

ZBORNIK RADOVA

www.zvu.hr/opatija

ZDRAVSTVENO VELEUČILIŠTE U ZAGREBU
ORGANIZIRA MEĐUNARODNU KONFERENCIJU



UPRAVLJANJE PROMJENAMA U SESTRINSTVU

GRAND HOTEL ADRIATIC OPATIJA
14. – 16.05.2009.

Zdravstveno veleučilište u Zagrebu organizira međunarodnu konferenciju

UPRAVLJANJE PROMJENAMA U SESTRINSTVU

14. – 16. svibanj 2009., Opatija, Hrvatska

14. – 16.svibanj 2009., Opatija, Hrvatska

14. – 16.svibanj 2009., Opatija, Hrvatska

ZBORNIK RADOVA

KONFERENCIJA „UPRAVLJANJE PROMJENAMA U SESTRINSTVU“

14. – 16. svibanj 2009., Opatija, Hrvatska

Izdavač: Zdravstveno veleučilište, Zagreb, Hrvatska

Urednici: Irena Benko, Vesna Turuk

Uredništvo: Ozren Digula, Ivica Kostrec, Sanja Ledinski,
Nenad Mojsović, Štefanija Ozimec Vulinec, Jadranka Pavić,
Ivica Pripeljaš, Ivan Ugarković, Mara Županić

Recenzija: Snježana Čukljek, prof., Jadranka Pavić, prof.

Grafička priprema: Ivica Kostrec

Tisak: URIHO d.o.o.

**CIP zapis dostupan u računalnom katalogu Nacionalne i sveučilišne
knjižnice u Zagrebu pod brojem 701720**

ISBN 978-953-6239-13-9

SADRŽAJ

Usklađivanje visokoškolskog sestrinskog obrazovanja s promjenama u sestrinstvu; <i>Snježana Čukljek</i>	1
Uvođenje promjena u sistematizaciji radnih mjesta medicinskih sestara; <i>Krešimir Rotim</i>	11
Upravljanje promjenama u zdravstvenoj ustanovi; <i>Ana Primorac, Eva Pavić, Željko Romić</i>	15
Neki problemi u ostvarivanju prava na pristup medicinskoj dokumentaciji; <i>Vitomir Boić i Nenad Mojsović</i>	23
Financijske informacije i interna revizija u funkciji upravljanja promjenama u zdravstvu; <i>Ivan Markotić i Davor Vašiček</i>	35
Promjenom do uspjeha; <i>Irena Benko</i>	51
Implementacija u zdravstvene ustanove sustava upravljanja kvalitetom; <i>Ivan Stepanić</i>	57
ISO sustav kontrole kvalitete u procesu zdravstvene njege – iskustva iz prakse; <i>Rosana Svetić - Čišić, Snježana Gaćina, Nada Hrdan</i>	59
Upravljanje promjenama pomoću sistema kontrole kvalitete; <i>Saša Kadivec</i>	67
Sustavi podrške; <i>Štefanija Ozimec Vulinec</i>	71
Stres kao posljedica promjena na radnom mjestu; <i>Jasminka Despot - Lučanin, Lada Perković, Zrinka Pukljak Iričanin</i>	77
Upravljanje vremenom u sestrinskoj praksi; <i>Sonja Kalauz i Biljana Kurtović</i>	83

Upravljanje karijerom; Vesna Turuk	87
Problemi u upravljanju ljudskim potencijalima u području zdravstvene njege u Hrvatskoj; <i>Sonja Kalauz i Jadranka Vetma</i>	97
Telemedicina u Republici Hrvatskoj - korisnost i izazovi; <i>Ivan Pejakić</i>	101
Upravljanje promjenama; Zdravka Ločar	107
Planiranje strategije prijelaza iz studentskog u profesionalni život; Biserka Sedić	111
Upravljanje projektima – primjer iz prakse; Mara Županić	115
Stilovi upravljanja u sestrinstvu; Jozefina Sesar	121

Slobodne teme – <i>izlaganje u trajanju od 10 min.</i>	
Strategije razvoja sestrinske prakse kroz promjene	125
Istraživački rad u sestrinstvu	155
Profesionalni razvoj	157

PROGRAM KONFERENCIJE

"UPRAVLJANJE PROMJENAMA U SESTRINSTVU"

SRIJEDA 13.05.

17,00 - 19,00 Registracija sudionika

ČETVRTAK 14.05.

07,30 - 09,30	Registracija sudionika
09,30 - 10,30	Uvodni dio, pozdravni govor
10,30 - 11,30	Koktel dobrodošlice
11,30 - 11,50	Usklađivanje visokoškolskog sestrinskog obrazovanja s promjenama u sestrinstvu; Snježana Čukljek
11,50 - 12,10	Uvođenje promjena u sistematizaciji radnih mjesta medicinskih sestara; Krešimir Rotim
12,10 - 12,30	Upravljanje promjenama u zdravstvenoj ustanovi; Ana Primorac, Eva Pavić, Željko Romić
12,30 - 12,50	Neki problemi u ostvarivanju prava na pristup medicinskoj dokumentaciji; Vitomir Boić i Nenad Mojsović
12,50 - 13,10	Financijske informacije i interna revizija u funkciji upravljanja promjenama u zdravstvu; Ivan Markotić i Davor Vašiček
13,10 - 13,30	Rasprava
13,30 - 15,00	Pauza za ručak
15,00 - 15,20	Promjenom do uspjeha; Irena Benko
15,20 - 15,40	Implementacija u zdravstvene ustanove sustava upravljanja kvalitetom; Ivan Stepanić
15,40 - 16,00	ISO sustav kontrole kvalitete u procesu zdravstvene njege – iskustva iz prakse; Rosana Svetić - Čišić, Snježana Gaćina, Nada Hrdan
16,00 - 16,20	Upravljanje promjenama pomoću sistema kontrole kvalitete; Saša Kadivec
16,20 - 16,40	Sustavi podrške; Štefanija Ozimec Vulinec

16,40 - 17,00	Pauza za kavu
17,00 - 17,20	Stres kao posljedica promjena na radnom mjestu; Jasminka Despot - Lučanin, Lada Perković, Zrinka Pukljak Iričanin
17,20 - 17,40	Upravljanje vremenom u sestrinskoj praksi; Sonja Kalauz i Biljana Kurtović
17,40 - 18,00	Upravljanje karijerom; Vesna Turuk
20,30	Svečana večera

PETAK 15.05.

09,30 - 09,50	Problemi u upravljanju ljudskim potencijalima u području zdravstvene njege u Hrvatskoj; Sonja Kalauz i Jadranka Vetma
09,50 - 10,10	Telemedicina u Republici Hrvatskoj - korisnost i izazovi; Ivan Pejakić
10,10 - 10,30	Upravljanje promjenama; Zdravka Lončar
10,30 - 10,50	Istraživanje i edukacija – pretpostavke uspješnih promjena; Damir Lučanin
10,50 - 11,30	Pauza za kavu
11,30 - 11,50	Planiranje strategije prijelaza iz studentskog u profesionalni život; Biserka Sedić
11,50 - 12,10	Upravljanje projektima – primjer iz prakse; Mara Županić
12,10 - 12,30	Stilovi upravljanja u sestrinstvu; Jozefina Sesar
12,30 - 13,00	Rasprava
13,00 - 14,30	Pauza za Ručak
14,30 - 17,00	Slobodne teme – izlaganje u trajanju od 10 min. Strategije razvoja sestrinske prakse kroz promjene Istraživački rad u sestrinstvu Profesionalni razvoj
17,00 - 17,30	Zatvaranje konferencije, podjela potvrdnica

SUBOTA 16.05.

IZLET

Poštovani,

Zadovoljstvo nam je izvijestiti Vas da Zdravstveno veleučilište organizira Konferenciju medicinskih sestara i tehničara u Opatiji s međunarodnim sudjelovanjem, pod nazivom „Upravljanje promjenama u sestrinstvu“. Konferencija će se održati u Grand hotelu „Adriatic“, od 14. – 16. svibnja 2009.godine.

Svake godine, a već devetu godinu za redom, nastojimo odabrati aktualne teme vezane uz sestrinstvo. Cilj nam je okupiti što veći broj medicinskih sestara i tehničara iz svih područja zdravstvenog sustava, koji će aktivno participirati svojim izlaganjima i iskustvom, kao i inih stručnjaka koji su relevantni u tom području.

U 21.stoljeću tempo života nemilosrdno je brz. Događaj, odluka, ili čak glasina, započeti na jednom kraju svijeta mogu gotovo trenutno utjecati diljem planeta, zahvaljujući brzini elektroničke pošte i satelitskoj komunikaciji.

Hrvatska i hrvatsko zdravstvo nalaze se pred ulaskom u Europsku uniju, što će od svih nas zahtijevati prilagodbu i promjene u svakodnevnom radu. Zahtjevi kvalitete, uvođenje sustava kvalitete, kontrole rada, informatizacije ... samo su neki od zahtjeva s kojima se već sada susrećemo. U komercijalnom svijetu, upravljanje financijama i ljudskim resursima određuje one koji će opstati i pokazati izvrsnost. Održavanje koraka s novim tehnologijama i saznanjima iziskuje kontinuirani napor i edukaciju, što znači da se neprestano treba nositi s promjenjivim situacijama.

Provođenje promjena zahtijeva povećani angažman svih zaposlenih, a mnogi od njih se boje da neće biti dorasli zahtjevima. No, promjena može biti i vrlo uzbudljivo iskustvo jer nam omogućuje da učinimo nešto što nikad prije nismo radili i da vidimo da možemo više nego što smo bili svjesni. Uspješno provedena promjena može biti izvor velikog zadovoljstva i ponosa.

Želja nam je ponuditi Vam dodatna znanja u procesu upravljanja promjenama prikazom na praktičnim primjerima i vlastitim iskustvima. Pozivamo i Vas da svojim sudjelovanjem doprinesete kvaliteti planirane Konferencije, te da zajedno naučimo poduzeti prve korake u upravljanju promjenama.

Predsjednica Stručnog odbora:
Irena Benko

Predsjednica Organizacijskog odbora:
Vesna Turuk

USKLAĐIVANJE VISOKOŠKOLSKOG SESTRINSKOG OBRAZOVANJA SA PROMJENAMA U SESTRINSTVU

Posljednjih desetak godina obilježeno je značajnim promjenama u sestrinstvu. Implementirano je trogodišnje visokoškolsko sestrinsko obrazovanje, značajno je povećan broj viših medicinskih sestara, usvojen je Zakon o sestrinstvu, osnovana je Hrvatska komora medicinskih sestra, uvedene su licence, propisano trajno usavršavanje, započelo je obrazovanje na specijalističkim diplomskim stručnim studijima... Prethodno navedeno dovelo je do prepoznavanja i uočavanja novih uloga medicinskih sestra koje moraju biti temeljene na primjerenom obrazovanju.

Osim promjena u sestrinstvu promjene u obrazovanju medicinskih sestra uvjetovane su i promjenama u sustavu zdravstvene zaštite te promjenama u sustavu obrazovanja.

Promjene u sustavu obrazovanja i usklađivanje sadržaja i razina obrazovanja

Promjene u sustavu obrazovanja obilježene su usklađivanjem sa preporukama Bolonjskog procesa.

