u potpunosti se razlikuje od onoga u muškaraca, što je odlično pokazala Carol Gilligan (1982.). Naznačila je obrise razvoja etike koja se strukturira oko pojmova odgovornosti i brige za druge. Takva se koncepcija etike izrazito razlikuje od etike koju su opisali Piaget (1965.) i Kohlberg (1981., 1984.), na temelju moralnih prosudbi u dječaka, mladića i muškaraca. Muškarci se u okviru moraliteta prava pozivaju na metaforu slijepe pravde i oslanjaju na apstraktne zakone i univerzalna načela, presuđujući u sporovima neosobno, nepristrano i pravično. Ljudi koji djeluju u okviru moraliteta odgovornosti i brige, prije svih, žene, odbacuju strategiju sljepoće i nepristranosti. Zalažu se za to da treba razumjeti kontekst svakog moralnog izbora, tvrde da se potrebe pojedinca ne mogu uvijek izvesti iz općih pravila i načela, te da o moralnom izboru valja razmišljati i induktivno.

Upravo je takva etika, dakle etika skrbi i brige, čista ženska etika utkana u temelje sestrinstva i zdravstvene njege. Nameće nam se zaključak da bez razvoja naše sestrinske etike morala i skrbi ne bi bilo sestrinstva u ovom obliku. Sestrinstvo u svojim korijenima sadrži temeljne odrednice ženskog načina spoznaje; holizam tjelesnog, umnog, emocionalnog i duhovnog. Iako žene/sestre često nisu svjesne tih svojih odrednica ipak su ih čvrsto sagradile i empirijski ih oživljavaju u svakodnevnom radu, a proces zdravstvene njege u koji su čvrsto implementirane ženske spoznaje, znanja, vizije i moral, neprestano se dalje izgrađuje u istom smjeru.

Kad govorimo o razvoju sestrinstva, evoluciji u postupcima zdravstvene njege, nameću nam se neka pitanja: Kako se ženski oblik spoznaje tako dugo zadržao u gotovo neizmjenjenom obliku, bez pretjeranih vanjskih utjecaja i dotoka muških oblika znanja, vrijednosti i objektivnosti?

Na pitanje nije jednostavno odgovoriti, jer može izazvati niz prijedora, ali upravo spomenuta etika skrbi i brige te koncept drugosti i koncept nevidljivoga, privatnog, intimnog, odigrali su ključni potez koji je sestrinstvo očuvao od neželjenih utjecaja morala pravde i prava, ali i od brojnih pozitivnih utjecaja zbog kojih je sestrinstvo stagniralo, ne samo na štetu korisnika zdravstvene njege, već prije svega na štetu sestara, kojima obrazovanje vrlo često nije bilo dostupno ili im je čak uskraćeno. A u kakvim uvjetima sestre rade počesto ne govore ni same jer im je neugodno priznati da su vrlo često potplaćene, te im zakonodavstvo, vrlo često ne ide u prilog iz niza razloga koji su u radu pojašnjeni, a koji imaju prečesto negativne reakcije na profesionalni razvoj sestrinstva.

1. Belenky M. F. i sur. Ženski načini spoznavanja: Razvoj sebstva, svojeg glasa i svojeg duha. Zagreb: Ženska infoteka; 1998.
2. Kašić B. Žensko građanstvo i spolni ugovor: Koncepti i opreke. Časopis za ženske studije: Patchwork 2005: 2(3-4):5-12
3. Noddings N. Etika brižnosti. Treća/ Časopis centra za ženske studije 2002:2 (4):8-26
4. Hooks B. Feminizam je za sve. Strastvena politika. Zagreb: Centar za ženske studije;2004.
5. Wendell S. Invalidnost i feministička etika. Treća/ Časopis centra za ženske studije 2002:2 (4):82-106.
6. Pateman C. Ženski nered. Zagreb: Ženska infoteka;1998.

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

Aroma vita d.o.o

Basler osiguranje d.d.

Beiersdorf d.o.o

Biofarm d.o.o

Prof. dr. sc. Bojan Biočina

Grand hotel «Adratic», Opatija

Grafex d.o.o

Hypo banka , Zagreb

Illa tours d.o.o

Kadulja A. M. d.o.o

Lada d.o.o

Media-Centar

Milsing d.o.o

Papirna konfekcija Branko Jagić - Sesvete

Uriho d.o.o

Zdravstvena ustanova za njegu i rehabilitaciju Zorica

Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući DOMNIUS

Vlasta Šiprak, bacc.ms

Servis za čišćenje Žagar

ORGANIZACIJSKI ODBOR

IZDAVAČ

*Zdravstveno veleučilište
Zagreb, 2008.*

UREDNIŠTVO

ORGANIZACIJSKI ODBOR

TISAK

Fotosoft d.o.o