Bolonjska deklaracija naglasila je potrebu za osnaživanjem intelektualne, društvene, znanstvene i tehnološke dimenzije društva, stvaranjem Europe znanja. Naglašava se potreba da obrazovanje u Europi bude usporedivo i prepoznatljivo. Pred zemlje potpisnice Bolonjske deklaracije predstavljaju se slijedeći ciljevi:

1. Prihvatanje sustava lako prepoznatljivih i usporedivih akademskih stupnjeva, te uvođenje dodatka diplomi
2. Prihvatanje sustava osnovanog na dva obrazovna ciklusa – preddiplomskog i diplomskog. Prvi stupanj treba trajati najmanje 3 godine, završetkom prvog stupnja obrazovanja osoba treba steći naobrazbu koja joj omogućuje zapošljavanje na europskom tržištu rada. Završetak prvog stupnja je preduvjet za upis na drugi stupanj obrazovanja.
3. Uvođenje usporedivog bodovnog sustava kao što je ECTS sustav (ECTS sustav je preduvjet studentske pokretljivosti)
4. Promicanje mobilnosti nastavnika i studenata, te istraživačkog i administrativnog osoblja
5. Promicanje europske suradnje u razvoju kvalitete, te usporedivih kriterija i metodologije za procjenu kvalitete
6. Promicanje europske dimenzije u razvoju nastavnih programa i međuinstitucionalne suradnje i integriranih programa

Davies (2008) Bolonjski proces naziva tihom revolucijom u visokoškolskom sestrinskom obrazovanju u Europi. Usklađivanje sa ciljevima Bolonjske deklaracije dovelo je do značajnih promjena i započinjanja ujednačavanja razina obrazovanja medicinskih sestara diljem Europe. Proces harmonizacije sestrinskog obrazovanja još uvijek traje.

Donošenje Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju 2003. olakšalo je primjenu ciljeva Bolonjske deklaracije. Zakon navodi da se obrazovanje na stručnim studijima izvodi kroz dvije do tri godine (120-180 ECTS bodova), završetkom studija u trajanju od najmanje od 180 ECTS bodova stječe se naziv prvostupnika struke. Po završetku preddiplomskog studija može se nastaviti studij na specijalističkom diplomskom stručnom studiju koji može trajati jednu do dvije godine.

Po donošenju Zakona pristupilo se daljnjem usklađivanju trogodišnjeg dodiplomskog sestrinskog obrazovanja, koje je započelo 1999., sa europskim preporukama, te izradi specijalističkih diplomskih stručnih studija.

Dodiplomsko obrazovanje medicinskih sestara zasniva se na preporukama Svjetske zdravstvene organizacije o obrazovanju medicinskih sestra i primalja te preporukama Europske unije sadržanim u Direktivama 77/452/EEC, 77/453/EEC, 2005/36EC. Svjetska zdravstvena organizacija 1999. godine donosi Europsku strategiju o obrazovanju medicinskih sestara i primalja. U njoj naglašava složenost promjena koje utječu na edukaciju medicinskih sestra, 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 (SZO; 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.

Osobine i 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 teorijsku 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).

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.

Sadržaje nastavnog programa na obadrije razine (dodiplomskoj i diplomskoj) potrebno je uskladiti sa demografskim osobitostima populacije i društvenim utjecajima, uz praćenje osobitosti razvoja sestrinske profesije.

Demografske promjene ukazuju na sve veći udio stare populacije, 34% ukupno liječenih u bolnicama u Hrvatskoj su pacijenti u dobi 65 godina i više. Prema publikaciji Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo „Bolnički pobol u Hrvatskoj 2007. godine“ vidljivo je da su najčešći razlozi za hospitalizaciju bolesti cirkulacijskog sustava i novotvorenine, slijede bolesti probavnog, dišnog i genitourinarnog sustava. Pacijenti su prosječno hospitalizirani 9, 85 dana, češće su hospitalizirane žene nego muškarci.

Prema podacima navedenim u Hrvatskom zdravstveno-statističkom ljetopisu iz 2007. vodeći uzrok smrti su cirkulacijske bolesti (50,62%), slijede novotvorenine (24,54%). Tri četvrtine uzroka smrti je iz ove dvije skupine, a preostale smrti odnose se na ozljede i trovanja(5,64%), bolesti dišnog (5,03%) i probavnog (4,5%) sustava, te druge manje zastupljene uzroke....

Uzimajući u obzir navedene podatke (stara populacija, najčešći uzroci obolijevanja i smrti) potrebno je usklađivati nastavne sadržaje. Programi zdravstvene zaštite usmjereni su promociji zdravlja, prevenciji bolesti i oštećenja te radu zajednici. Nositelji navedenih programa uz ostale su medicinske sestre. Složenost zdravstvene skrbi i zdravstvene njege, kompleksnost i inovacije u liječenju zahtijevaju od medicinske sestre posjedovanje znanja, usvojenost vještina sestrinske prakse, sposobnost donošenja kritičkih kliničkih odluka, sposobnost organiziranja skrbi te vještine rukovođenja.

Očekivanja pacijenata od medicinskih sestara rastu i medicinske sestre moraju biti sposobne primjereno odgovoriti na sve veća znanja i zahtjeve pacijenata. Sestrinska skrb sve više se usmjerava na kvalitetu života, a ne isključivo na količinu pružene sestrinske skrbi. Etička pitanja u sestrinskoj praksi danas se postavljaju više nego ikada prije. Sestrinska praksa razvija se kroz sestrinska istraživanja (praksa temeljena na dokazima).

Pružanje kvalitetne i sigurne zdravstvene njege, usklađene sa navedenim zahtjevima danas se ostvaruje kroz edukaciju medicinskih sestara, uz dodiplomsko obrazovanje, i na naprednim razinama – specijalističkim diplomskim stručnim studijima. Trenutno se izvodi nastava na specijalističkim diplomskim stručnim studijima Menadžment u sestrinstvu i Javno zdravstvo. Izrađeni su i upućeni na dobivanje dopusnice za izvođenje studiji: Zdravstvena njega u jedinici intenzivnog liječenja, Psihijatrijsko sestrinstvo i Kliničko sestrinstvo.

Promjene u nastavnim planovima i promjene u sestrinstvu

Novi nastavni programi usklađeni sa preporukama Bolonjskog procesa temelje se na opterećenju studenta, a ne nastavnika, naglasak stavljaju na rezultate učenja, a ne isključivo sadržaje podučavanja. Primjenjuju se metode podučavanja sa studentom u središtu nastavnog procesa i studenti se pripremaju za cjeloživotno učenje, zapošljavanje i samozapošljavanje.

Opterećenje studenta

Do sada je rad studenata iskazivan kroz satnicu predavanja, seminara i vježbi. Samostalno učenje studenta, priprema za predavanja, seminare, vježbe, priprema za ispite često je ostala neprepoznata. ECTS bodovi - iskazuju rad ukupan rad studenata. Sukladno odredbama Zakona semestar se boduje sa 30 bodova, jedna akademska godina 60 ECTS bodova, trogodišnji studij 180 ECTS bodova, specijalistički studij sa 120 ECTS bodova.

Rezultati učenja - kompetencije

U novim programima usmjerenost se sa obrazovnih sadržaja preusmjerava na kompetencije. Kompetencije predstavljaju dinamičku kombinaciju kognitivnih i metakognitivnih vještina, znanja i razumijevanja, međuljudskih i praktičnih vještina te etičkih vrijednosti. Razvijaju se u svim programskim jedinicama i utvrđuju za svaku razinu obrazovanja (Tuning pojmovnik 2007).

Ishodi učenja su tvrdnje (napisane od strane edukatora) o tome što se od studenta očekuje da zna, razumije i/ili da je sposoban pokazati (demonstrirati) nakon završetka procesa učenja. Ishodi učenja trebaju biti praćeni prikladnim kriterijima vrednovanja prema kojima se može utvrditi jesu li ostvareni. Ishodi učenja omogućuju mjerljivost i vidljivost kompetencija (postizanjem ishoda učenja stječu se kompetencije).

Pri izradi nastavnog programa definiraju se opći ishodi učenja (u skladu sa akademskom razinom -usvajanje kritičkog razmišljanja, usvajanje sposobnosti za timski rad, znanstveni projekt) i specifični rezultati učenja (vezani uz određeno područje zdravstvene njege).

Prema ishodima učenja studenti spoznaju što se od njih očekuje, može se graduirati razina očekivanja, pripremaju se metode podučavanja, ali i metode praćenja napretka studenata i ocjenjivanje učinka. Ocjenjivanje mora biti u direktnoj vezi sa ishodima učenja, treba biti pouzdano, transparentno i pravično. U autentičnim realnim situacijama kada se radi o usvajanju praktičnih vještina.

U europskoj sestrinskoj javnosti odvija se niz rasprava vezanih uz definiranje pojma kompetencije (upravo zbog složenosti poslova koje medicinske sestre obavljaju) i definiranje osnovnih kompetencija koje je

potrebno usvojiti tijekom edukacije, te kompetencija koje se stječu naknadno.

Uz definiranje ključnih kompetencija potrebno je definirati i alate potrebne za mjerenje i procjenu kompetencija. Značaj kliničkih edukatora (asistenata) pri usvajanju kompetencija sve više dolazi do izražaja. Upravo su klinički asistenti osobe koje procjenjuju usvojenost tehničkih i interpersonalnih vještina kod studenata sestrinstva. Usvojenost vještina evidentira se u Knjižice trajnog praćenja napredovanja studenta koje pružaju uvid u usvojenost vještina i mogu poslužiti kao dodatak svjedodžbi/diplomi uz diploma supplement.

Pri određivanju ključnih kompetencija potrebno je uzeti u obzir mišljenje svih ključnih sudionika u obrazovnom i radnom procesu – edukatora, završenih studenata, poslodavaca, pacijenata/klijenata. Prema procjeni pacijenata (Coleman, 2006) interpersonalne kompetencije najznačajniji su indikator kvalitete u zdravstvenoj njezi.

Metode podučavanja

Suvremene metode poučavanja podrazumijevaju stavljanje studenta u centar zbivanja. To znači više samostalnog rada studenta, više kritičkog i stvaralačkog mišljenja, rješavanje problema, više vođenja u smjeru upotrebe znanja u novim situacijama, manje klasičnog podučavanja. Preporuča se seminarska nastava, pisani radovi, vlastite analize i istraživanja u odnosu na nastavu „ex katedra“. Pristup nastavnika studentu mijenja se i trebao bi biti osobniji.

Metode podučavanja potrebno je prilagoditi osobinama novih generacija koje su informatički obrazovane i usmjerene na traženje podataka i učenje putem interneta. No s obzirom na specifičnost sestrinske profesije ne može se zanemariti direktan praktični rad sa pacijentima u realnim kliničkim situacijama. Učenje mora biti aktivno i dinamično.

Priprema studenta za cjeloživotno učenje, zapošljavanje i samozapošljavanje

Na sestrinsku praksu između ostalog utječu brze socijalne promjene i njihov utjecaj na reforme zdravstva što zahtjeva promjenu sestrinskih uloga i razvoj kompetencija. Diplomanti bi trebali usvojiti jaku i široku intelektualnu osnovu koja će im omogućiti potrebnu fleksibilnost i prilagodljivost (Spitzer, Perrenoud 2006). Biti kompetentni profesionalac je proces koji zahtjeva cjeloživotno učenje (Spitzer, Perrenoud 2006). Procesi globalizacije postavljaju potrebu da zaposlene medicinske sestre posjeduju sposobnost obnove, širenja i promjene baze znanja.

Cjeloživotno učenje podrazumijeva sve vrste učenja tijekom odrasle dobi s ciljem unaprjeđenja znanja, vještina i kompetencija u okviru osobnog, građanskog, društvenog ili profesionalnog djelovanja pojedinca (EU Lisbon Council 2000).

Vrste cjeloživotnog obrazovanja (EU Lisabon Council 2000):

- formalno obrazovanje, koje se odvija u različitim obrazovnim institucijama i putem kojeg se stječu priznate diplome i kvalifikacije (trajni profesionalni i osobni razvoj)
- neformalno profesionalno (učenje u okviru profesionalnih aktivnosti), odvija se neovisno od službenog obrazovnog sustava. Može biti organizirano na radnom mjestu i kroz aktivnosti različitih društava ili udruženja.
- informalno izvan profesije (učenje vezano uz razne životne aktivnosti).

Nastavni proces ne može biti samo sebi svrha već treba osposobiti osobu za cjeloživotno učenje pri čemu je potrebno kod studenata razvijati ključne kompetencije za cjeloživotno učenje.

Ključne kompetencije za cjeloživotno učenje su (EU Lisabon Council 2000):

Komunikacija na materinjem jeziku

- Komunikacija na stranom jeziku
- Kompetencija u matematici, prirodnim znanostima i tehnici
- Informatička kompetencija
- Umijeće organiziranja i uređivanja vlastitog učenja (znati kako učiti)
- Međuljudska, društvena i građanska kompetencija
- Poduzetništvo
- Kulturološko izražavanje (glazba, mediji, tjelesna kultura i očuvanje zdravlja, književnost, umjetnost)

Promjene koje su se dogodile u visokoškolskom sestrinskom obrazovanju posljednjih godina

Uvođenjem novog nastavnog programa dodiplomskog studija sestrinstva 2005. nastavilo se sa usklađivanjem sa međunarodnim preporukama o obrazovanju.

U nastavne sadržaje kao obavezni sadržaji uvode se bioetika i filozofija zdravstvene njege, zdravstveno i socijalno zakonodavstvo, sociologija, zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika, zdravstvena njega osoba s posebnim potrebama koja je usmjerena na osobitosti zdravstvene njege osoba sa tjelesnom invalidnošću, oštećenjima vida, sluha i smanjenim intelektualnim funkcioniranjem. Neprestano, iz godine u godinu, osuvremenjuju se izvedbeni nastavni planovi iz područja zdravstvene njege sukladno napretku u sestrinskim i medicinskim znanostima. Posebna pozornost pridaje se sadržajima unaprijeđenja zdravlja, komunikacije sa pacijentima/korisnicima, istraživanjima u sestrinstvu te organiziranju sestrinske skrbi.

Pokreću se specijalistički studiji sukladno potrebama sestrinske prakse – menadžment u sestrinstvu, javno zdravstvo, psihijatrijsko sestrinstvo, zdravstvena njega u jedinici intenzivnog liječenja, kliničko sestrinstvo. Izrađuju se nastavni programi operacijskog sestrinstva i primaljstva.

Mijenjaju se metode podučavanja koje zahtijevaju više aktivnog rada studenata, razvoj kritičkog mišljenja i pripremu za cjeloživotno učenje.

Što nam predstoji?

Iako je sestrinstvo u Republici Hrvatskoj značajno napredovalo posljednjih desetak godina predstoji nam još mnogo zadataka i promjena. Predstoji izrada standarda sestrinske prakse, usklađivanje popisa ključnih i dodatnih kompetencija. Razvoj naprednih razina obrazovanja. Pokretanje specijalističkih studija iz područja koja sada nisu pokrivena (zdravstvena njega u pedijatriji ...). Implementacija provedenih i predstojećih promjena. Daljnje povećanje broja visokoškolsko obrazovanih medicinskih sestara, prepoznavanje i uvažavanje njihovih uloga.

Zaključak

Na suvremeno visokoškolsko obrazovanje značajno utječe brz društveni razvoj, tehnologizacija društva, informatizacija, promijenjeni radni procesi. Osim navedenog na obrazovanje medicinskih sestara utječu i reforma zdravstva, demografske promjene – starenje populacije, promjene u pobolu populacije, veća razina znanja pacijenata i veća očekivanja pacijenta od zdravstvenog osoblja. Zdravstvena njega postaje složenija, i usmjerava se na kvalitetu života pacijenata. Na promjene utječe i napredak u sestrinskim i medicinskim znanostima, te uvođenje prakse utemeljene na dokazima. Kako bi studenti koji završavaju studije bili osposobljeni za rad u ovakvim uvjetima obrazovanje mora pratiti i predvoditi promjene.

Literatura:

1. Betlehem J., Kukla A., Deutsch K., Marton-Simora J. , Nagy G. The changing face of European healthcare education: The Hungarian experience. *Nurse education today* (2009) 29, 240-245.
2. Bolonjska deklaracija u: Prvi koraci u Bolonjskom procesu (urednik Polić Bobić M). Sveučilište u Zagrebu 2005.
3. Calman, L. Patients' views of nurses' competence *Nurse Educ. Today* (2006) 26, 719-725.
4. Council directive 77/452/EEC. <http://eur-lex.europa.eu>
5. Council directive 77/453/EEC. <http://eur-lex.europa.eu>
6. Cowan, D.T, Norman, I. Coopamah, V.P. Competence in nursing practice: A controversial concept – A focused review of literature *Nurse Educ. Today* (2005), 25, 355-362.
7. Davies, R. The Bologna process the quiet revolution in ... *Nurse Educ. Today* (2008), doi:10.1016/j.nedt.2008.05.008.
8. Directive 2005/36/EC of the European Parliament. <http://eur-lex.europa.eu>
9. Europska komisija (2000). Memorandum o cjeloživotnom učenju. Radni materijal komisije SEC (2000) 1832, Brussels. https://www.ffri.hr/index.php?option=com_classes&Itemid=40&task=displayclass&id=2107
10. Hall, W.A. Whither nursing education? Possibilities, panaceas, and problems. *Nurse Educ. Today* (2009), 29, 268-275.
11. Havelka, M. Bolonjski proces i stručni studiji, konačni izlaz iz slijepih ulica viših stručnih sprema u: Prvi koraci u Bolonjskom procesu (urednik Polić Bobić M). Sveučilište u Zagrebu 2005.
12. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Bolnički pobol u Hrvatskoj 2007. godine. <Http://www.hzjz.hr/publikacije.htm>

13. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2007. godinu. [Http://www.hzjz.hr/publikacije/hzs_ljetopis/uvod.htm](http://www.hzjz.hr/publikacije/hzs_ljetopis/uvod.htm)
14. Lončarić Jelačić N. Europski okvir ključnih kompetencija za cjeloživotno učenje. 2007. www.azoo.hr/admin/fckeditor/File/Kljucne%20kompetencije%20za%20cjelozivotno%20ucenje
15. Nastavni plan i program dodiplomskog stručnog studija sestrinstva. Zdravstveno veleučilište Zagreb 2007.
16. Polić, Bobić, M. Bolonjski proces i hrvatsko visoko školstvo u: Prvi koraci u Bolonjskom procesu (urednik Polić Bobić M). Sveučilište u Zagrebu 2005.
17. Socrates- Tempus. Tuning educational Structures in Europe – Subject area brochure nursing. 2007.
18. Spitzer A, Perrenoud, B. Reforms in nursing education across Western Europe: from agenda to practice. *Journal of professional nursing* 22. 150-161.
19. Spitzer A, Perrenoud, B. Reforms in nursing education across Western Europe: implementation processes and current status. *Journal of professional nursing* 22. 162-171.
20. Uvod u usklađivanje obrazovnih struktura u Europi http://tuning.unideusto.org/tuningeu/images/stories/template/General_brochure_Croatian_version_FINAL.pdf
21. Vizek Vidović V. Kompetencije kao ishodi učenja i trajno obrazovanje, 2008. www.nsk.hr/cuk/dokumenti/Presentation NSK 1808%20VVV.ppt
22. WHO. Munich declaration: Nurses and midwives: a force for health, 2000. <http://www.euro.who.int>
23. WHO. Nurses and midwives for Health, A WHO European Strategy for nursing and midwifery education Copenhagen 1999.
24. Zabaleugi, A., Cabrera E. New nursing education structure in Spain. *Nurse Educ. Today* (2008),doi:10.1016/j.nedt. 2008.11.008.
25. Zakon o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju. NN 123/03, 2003.

UVOĐENJE PROMJENA U SUSTAVATIZACIJI RADNIH MJESTA MEDICINSKIH SESTARA

Sestrinstvo kakvo poznajemo danas, kao profesija se počelo razvijati tek u 20. stoljeću. Povijesno gledajući, skrb za bolesne i nemoćne traje duže nego faza današnjeg sestrinstva o kojem govorimo. Već su u 1. stoljeću žene u Rimskom carstvu skrbile za bolesne i nemoćne. Zanimljiv je podatak da su one bile često iz viših društvenih krugova. U kasnijim stoljećima, osnutkom niza redovničkih zajednica razvija se snažan karitativan čovjekoljuban duh prema bolesnima, nemoćnima i napuštenima.

Tijekom niza godina razvoj medicinske znanosti kao i razvoj medicinske tehnologije postavlja sve više zahtjeve pred sestrinsku struku. Stoga su kriteriji za procjenu kvalitete zdravstvene njege koja se provodi kroz 24 sata u svakoj zdravstvenoj ustanovi također sve viši i zahtijevaju vehunski educirane pa i specijalizirane medicinske sestre. Stoga se sestrinska profesija danas temelji na obrazovanju na više razina. Kvaliteta zdravstvene njege je uvjetovana kako pravilima sestrinske struke, tako i nizom pozitivnih propisa (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o sestrinstvu, Zakon o zaštiti prava pacijenata, itd.). Zdravstvena ustanova kao poslodavac zato mora planirati kadrove u sestrinstvu držeći se novopostavljenih standarda. Struktura, razina obrazovanja ali i broj izvršitelja na pojedinom radnom mjestu ovisi o sustavatizaciji radnih mjesta ustanove. Sustavatizacija određuje specifikaciju radnih mjesta (opis radnih zadataka, odgovornosti, potrebnu stručnu spremu i kompetencije te radno iskustvo). Ona je također i temelj za daljne razvojne aktivnosti, kao što su procjena radnog učinka, sustav razvoja i usavršavanja.

Razvojem novih metoda liječenja, medicinskih tehnika i tehnologija te postupaka u kojima sudjeluju medicinske sestre postavljaju se vrlo visoki tehnološki standardi koje je potrebno pratiti dobrom strategijom odgoja i obrazovanja zdravstvenih djelatnika. Sve više dolazi do izražaja potreba za medicinskim sestrama koje osim elementarnih znanja i vještina iz područja zdravstvene njege posjeduju i znanja iz područja upravljanja ljudskim resursima, komunikacijskih vještina, upravljanja rizicima, znaju o procesu i načinu donošenja odluka i tome slično. Pridruživanjem Republike Hrvatske Europskoj uniji nastavni programi obrazovanja medicinskih sestara moraju biti usklađeni sa direktivama o minimalnim standardima obrazovanja koje definiraju sadržaj obrazovanja.

Potpisivanjem Bolonjske deklaracije medicinske sestre dobile su mogućnost obrazovanja na razini dodiplomskog i diplomskog studija. Završetkom studija medicinske sestre biti će educirane i ovlaštene za obavljanje visokosloženih i odgovornih funkcija.

Europska unija pred sestrinstvo stavlja određene zahtjeve, osim već navedenog prilagođavanja obrazovanja potrebno je dostići određeni udio visokoobrazovanih sestara u sustavu zdravstvene njege. Udio visokoobrazovanih sestara u EU iznosi 50:50 dok je kod nas udio visokoobrazovanih sestara jedva nešto viši od 10%. Također je potrebno naglasiti da je omjer medicinskih sestara u odnosu na broj liječnika u EU 4:1 dok je kod nas 2:1.

Iz sveg navedenog vidljivo je da su potrebe za promjenama u sustavizaciji radnih mjesta u dijelu koji se odnosi na medicinske sestre prijeko potrebne kako bi medicinske sestre kao profesionalci bile prisutne na svim razinama pruženja zdravstvene njege.

Zakon o sestrinstvu (2003.g.), Djelokrug rada i područje odgovornosti medicinskih sestara vezano za razinu stečenog stupnja obrazovanja (2005.g.), Kategorizacija bolesnika ovisno potrebama za zdravstvenom njegom kroz 24 sata (2006.g.) te Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko tehničke opreme za obavljanje medicinske djelatnosti (2004.g.) trebaju biti osnova za izradu sustavizacije radnih mjesta medicinskih sestara.

Djelokrug rada predstavlja smjernice za planiranje kadrova, planiranje dodatnog školovanja s ciljem poboljšanja strukture zaposlenih medicinskih sestara koji se temelji na kompetencijama uvjetovanim određenim stupnjem obrazovanja. Kompetencije podrazumijevaju usvojenost znanja, vještina i stavova koje omogućavaju samostalnost u radu. Djelokrugom je obuhvaćen rad medicinskih sestara s višim stupnjem obrazovanja iz područja bolničke skrbi i iz područja primarne zdravstvene zaštite, a isto tako i medicinskih sestara sa nižim stupnjem obrazovanja iz istih područja. Medicinske sestre sa nižim stupnjem obrazovanja odgovorne su za provođenje postupaka planirane zdravstvene njege, primjenjuje oralnu, lokalnu, intrakutanu, subkutanu i intramuskularnu terapiju prema pisanoj uputi liječnika, dok su medicinska sestra sa višim stupnjem obrazovanja odgovorna je za planiranje zdravstvene njege, organizaciju i provođenje zdravstvene njege, edukaciju bolesnika i njegove obitelji, edukaciju članova tima kojim rukovodi, primjenu parenteralne, peroralne i lokalne terapije prema pisanoj uputi liječnika. Stoga je kroz opis posla za pojedino radno mjesto u sustavizaciji potrebno definirati kompetencije različitih profila medicinskih sestara koje prema sadašnjem sustavu obrazovanja. To će u budućnosti olakšati rad svih članova tima koji sudjeluju u zbrinjavanju

bolesnika. Pridržavanjem smjernica iz Djelokruga rada štite se pojedinci i poslodavac od mogućih pogrešaka u radu.

Kategorizacijom koju je izradila radna grupa Hrvatske komore medicinskih sestara naglasak se stavlja na progresivnu njegu bolesnika koja podrazumijeva maksimalno prilagođavanje zdravstvene njege potrebama bolesnika odnosno patofiziološkim promjenama u organizmu. Bolesnici se raspodjeljuju u četiri kategorije ovisno o potrebnoj pomoći pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba i potrebnim dijagnostičkim i terapijskim postupcima koje je potrebno provesti kod bolesnika. Težina stanja bolesnika utvrđena kategorizacijom ukazuje kolike su potrebne za zdravstvenom njegom te koliki je broj medicinskih sestara potreban za zbrinjavanje bolesnika.

Činjenica da su medicinske sestre najbrojniji profesionalci koji sudjeluju u sustavu zdravstvene zaštite (više od 50%), da su spona između liječnika i bolesnika, da uz bolesnika provode 24 sata, te da o stupnju njihovog obrazovanja, kvaliteti rada i stručnosti, ovisi kvaliteta zdravstvene njege, zadovoljstvo tima te zadovoljstvo bolesnika, ukazuje na to koliko je važno kroz adekvatnu sustavizaciju radnih mjesta ispravno rasporediti sestre s određenim kvalifikacijama i pravilno vrednovati njihov rad, ne samo u smislu plaća koje su vezane uz propise o plaćama u javnim službama nego osobito u smislu vrednovanja stečenih znanja kroz hijerarhijsku ljestvicu postavljenu sustavizacijom.

Ipak, valja svakako naglasiti da Kategorizacija bolesnika i Djelokrug rada medicinskih sestara predstavljaju pravila struke i na neki način preporuku Komore medicinskih sestara, pa prilikom izrade sustavizacije svakako, uz gore izneseno, treba voditi računa o postojećim normativima koji su u primjeni, ali i o realnim mogućnostima, osobito financijskim, pojedinim zdravstvenim ustanovama.

S obzirom na sve iznesene promjene kojima je temelj postavljen donošenjem Zakona o sestrinstvu, potrebno je uskladiti sustavizaciju radnih mjesta u zdravstvenim ustanovama, što će zasigurno biti zahtjevan zadatak, ali i izazov za multidisciplinarne timove sastavljene od medicinskih sestara, liječnika, pravnika i ekonomista.

Literatura:

1. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljane zdravstvene djelatnosti; NN90/07, 2004
2. Zakon o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju; NN 123/03, 2003
3. Zakon o radu (pročišćeni tekst); NN 137/10, 2004
4. Zakon o sestrinstvu; NN121/7, 2003
5. Fučkar, G. (ur), Odabrana poglavlja paketa LEMON, Zagreb;HUSE,1998
6. Direktive 2005/36/EC of European Parliament
<http://eurlex.europa.eu>
7. Nastavni plan i program dodiplomskog studija sestrinstva
Zdravstveno veleučilište,Zagreb , 2007

UPRAVLJANJE SUSTAVOM PREHRANE U BOLNICAMA

UVOD

Za razliku od ostalih ustanova koje građanima pružaju zdravstvenu uslugu, bolnice se razlikuju po tome što osiguravaju cjelodnevni, često i dugotrajni smještaj. Tu dakako ubrajamo i prehranu što je u bolničkim uvjetima osobito složen proces. Prehrana ne samo da se razlikuje od odjela do odjela, već i unutar istog odjela prehrana pojedinog pacijenta ovisi o specifičnostima njegova zdravstvenog stanja i tijeka liječenja. Specifičnost njene pripreme i provedbe razlikuje ju od svih drugih vrsta prehrane i uvjetuje strogu kontrolu i nadzor.

PREHRANA U BOLNICAMA

Karakteristika dijetalne prehrane u bolnicama je da ona može biti standardna i specijalna, a upravo specijalne dijetе većeg broja bolesnika zahtijevaju pripremu velikog broja različitih jela. Hrana namijenjena za prehranu bolesnika je izuzetno osjetljiv proizvod. Kvaliteta sirovina mora biti izuzetna, kontrola sastava namirnice, čuvanja i tehnologije veoma rigorozna, a higijenski uvjeti također iznad prosječni. Nadalje, trend i sve smjernice za pravilnu prehranu usmjerene su na raznovrsnost i balansiranoost obroka koje se mora poštovati u bolničkim ustanovama. Pacijent mora dobiti primjerenu prehranu ovisno o bolesti, ali i uputu i preporuku za poboljšanjem i promjenom do tada krivog načina prehrane. Sve to, dakako, proces prehrane u bolnicama čini vrlo zahtjevnim poslom počevši od samog procesa narudžbe i nabave hrane, komunikacije o potrebama pacijenata na odjelima, organizacije pripreme različitih obroka primjerene različitim dijetama, transporta na odjele do konačnog materijalnog i financijskog obračuna troškova. Sustavno treba voditi računa o stalnom pomanjkanju financijskih sredstava, neprekidno tražeći način ekonomičnijeg poslovanja, a da istodobno pacijenti ne budu zakinuti. Pacijentu treba pružiti dovoljno kvalitetnu hranu koja neće obezvrijediti sam postupak liječenja. Upravo zato uvedeni su strogi sustavi kao alati za kontrolu opasnosti u poslovanju s hranom poput HACCP-a.

ŠTO JE HACCP?

HACCP je sustav samokontrole procesa koji kroz analizu opasnosti utvrđuje, kontrolira i vrednuje kritične kontrolne točke (KKT) bitne za zdravstvenu ispravnost proizvoda. Razvijen je kao dio sustava

upravljanja zdravstvenom ispravnošću namirnica, s ciljem prevencije rizika i sprečavanja širenja bolesti koje se prenose hranom.

H **Hazard** (opasnost)

A **Analysis** (analiza)

C **Critical** (kritična)

C **Control** (kontrolna)

P **Point** (točka)

POVIJEST HACCP-A I ZAKONSKE NORME

Početak HACCP sustava seže u 1959. godinu kada se počela razvijati hrana za svemirski program koju bi koristili astronauti. Trebalo je osmisлити i razraditi programe kako bi se osigurala gotovo 100%-tna zdravstveno ispravna hrana. Koncept HACCP sustava unaprijeđen je 1971. godine kada je prikazan s kratkim sadržajem na prvoj nacionalnoj konferenciji o zaštiti hrane i SAD-u. Detaljni sustav kontrole objavljen je 1974. godine. NASA je zahtijevala da se čuvaju bilješke koje su omogućavale sljedivost sirovina, tvornica u kojima je hrana proizvedena s imena ljudi uključenim u proizvodnju i bilo kakve druge informacije kako bi se mogla napraviti analiza rizika. Pod analizom rizika podrazumijeva se: sustavatsko proučavanje sastojaka, uvjeta proizvodnje, rukovanja, skladištenja, pakiranja, distribucije i korištenje hrane.

Opća načela higijene hrane kao i analiza opasnosti i kritičnih kontrolnih točaka definirana su međunarodnim zahtjevima poznatim kao Codex Alimentarius. Codex Alimentarius Commission 1997. godine izdala je HACCP smjernice koje su prihvaćene od FAO (Food and Agriculture organization of United Nations) i WHO (World Health Organization). Zajednički propisi na području higijene hrane, tzv. »Higijenski paket«, čiji temelj predstavlja Europski Zakon o hrani (EC 178/02) donijet 2002. godine, koji na nivou čitave Europske Unije daje smjernice za uspostavu sustava osiguranja zdravstvene ispravnosti hrane u čitavom lancu »od polja do stola« po novim principima i načelima. Uredba (EZ-a) br.852/2004, Članak 5., Europskog parlamenta i Vijeća o higijeni hrane zahtijeva od subjekta u poslovanju s hranom uspostavljanje, provedbu i održavanje stalnog postupka zasnovanih na načelima sustava analize opasnosti i kritičnih kontrolnih točaka. Sukladno regulativama i prilagodbi Europskom zakonodavstvu Člankom 51. Zakona o hrani (Narodne novine 46/07) i Člankom 5. Pravilnika o higijeni hrane (Narodne novine 99/07) subjekti u poslovanju s hranom uspostavljaju, provode i održavaju trajni postupak odnosno postupke temeljene na načelima sustava HACCP-a. Hrvatska vlada je 2007. godine usvojila Zakon o hrani koji se bazira na smjernicama Codex Alimentarius, a od 01.01.2009. službeno je stupio na snagu.

TEMELJNA NAČELA I PREDNOSTI HACCP-a

Uspostavljanje HACCP sustava temelji se na sedam načela:

1. Procjena analize opasnosti kroz opis proizvoda i proizvodnog procesa (izrada dijagrama tijeka), identifikacija rizika i specifikiranje mjera kontrole
2. Određivanje kritičnih kontrolnih točaka (KKT) potrebnih za utvrđivanje opasnosti
3. Utvrđivanje kritične granice, ciljne razine i razine tolerancije
4. Uspostava sustava nadzora planiranim testiranjem i promatranjem na kritičnim kontrolnim točkama
5. Utvrđivanje korektivnih mjera za svaku KKT
6. Uspostava postupka verificiranja koji uključuju dopunske potvrde zajedno s izvješćem koje potvrđuje učinkovitost HACCP-a
7. Dokumentacija svih postupka i evidentiranje zabilješki koje se odnose na ova načela i njihovu primjenu

Higijena hrane u bolničkom sustavu obično se nalazi u nadležnosti Povjerenstva za intrahospitalne infekcije. Takvim načinom kontrole provodi se tradicionalni način inspekcije prostora, pribora i uzorkovanje hrane radi kontrole zdravstvene ispravnosti, što se nije pokazalo dostatnim. To je razlog da se često bolesti uzrokovane trovanjem hranom, posebno gastrointestinalne infekcije, ne povezuju s pravim uzrokom.

HACCP je preventivni pristup kontroli kvalitete. Utemeljen je na logičkom strukturiranju i proučavanju potencijalnih točaka rizika u proizvodnji hrane i uvođenju kontrolnih mjera i monitoringa. On nudi brojne prednosti u odnosu na konvencionalno testiranje gotovog proizvoda proaktivnim pristupom prevenciji i primjeni na cijeli proces, umjesto samo na uzeti uzorak.

Prednosti za bolnice koje imaju uveden HACCP sustav:

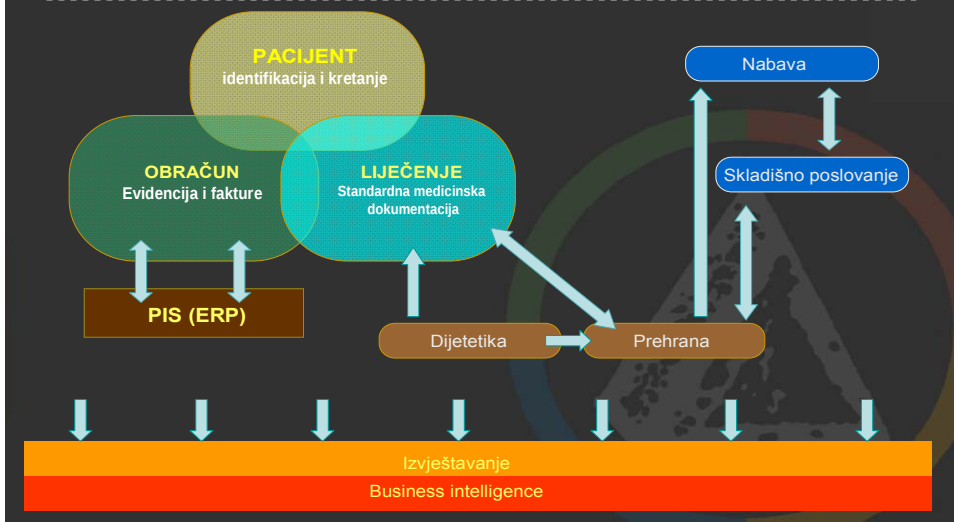
- viši standard kvalitete u službi prehrane,
- zadovoljenje pravnih propisa o zdravstvenoj sigurnosti namirnica,
- smanjenje broja slučajeva trovanja hranom i pritužbi bolesnika,
- smanjenje rasipanja materijala i proizvoda uslijed kvarenja namirnica,
- povećanje zadovoljstva bolesnika i djelatnika,
- nadgledanje rada i kontrolnih parametara na licu mjesta,
- mogućnost identificiranja i otklanjanja postojećih i predviđenih opasnosti i rizika,
- poduzimanje korektivnih mjera prije nastanka ozbiljnih problema,
- uključenje zaposlenika bolnice u brigu o zdravstvenoj sigurnosti proizvoda,
- veća pouzdanost ispravnosti proizvoda,
- nadopunjavanje sustava upravljanja kvalitetom, npr. ISO 9001,
- sposobnost prihvaćanja uvedenih promjena, kao npr. napredak u primjeni nove opreme, poboljšanja u postupku prerade i tehnološkog razvoja proizvoda,
- poboljšanje odnosa između proizvođača hrane i potrošača hrane

INFORMATIZACIJA – NUŽNOST DANAŠNJICE

Kako bi se mogli pratiti svi procesi u sustavu nužno je da bolnica ima informatički sustav za "Prehranu". Aplikacija prati pacijenta od trenutka njegovog dolaska na bolničko liječenje, kao i cjelokupni proces nabave, pripreme i obračuna troškova prehrane.

U Kliničkoj bolnici Dubrava u suradnji s informatičkom kućom Grad d.o.o. iz Pule napravljeno je softversko rješenje. Rješenje omogućuje upravljanje svim poslovnim aktivnostima kao što su planiranje, organizacija, evidentiranje, obračuni kontrola u procesu bolničke prehrane prikazano slikom 1.

BIS arhitektura



Slika 1. Shema informatizacije

Softversko rješenje omogućuje svim korisnicima efikasnije upravljanje procesom bolničke prehrane čiji se učinci posebno očituju:

- evidentiranje i praćenje pacijenata u sklopu bolničke prehrane
- izrada normativa sa svim prehrambenim vrijednostima
- ispile osnovnih prehrambenih vrijednosti namirnica i normativa
- planiranje i izrada jelovnika
- izrada cjenika prema jelovniku
- praćenje prehrambenih vrijednosti obroka
- planiranje potrebitih živežnih namirnica
- povezivanje s ostalim klinikama i odjelima (nabava, računovodstvo)
- izvješća o količinama i cijenama po odjelima i vrstama dijete
- prijava, odjava i izmjena prijave pacijenata na odjelu prema bolničkoj prehrani
- financijsko praćenje stvarne cijene prehrane
- izrada radnih lista
- organizacija službe prehrane
- znanstveni razvoj bolničke prehrane

ZAKLJUČAK

Implementacijom HACCP-a i bolničkog informatičkog sustava za prehranu svaka zdravstvena ustanova imati će manji rizik trovanja hranom. Pacijentima će se osigurati odgovarajuća dijeta prema njihovim stvarnim potrebama što će u konačnici rezultirati i uštedom na hrani. Kada tome pridodamo činjenicu da se društvo, na svim razinama pa tako i u bolničkom liječenju, treba prilagoditi preporukama i normama Europske unije, tada postaje jasno da je organizacija kvalitetne i raznovrsne bolničke prehrane, uz razumne troškove, vrlo zahtjevan posao. Kako bi se približili europskim standardima kao prvo potrebno je uvesti HACCP. Namjena HACCP studije je proizvesti zdravstveno ispravnu i sigurnu hranu, kroz čitav tehnološki proces od preuzimanja sirovina do konačnog proizvoda koji se poslužuje pacijentu. Kako je dijeta dio integralne skrbi za bolesnike, naš glavni cilj je unapređenje kakvoće bolničke njege i podizanje na odgovarajući nivo.

LITERATURA:

1. Pearson, A.M., Dutson, T.R., (1995) HACCP in meat, poultry and fish processing, Chapman&Hall, London, UK, str. 1-7
2. Regulation (EC) No 178/2002 of the European Parliament and of the council. Official Journal of the European Communities L31/1 01.02.2002.
3. Regulation (EC) No 852/2004 of the European Parliament and of the council on the hygiene of foodstuffs. Official Journal of the European Communities L139/1 30.04.2004
4. Zakon o hrani (2007) *Narodne novine* 46, Zagreb (NN 46/07)
5. Pravilnik o higijeni hrane (2007) *Narodne novine* 99, Zagreb (NN 99/07)
6. Richards, J., Parr, E., Riseborough, P. (1993): Hospital food hygiene: The application of Hazard Analysis Critical Control Points to conventional hospital catering. *J. Hosp. Infect.* 24, 273-282.
7. Legnani, P., Leoni, E., Berveglieri, M., Mirolo, G., Alvaro, N. (2004): Hygienic control of mass catering establishments, microbiological monitoring of food and equipment. *Food Control*, 15, 205-211.
8. Reglier-Poupet, H., Parain, C., Beauvais, R., Descamps, P., Gillet, H., Le Peron, J.Y., Berche, P., Ferroni, A. (2005) Evaluation of the quality of hospital food from the kitchen to the patient. *J. Hosp. Infect.* 59, 131-137.
9. Almeida, R.C.C., Matos, C.O., Almeida, P.F. (1999) Implementation of a HACCP system for on-site hospital preparation of infant formula. *Food Control*, 10, 181-187.
10. Aycicek, H., Aydogan, H., Kucukkaraaslan, A., Baysallar, M., Celal Baustaoglu, A. (2004) Assessment of the bacterial contamination on hands of hospital food handlers. *Food Control*, 15, 253-259.
11. Soriano, J.M., Rico, H., Molto, J.C., Manes, J. (2002) Effect of introduction of HACCP on the microbiological quality of some restaurant meals. *Food Control*, 13, 253-261.
12. Recommended International Code of practice – general principles of Food Hygiene. CAC/RCP 1-1969, Rev, 4-2003.
13. Guidance document on the implementation of procedures based on the HACCP principles and on the facilitation of the implementation of the HACCP principles in certain food business. European Commission: Health and Consumer Protection Directorate-General Brussels, (2005).
14. Domenech, E., Escriche, I., Martorell, S. (2008) Assessing the effectiveness of critical control points to guarantee food safety. *Food Control*, 19, 557-565.

NEKI PROBLEMI U OSTVARIVANJU PRAVA NA PRISTUP MEDICINSKOJ DOKUMENTACIJI

UVOD

Povelja ljudskih prava Europske unije u čl. 35. regulira pitanje zdravstvene zaštite, te navodi da svatko ima pravo na preventivnu zdravstvenu zaštitu i pravo liječenja pod uvjetima ustanovljenim nacionalnim pravom i praksom. U određivanju i provedbi cjelokupne politike i djelatnosti Unije osigurava se visoka razina zdravstvene zaštite.

Republika Hrvatska nije u potpunosti uspostavila i realizirala zaštitu prava pacijenata, no, sigurno je da nije ostvarena i adekvatna edukacija s područja zdravstvenog, odnosno, medicinskog prava, prvotno zdravstvenih djelatnika, ali i pacijenata. Potencijalno kršenje prava pacijenata jest sigurno jedan od osjetljivih problema, te on neće biti manji ako se o njemu ne govori. Upravo suprotno, problem treba jasno naznačiti, odrediti, te pokušati pronaći rješenja da se u što manjem broju ponavlja.

Medicinsko odnosno zdravstveno pravo je znanstvena disciplina koja pripada znanstvenom području društvenih znanosti. Brzi razvoj medicine, ide ispred prava koje obrađuje tu problematiku pa između ostalog, i zbog toga nastaju tzv. pravne praznine.

Statičnost pravnih propisa dovodi do potrebe za njihovom interpretacijom. Što su propisi u istoj i nepromijenjenoj formulaciji dulje u primjeni, dolazi do sve većeg raskoraka s društvenim odnosima, koji se mijenjaju velikom brzinom.

Tko je otac djeteta? Obiteljski zakon navodi da se djetetovim ocem smatra majčin muž ako je dijete rođeno za vrijeme trajanja braka ili tijekom 300 dana od prestanka braka.

Britanka Lisa Roberts rodila je mužu kćer gotovo 4 godine nakon njegove smrti. Njen muž James Robert je prije svoje smrti zaledio svoju spermu.

Činjenično nakon dijagnosticiranog tumora na nozi, James i njegova supruga koji su bili 7 godina u braku, prije započete kemoterapije, a nakon upozorenja da bi ga kemoterapija mogla učiniti sterilnim, odlučili su zamrznuti njegovu spermu i na taj način omogućiti supruzi da zatrudni. James Roberts umro je u listopadu 2004. godine, a Lisa je odlučila zatrudnjeti umjetnim putem, te je rodila kćer gotovo 4 godine nakon njegove smrti.

Činjenično promijenila se i medicinska etika, brojni zahvati ovise o željama bolesnika, a liječnici više ne potiču na borbu za život, nego se rasprava vodi o tome kada i na koji način nekome dopustiti da umre. Od situacije da je najvažnije izlječenje pacijenta došli smo do situacije da je najvažnije omogućiti pacijentu što dulji život s bolešću, a smanjenje boli je postalo važnije od uklanjanja simptoma bolesti.

Aktualan primjer je slučaj iz Italije. Eluana Englaro stradala je u prometnoj nesreći 1992. godine i od tada se nalazila u dubokoj komi. Iako su joj svi vitalni organi normalni radili, mozak joj je bio klinički mrtav i nije bilo nade da će se ikad probuditi iz kome. Njezin otac uspio je na Vrhovnom sudu Italije dobiti odluku kojom je odlučeno da se nakon 16 godina vegetiranja, prestane davati hrana njegovoj kćerki, a što je rezultiralo, da je ista nakon par dana i preminula. Mnogi su smatrali da je prekid umjetnog hranjenja u naravi ubojstvo, te da se prekidom umjetnog hranjenja čini eutanazija.

ZAKON O ZAŠTITI PRAVA PACIJENATA

Zakon o zaštiti prava pacijenata¹ objavljen je u Narodnim novinama br. 169/04 od 03. prosinca 2004.g. a primjenjuje se od 11. prosinca 2004.g. Uz činjenicu da je citirani zakon mogao i morao biti precizniji u brojnim svojim odrednicama upitan je i sam naziv Zakona, jer se govori o „zaštiti prava pacijenta“ što bi podrazumijevalo da netko ugrožava ili atakira na prava pacijenta. Jako bi čudno bilo ukoliko se citirana „zaštita prava pacijenata“ odnosi na zdravstvene djelatnike, posebno na liječnike. Upravo suprotno, brojni zdravstveni djelatnici nalaze se na udaru nezadovoljnih pacijenata, a razlozi prijetnji i napada, sastoje se u činjenici nepovoljnog ishoda liječenja, u situaciji kada se zdravstvene djelatnike optužuje da su pogriješili ili da liječenje nije uspjelo njihovom krivnjom. Nisu rijetki slučajevi napada na zdravstvene djelatnike i zbog neostvarenih prava, iako glede ostvarivanja tih prava zdravstveni djelatnici imaju malen ili nikakav utjecaj. Zbog tragičnog događaja u KB Dubrava, vodila se rasprava o tome je li policajac imao ovlaštenje ustrijeliti nasilnika, a bez da je pri tom, jasno naznačeno da je nasilnik napao kako liječnicu, tako i drugo zdravstveno osoblje.

ZAKON O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Zakon o zdravstvenoj zaštiti² je temeljni pravni akt medicinskog prava u hrvatskom pravu s obzirom da definira pojam zdravstvene zaštite, određuje načela zdravstvene zaštite, definira prava i obveze države u provođenju zdravstvene zaštite, uređuje sadržaj i organizacijske

¹ Narodne novine br. 169/04 od 03. prosinca 2004. godine.

² Narodne novine br. 150/08 od 22. prosinca 2008. godine.

oblike zdravstvene zaštite, određuje uvjete za obavljanje privatne prakse i prava i obveze djelatnika u toj oblasti i dr.

Zdravstveni radnici kao osobe koje imaju obrazovanje zdravstvenog usmjerenja i neposredno u vidu zanimanja pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu, moraju poštivati moralna i etička načela zdravstvene struke. Zdravstveni radnici pri pružanju zdravstvene zaštite moraju postupati prema pravilima zdravstvene struke, na način da svojim postupcima ne ugroze život i zdravlje ljudi.

Temeljem čl. 126., st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti zdravstveni radnici dužni su čuvati kao profesionalnu tajnu sve što znaju o zdravstvenom stanju pacijenta. Na čuvanje profesionalne tajne obvezni su i drugi radnici u zdravstvu koji za nju saznaju u obavljanju svojih dužnosti, te studenti i učenici škola zdravstvenog usmjerenja.

Povreda čuvanja profesionalne tajne teža je povreda obveze iz radnog odnosa³.

Od kada je stupio na snagu Zakon o zaštiti prava pacijenata pitanje i opseg odgovornosti liječnika postaju još značajniji, jer se odgovornost ne odnosi više samo na pogreške do kojih bi moglo doći tijekom obavljanja zdravstvene djelatnosti već i zbog kršenja prava pacijenata koja su regulirana Zakonom o zaštiti prava pacijenata. Veliko je pitanje koliko je liječnika, ali i ostalog medicinskog osoblja upoznato sa sadržajem Zakona o zaštiti prava pacijenata.

„Ne treba se stidjeti priznanja da smo pogriješili, jer to, drugim riječima, znači da smo danas pametniji nego juče“ – Alexander Pope

KOMUNIKACIJA

Jedan od načina na koji se na najbezbolniji način mogu smanjiti eventualne štete koje bi mogle nastati kao kršenje prava pacijenata je poboljšanje komunikacije između liječnika i pacijenta, na način da se izbjegnu najčešće pritužbe pacijenta: „pokušao sam objasniti i reći liječniku, ali liječnik me nije htio slušati“. Nije rijedak slučaj u praksi da se pacijenta ne sasluša čak niti do nivoa upoznavanja s problemom, isčitavanja cjelokupne medicinske dokumentacije ili ne uočavanja svih predloženih pretraga koje je trebao izvršiti određeni pacijent.

Postoje pravila kako treba razgovarati s osobama koje ne mogu odmah shvatiti sadržaj izrečenog, te ukoliko se utvrdi da osoba ne razumije sve što je rečeno, treba promijeniti način komunikacije, dodatnim pojašnjenjima razjasniti izrečeno. Pacijenti su gotovo uvijek u

³ Čl. 127., st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti

stanju stresa, te s njima treba komunicirati strpljivije, te pokazati razumijevanje za stanje u kojem se pacijent nalazi. Važno je pokušati osobu u stresu opustiti, odnosno smiriti. Za očekivati je da će svi zdravstveni djelatnici naznačiti da oni upravo tako komuniciraju s pacijentima, no, svakodnevni događaji demantiraju takove tvrdnje. Postoji nužnost održavanja dobre komunikacije i između zdravstvenih djelatnika. Martin Ryan osoba s Downovim sindromom, doživio je moždani udar nakon kojeg nije mogao gutati. Umro je u bolnici nakon što 26 dana uopće nije dobivao hranu. Interna bolnička istraga utvrdila je da su doktori mislili da medicinske sestre pacijentu daju hranu kroz cjevčicu u nosu. Kada su shvatili da se to nije događalo, pacijent je već bio preslab za bilo kakav drugi zahvat, te je ubrzo i preminuo.

PRAVA PACIJENATA

Zakon o zaštiti prava pacijenata određuje prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite, te način zaštite i promicanje tih prava. U hrvatsko zakonodavstvo uvedena su načela promicanja prava pacijenata sve s ciljem poboljšanja kvalitete zdravstvene skrbi. Prava pacijenata koja će se promicati navedenim Zakonom su ljudska prava i vrijednosti u zdravstvu, kao što je pravo pacijenta da ga se poštuje kao ljudsko biće, pravo na suodlučivanje, pravo na fizički i mentalni integritet i zaštitu osobnosti.

Navedeni Zakon omogućuje pacijentima bolje ostvarivanje prava na informiranje o zdravstvenim uslugama, o vlastitom zdravstvenom stanju, o potencijalnim rizicima, pogodnostima svakog postupka, o alternativama predloženim postupcima, dijagnozi, prognozi i napretku liječenja, te mogućnosti dobivanja drugog mišljenja.

Unutar prava na bolju obaviještenost i suglasnost promicat će se pravo pacijenta da odbije ili prekine medicinski zahvat.

PACIJENT

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

Svakom pacijentu jamči se opće i jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu primjerenu njegovom zdravstvenom stanju, sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, u najboljem interesu pacijenta uz poštivanje njegovih osobnih stavova⁴.

⁴ Čl. 2 Zakona o zaštiti prava pacijenata

NAČELA ZAŠTITE PRAVA PACIJENATA

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

Načelo humanosti zaštite prava pacijenata ostvaruje se:

- osiguravanjem poštivanja pacijenta kao ljudskog bića,
- osiguravanjem prava na fizički i mentalni integritet pacijenta,
- zaštitom osobnosti pacijenta uključujući poštivanje:
 - a) privatnosti
 - b) svjetonazora i
 - c) moralnih i vjerskih uvjerenja.

Načelo dostupnosti zaštite prava pacijenata podrazumijeva jednaku mogućnost zaštite prava svih pacijenata na području cijele Republike Hrvatske, no da li je baš tako u praksi?

OSNOVNA PRAVA PACIJENATA

Osnovna prava koja regulira ovaj Zakon:

- a) pravo na suodlučivanje, koje pravo obuhvaća:
 - pravo pacijenta na obaviještenost
 - pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka,
- b) pravo na povjerljivost
- c) pravo na privatnost
- d) pravo na održavanje osobnih kontakata,
- e) pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove,
- f) pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji,
- g) pravo na zaštitu pri sudjelovanju u kliničkim ispitivanjima i
- h) pravo na naknadu štete.

Pravo na suodlučivanje pacijenta obuhvaća njegovo pravo na obaviještenost kao i pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka. Traži se da se pacijentu na primjeren način priopći istina i ponudi mogućnost još jednog mišljenja prije nego donese odluku i da svoju suglasnost, odnosno pristanak za medicinski zahvat. Da bi pacijent mogao odlučiti i aktivno sudjelovati u donošenju odluke, mora biti potpuno obaviješten o stanju svog zdravlja, odnosno o bolesti. Liječnik ga mora informirati na razumljiv način o raspoloživim mogućnostima dodatnih pregleda, o mogućim načinima liječenja kao i o mogućem ishodu. Bitno je upoznati pacijenta i s mogućim terminima za obavljanje pregleda ili zahvata.

Postoje države u Europi gdje su liste čekanja za liječničke intervencije toliko male, da se može govoriti da iste i ne postoje. Npr. u Češkoj ne postoje liste čekanja ni za jednu liječničku intervenciju, osim za operaciju kuka, a gotovo sve medicinske usluge, osim stomatologije,

pokrivene su zdravstvenim osiguranjem. Za razliku od Hrvatske, Češka raspolaže izuzetno velikim brojem medicinskog osoblja, te tamo liječnici ne smiju raditi dulje od osam sati dnevno, s time da tih osam sati smiju i mogu podijeliti na državnu i privatnu praksu.

Pravo na tzv. drugo stručno mišljenje jedna je od novina kojom se omogućuje pacijentu, u slučaju kada nije zadovoljan dobivenim informacijama i preporučenim liječenjem, da zatraži mišljenje drugog liječnika specijaliste koji do tada nije sudjelovao u njegovom liječenju. Ostvarivanje prava na drugo mišljenje kod nas se izuzetno sporo uvodi to iz razloga jer se nepotrebno našim liječnicima stavlja uteg nepogrešivosti, te jednom postavljena dijagnoza se smatra definitivno utvrđenim stanjem. Koliko je objektivno teška situacija glede pristupa pacijenata specijalistima vidljivo je i iz sustava u kojem se za specijalistički pregled mora prvotno dobiti uputnica od liječnika opće prakse, zatim, dobiti termin i obaviti specijalistički pregled, dobiti dijagnozu i terapiju, vratiti se kod svog liječnika opće prakse, uzeti recept i tek onda krenuti s terapijom. Od oboljenja do oboljenja, posebno kod povreda ekstremiteta opisani put predstavlja pravu životnu moru za pacijenta.

Pacijent ima pravo odbiti bilo kakvu intervenciju, preporučeni operativni zahvat ili neki terapijski postupak, osim ako bi nepoduzimanje takvog zahvata bilo opasno za život ili izazvalo trajno oštećenje zdravlja. Svoj pristanak, kao znak prihvatanja preporučenog medicinskog postupka, pacijent fizički daje na način da potpisuje obrazac „suglasnosti“.

Osnovna pretpostavka valjanosti pristanka na medicinski zahvat bila bi ta da je pacijent na adekvatan način obaviješten o vrsti, tijeku rizicima i svrsi zahvata, kako bi mogao odlučiti prihvaća li ili odbija određeni medicinski postupak. Po prirodi stvari obveza pružanja obavijesti pada na davatelja zdravstvene usluge. Valjan je samo onaj pristanak na medicinski postupak, koji je pacijent dao nakon što je obaviješten o mogućim rizicima određenog medicinskog postupka.

POVJERLJIVOST

Pravo na povjerljivost ogleda se u tome da su svi podaci o zdravstvenom stanju pacijenta profesionalna tajna i mogu se davati samo onim osobama koje je pacijent ovlastio. Postoji mogućnost i zabrane davanja podataka, pa tako pacijent može zabraniti da se ti podaci daju drugim osobama. Pod povjerljivim podacima podrazumijeva se dijagnoza i zdravstveno stanje, boravak u zdravstvenoj ustanovi i dr.

Zakon o zaštiti tajnosti podataka⁵ u čl. 27. regulirao je profesionalnu tajnu, pa su tako profesionalnu tajnu predstavljali podaci o

⁵ Narodne novine br. 108/96 od 23. prosinca 1996. godine.

osobnom ili obiteljskom životu stranaka koje su saznali svećenici, odvjetnici, zdravstveni i socijalni djelatnici i druge službene osobe u obavljanju svog poziva.

Čl. 132 st. 1 KZ-a uređuje neovlašteno otkrivanje profesionalne tajne pa tako odvjetnik, branitelj, javni bilježnik, doktor medicine, doktor stomatologije, primalja ili drugi zdravstveni djelatnik i dr. koji neovlašteno otkriju tajnu koju su saznali u obavljanju svog znanja kazniti će se novčanom kaznom ili kaznom zatvora do 6 mjeseci.

Tajnu čine istiniti i nepoznati podaci o činjenicama, postupcima i sredstvima iz osobnog života, profesionalne ili druge sfere, a kazneno pravo pruža zaštitu u slučaju neovlaštenog otkrivanja.

Liječnička tajna je jedan od osnovnih uvjeta kako bi se uspostavio odnos povjerenja između liječnika i pacijenta. Tajnost podataka, kao jedno od temeljnih prava pacijenta, može biti ograničena npr. kada pacijent oslobodi od te odgovornosti liječnika, ili u situaciji kada postoji bojazan da bi mogla nastupiti šteta trećim osobama npr. u situaciji prenošenja zaraznih bolesti i sl.

Čl. 21. Zakona o liječništvu⁶ kaže:

„LIJEČNIČKA TAJNA

Članak 21.

Sve što liječnik sazna o pacijentu koji mu se obrati za liječničku pomoć, a u vezi s njegovim zdravstvenim stanjem, mora čuvati kao liječničku tajnu i može je otkriti, ako posebnim zakonom nije drukčije propisano, samo uz odobrenje pacijenta, roditelja ili skrbnika za malodobne osobe, a u slučaju njegove psihičke nesposobnosti ili smrti, uz odobrenje uže obitelji, skrbnika ili zakonskog zastupnika.“

čl. 18. Zakona o stomatološkoj djelatnosti⁷ kaže:

„Članak 18.

U pogledu obveze čuvanja profesionalne tajne, disciplinske odgovornosti i odnosa prema Komori i njenim tijelima, doktori stomatologije u društvu imaju ista prava i obveze kao i doktori stomatologije u privatnim stomatološkim ordinacijama.“

Pravo na privatnost trebalo bi osigurati pacijentu pri svakom pregledu, dijagnostičkom ili terapijskom postupku, a naročito prilikom pružanja osobne njege.

Pravo na održavanje osobnih kontakata ogleda se u tome da pacijent ima pravo na posjetitelje, naravno prema kućnom redu

⁶ Narodne novine broj 121/03 od 29. srpnja 2003. i Narodne novine broj 117/08 od 13. listopada 2008.

⁷ Narodne novine broj 121/03 od 29. srpnja 2003. i Narodne novine broj 117/08 od 13. listopada 2008.

zdravstvene ustanove, no, jednako tako pacijent može dati izjavu i zabraniti posjet određenim osobama. Daljnje je pitanje, jesu li naše zdravstvene ustanove osposobljene osigurati to pravo pacijentu, odnosno fizički zabraniti posjet određenih osoba određenom pacijentu.

Pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove ogleda se u tome da pacijent ima pravo samovoljno napustiti stacionarnu zdravstvenu ustanovu, osim u slučajevima kada bi to štetilo njegovom zdravlju ili zdravlju i sigurnosti drugih osoba. O namjeri napuštanja ustanove pacijent mora dati pisanu izjavu ili usmenu izjavu pred dva istovremeno nazočna svjedoka koji potpisuju izjavu o namjeri pacijenta da napusti ustanovu i takva se pisana izjava prilaže u medicinsku dokumentaciju pacijenta.

Postavlja se pitanje u kojoj mjeri i kako, zdravstveni djelatnici mogu spriječiti samovoljno napuštanje zdravstvenih ustanova. Natalie F. nije se vratila u svoju bolesničku sobu u njemačkom gradu Weimaru. Bolničko osoblje tražilo je istu s obzirom da se radilo o osobi sa psihičkim problemima, no, nakon pet dana pronađena je mrtva u sanitarnim prostorijama bolnice.

MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

Svaki pacijent ima pravo uvida u svu medicinsku dokumentaciju koja se odnosi na njegovo zdravstveno stanje, a može tražiti i presliku te dokumentacije, a što je dužan platiti. U slučaju smrti pacijenta, ako to pacijent nije za života izrijekom zabranio, pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju imaju:

- bračni drug pacijenta,
- izvanbračni drug pacijenta,
- punoljetno dijete,
- roditelj,
- punoljetni brat ili sestra,
- zakonski zastupnik odnosno skrbnik.

"Propisi o obiteljskopравnim učincima izvanbračne zajednice žene i muškarca postoje u RH od 1978. godine, tj. od kad je zakonom o braku i porodičnim odnosima normirano pravo izvanbračnih drugova na međusobno uzdržavanje, te na stjecanje i diobu imovine stečene radom za trajanja izvanbračne zajednice prema pravilima koja vrijede za bračne drugove."²⁰

U praksi, kako u građanskoj, tako u kaznenoj grani sudovanja, pojavljivali su se problemi glede utvrđivanja izvanbračne zajednice pa je tako u tekstu Obiteljskog zakona ("NN" br. 116/03, 17/04 i 136/04) precizno utvrđeno što je to izvanbračna zajednica. "Odredbe ovog zakona o učincima izvanbračne zajednice primjenjuju se na životnu

zajednicu neudane žene i neoženjenog muškarca, koja traje najmanje 3 godine ili kraće, ako je u njoj rođeno zajedničko dijete."

Pacijent koji ne želi da bilo tko osim njega ima uvid u njegovu medicinsku dokumentaciju, pa i nakon njegove smrti, to svoje protivljenje uvidu u medicinsku dokumentaciju može dati pisanom izjavom solemniziranom kod javnog bilježnika.

Pacijent se ne smije uključiti u kliničko ispitivanje ako on ili njegov zakonski zastupnik ili skrbnik nisu dali pristanak ili potpisali suglasnost za taj postupak.

ZDRAVSTVENA DJELATNOST

Zdravstvena djelatnost je djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju po stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije obavljaju zdravstveni radnici pri pružanju zdravstvene zaštite.

"Zdravstvena djelatnost obavlja se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda."⁸

Tko sve obavlja zdravstvenu djelatnost?

Zdravstvenu djelatnost obavljaju:

- zdravstvene ustanove
- trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici pod uvjetima i na način propisan Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, Zakonom o zdravstvenom osiguranju, Zakonom o ustanovama i Zakonom o trgovačkim društvima
- iznimno i druge pravne i fizičke osobe u skladu s posebnim zakonom.

ZAKON O SESTRINSTVU

Zakon o sestrinstvu⁹ između ostalog regulira način djelovanja, standard obrazovanja, dužnosti, kontrolu kvalitete rada medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj, ali i osoba sa zanimanjem medicinski tehničar.

Medicinske sestre su zdravstveni radnici i njihova je djelatnost sastavni dio zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku, a obavlja se pod uvjetima i na način propisan Zakonom o sestrinstvu.¹⁰

⁸ čl.24 Zakona o zdravstvenoj zaštiti "NN" br. 121/03 od 9. srpnja 2003. godine, "NN" br. 48/05 od 13. travnja 2005. godine i "NN" br. 85/06 od 26. srpnja 2006. godine.

⁹ Narodne novine broj 121/03 od 29. srpnja 2003. i Narodne novine broj 117/08 od 13. listopada 2008.

¹⁰ Čl. 2 Zakona o sestrinstvu

Djelatnost medicinskih sestara obuhvaća sve postupke, znanja i vještine zdravstvene njege, ali i druge postupke koji su stavljeni u djelatnost medicinskih sestara. Medicinska sestra u provođenju svoje djelatnosti dužna je primjenjivati svoje najbolje stručno znanje, poštujući načela prava pacijenata (ako je upoznata s njima), etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravlja stanovništva i svakog pacijenta osobno.

Osim drugih djelatnika i medicinska sestra je dužna čuvati kao profesionalnu tajnu sve podatke o zdravstvenom stanju pacijenta.

Između ostalog, dužnosti medicinske sestre su:

- primjenjivanje, provođenje i evidentiranje od liječnika ordinirane lokalne, peroralne i parenteralne terapije,
- pravovremeno izvješćivanje liječnika u slučaju nastupa komplikacija primijenjene terapije,
- provedba postupaka iz područja zaštite zdravlja i prevencije bolesti,
- vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata,
- pravovremeno izvješćivanje liječnika o stanju bolesnika, posebice o promjeni zdravstvenog stanja,
- čuvanje profesionalne tajne,
- poštivanje prava bolesnika,
- poštivanje etičkog kodeksa medicinskih sestara,
- čuvanje ugleda ustanove (poslodavca),
- djelovanje u interesu bolesnika.

Medicinska sestra ima dužnost evidentirati sve provedene postupke na sestrinskoj listi za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite. Sestrinska lista predstavlja skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege.

Sestrinska lista, između ostalih podataka, sastoji se od:

- Sestrinske anamneze, fizikalnog pregleda, sestrinske dijagnoze
- Trajnog praćenja stanja pacijenta.
- Upisuju se sve promjene kod pacijenta tijekom 24 sata (simptomi, znaci, opisi novonastalog stanja, mogući uzroci).
- Upisuju se medicinsko - tehnički i dijagnostički postupci, koji su ordinirani, planirani i obavljeni tijekom hospitalizacije.
- Evidencija ordinirane i primijenjene terapije (nužnost vođenja upravo primijenjene terapije)
- Procjena bola (primjenjuje se kod pacijenata koji imaju učestalu ili trajnu bol. Prati se i učinak lijekova na smanjenje te boli)

- Upis mogućih komplikacija nakon medicinsko tehničkih postupaka (postoji potreba stalnog nadzora nad pacijentom)

Koje su moguće koristi od vođenja sestrinske dokumentacije?

Neke koristi vođenja sestrinske dokumentacije:

- primjena sestrinske dokumentacije omogućava praćenje kvalitete i količine provedenih postupaka, a posebno mogućnost trajnog praćenja stanja bolesnika
- pruža osnove za obrazovanje medicinskih sestara (točnom dokumentacijom mogu se utvrditi pozitivni rezultati ili komplikacije koje nastaju tijekom liječenja)
- unaprijeđuje kvalitetu zdravstvene njege (stalnim usavršavanjem i obnavljanjem stečenih znanja, ali i upoznavanje s najnovijim dostignućima poboljšava se kvaliteta zdravstvene njege)

Što kada pacijent odbija ordinirani postupak?

U slučaju kada bolesnik svjesno odbija ordinirani postupak ili primjenu ordinirane terapije, dužnost je medicinske sestre da odmah, bez odgode izvesti ovlaštenog liječnika.

Što kada nestaje lijekova, opreme, sredstava?

Medicinska sestra nije odgovorna za neprovedeni postupak u slučaju kada unatoč primjeni najboljeg znanja i vještina, poslodavac nije osigurao bilo ordinirane lijekove ili sredstva, pribor ili tehničku opremu u skladu s minimalnim standardima za provođenje uspješne zdravstvene njege. Problem je u tome kada se govori o očekivanjima u pružanju zdravstvene zaštite, govori se o maksimalnim težnjama, a kada se govori o sredstvima, lijekovima, priboru i sl. onda se govori o minimalnim standardima. Jasno je da u situaciji kada postoje takve razlike da postoji veliki prostor za nerazumijevanje ili nesporazume. Rijetko se postavlja pitanje i traži odgovornost na temelju činjenice da je svaka osoba obvezna brinuti se o svom zdravlju.

SUDSKA PRAKSA

Navedene su dvije odluke, koje upućuju na važnost vođenja i praćenja medicinske dokumentacije:

Vrhovni sud Republike Hrvatske u svojoj odluci posl. broj **Rev-1180/97 od 05. prosinca 2000.** navodi da bolnica odgovara za štetne posljedice, inače dopuštenog u medicini i opće prihvaćenog načina liječenja po principu krivnje.

U konkretnom slučaju tužiteljica je bila podvrgnuta operaciji carskog reza radi poroda djeteta, pa bolnica odgovara za štetu tužiteljici pod uvjetom da u njenom postupanju, odnosno postupanju njenih radnika, postoji krivnja za štetne posljedice. Utvrđeno je da postoji neposredna povezanost infekcije nastale nakon carskog reza, s kasnijom teškom infekcijom zbog koje je tužiteljica morala biti podvrgnuta odstranjenju maternice.

Utvrđeno je da se teška infekcija nakon poroda carskim rezom razvila zbog toga što je tužiteljica nepotpuno izliječena od infekcije otpuštena kući, zbog čega je infekcija prešla u trbušnu šupljinu. Pristanak na operaciju poroda carskim rezom uključuje i pristanak na nastup uobičajenih rizika kod operacije takve vrste. To je mogao biti i rizik infekcije, no, za tužiteljicu to je pretpostavljalo i adekvatno liječenje i izlječenje od infekcije, koje je izostalo, pa upravo u tome leži krivnja tuženice za nastale posljedice i štetu koju tužiteljica zbog toga trpi.

Županijski sud u Zadru u svojoj presudi br. **K-5/88 od 15. lipnja 1988. godine**, proglasio je krivim doktora stomatologije zbog počinjenja kaznenih djela iz čl. 249. st. 4. u vezi sa čl. 240. st. 3. KZ-a, i to zbog toga što je kao stomatolog, pacijenticu koja je tražila njegovu liječničku pomoć uputio na primanje penicilina, iako ga je ona upozorila da joj je prilikom liječenja u zadarskoj bolnici zbog astme bilo slabo od tableta, nakon što je provjerio njezinu zdravstvenu iskaznicu u kojoj nije bila upisana zabrana primanja penicilina, ne provjeravajući na koji lijek je ona osjetljiva, olako pretpostavio da na penicilin nije alergična, iako je s obzirom na okolnosti i svoja osobna svojstva prije propisivanja penicilina to bio dužan provjeriti i na nesumnjiv način isključiti mogućnost alergije na penicilin, budući da u protivnom ta alergija nije isključena, olako držeći da neće nastupiti komplikacije za zdravlje, tako da je odmah nakon što je primila injekciju penicilina, zbog alergične reakcije oštećenice na penicilin došlo do njenog ugušenja, izazvanog akutnim otokom sluznice grkljana.

Zaključno, bitno je osigurati sredstva i sve druge materijalne uvjete da bi se svi zdravstveni radnici, tako i medicinske sestre, trajno stručno usavršavali na seminarima, tečajevima i stručnim skupovima. Medicinske sestre imaju dužnost stalno obnavljati stečena znanja i usvajati nova znanja u skladu s najnovijim dostignućima i saznanjima (propisima) iz područja sestrinstva. Ovaj rad je skromni pokušaj u ostvarivanju tih ciljeva.

FINANCIJSKE INFORMACIJE I INTERNA REVIZIJA U FUNKCIJI UPRAVLJANJA PROMJENAMA U ZDRAVSTVU

1. RAČUNOVODSTVENO FINANCIJSKI INFORMACIJSKI SUSTAV U JAVNOM ZDRAVSTVU

1.1. RAČUNOVODSTVENI I POREZNI ASPEKTI RAZLIČITIH OBLIKA OBAVLJANJA DJELATNOSTI ZDRAVSTVA

Zdravstvena djelatnost u Republici Hrvatskoj, s aspekta financiranja i formalno – pravnih organizacijskih oblika, obavlja se putem zdravstvenih ustanova u vlasništvu središnje i/ili lokalne države, privatnih zdravstvenih ustanova/društava i putem samostalne djelatnosti (privatne liječničke prakse, ljekarni i sl.).

Ciljevi osnivanja, vlasnička struktura i formalno pravni oblik djelovanja zdravstvenih subjekata impliciraju i značajnim razlikama u pogledu položaja u hrvatskom poreznom sustavu i primjeni propisa o računovodstvu i financijskom izvještavanju.

Usluge liječenja i druge isporuke u zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi u poreznom su smislu oslobođene primjene Zakona o porezu na dodanu vrijednost¹¹ na temelju funkcionalnog principa propisanog u st. 4. i 5., čl. 11. Zakona. Iznimka su zavodi za javno zdravstvo na koje se ne primjenjuje opće oslobođenje.

Nasuprot tome, u oporezivanju razlike prihoda i rashoda u obavljanju zdravstvene djelatnosti postoje suštinske razlike. Zdravstvene ustanove i drugi oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti u privatnom vlasništvu smatraju se poduzetnicima i podliježu oporezivanju ostvarenog viška prihoda (pravne osobe dobiti, a fizičke osobe dohotka/dobiti).

Ovaj porezni položaj obvezuje ih i na primjenu različitih računovodstvenih i izvještajnih sustava.

Privatne pravne osobe u djelatnosti zdravstva smatraju se poduzetnicima i dužne su sukladno Zakonu o porezu na dobit¹², kao i ostali poduzetnici u gospodarstvu, za potrebe utvrđivanja porezne osnovice poreza na dobit, primjenjivati računovodstveni sustav utemeljen

¹¹ Zakon o porezu na dodanu vrijednost, Nar.nov.br. 47/1995., 164/1998., 105/1999., 54/2000., 73/2000., 127/2000., 48/2004., 82/2004., 90/2005.

¹² Zakon o porezu na dobit (Nar.nov.br.177/2004., 90/2005., 57/2006.)

na Zakonu o računovodstvu¹³. To znači izravnu primjenu Hrvatskih standarda financijskog izvještavanja. U suštinskom smislu to znači primjenu računovodstvenog načela nastanka događaja (accrual basis) kojega obilježava priznavanje prihoda i rashoda u trenutku njihova nastanka, a neovisno o plaćanju obveza/naplati potraživanja. Uz to vrlo značajno obilježje ovog načela je i priznavanje troškova amortizacije dugotrajne imovine tijekom korisnog vijeka uporabe.

Fizičke osobe – poduzetnici u djelatnosti zdravstva podliježu primjeni Zakona o porezu na dohodak¹⁴ te slijedom toga obvezno primjenjuju jednostavno knjigovodstvo svojih prihoda i rashoda koji se po načelu blagajne (cash basis) priznaju primitaka i izdataka novca. Iznimka su jedino troškovi amortizacije na koje se na sustavnoj osnovi priznaju tijekom uporabe dugotrajne imovine, a ne u trenutku plaćanja izvršene nabave (investicije).

Pod određenim uvjetima iz čl. 2. Zakona o porezu na dobit, ali i po svom izboru i fizičke osobe mogu umjesto obveznika poreza na dohodak postati obveznicima poreza na dobit. U tom slučaju i na njih se primjenjuje isti porezni i računovodstveni sustav kao i na prethodne spominjane privatne pravne osobe.

Izrazito dominantnu institucionalnu osnovu obavljanja zdravstvene djelatnosti čine zdravstvene **ustanove u vlasništvu države** (središnje i lokalne) putem kojih država izvršava jednu od svojih temeljnih funkcija – zdravstvenu zaštitu i liječenje stanovništva.

Opseg i standardi izvršenje ove funkcije države ovise o nizu čimbenika pri čemu su njene financijske mogućnosti svakako presudne. Vrlo pojednostavljeno može se reći da država, sukladno prioritetima, a primjereno financijskim mogućnostima, određuje svoju financijsku razinu potrošnje koja se odnosi na funkciju zdravstvene zaštite. Taj dio potrošnje predstavlja javne rashode za koje je država dužna osigurati i primjerene izvore financiranja u okviru svojih ukupnih prihoda i primitaka. Daljnji korak je distribucija tih prihoda na pojedine oblike zdravstvene zaštite te na subjekte koji je izravno provode. I prihodna i rashodna strana vrlo su kompleksne, posebice u uvjetima rastućih potreba i ograničenih mogućnosti. Tome svjedoče i brojne reforme u sustavu zdravstva kojima se pokušava optimalizirati djelovanje ovog vrlo složenog i osjetljivog sustava.

Jedna od značajnih reformi u financiranju i financijskom izvještavanju sustava datira od početka 2002. godine kada je Hrvatskom

¹³ Zakon o računovodstvu (Nar. nov. br. 127/2007)

¹⁴ Zakon o porezu na dohodak (Nar. nov. br. 177/2004.)

zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO) promijenjen status izvanproračunskog fonda te je postao dio središnjeg proračuna. Doprinosi za zdravstveno osiguranje koji su se do tada uplaćivali na račun HZZO-a uplaćuju se na račun riznice (središnjeg proračuna), ali i dalje s obzirom na zakonsko uređenje zdravstvenog sustava zadržavaju obilježje doprinosa i prate se odvojeno od ostalih javnih prihoda.

“Ustanove u zdravstvu koje se financiraju iz doprinosa te se ponašaju u skladu sa standardima (pružanje usluga, formiranje cijena...) utvrđenim na razini središnje države (Ministarstvo zdravstva) jesu prema definicijama statističkih sustava klasični oblik proračunskog korisnika odnosno pravnog subjekta koji se nalazi u sektoru opće države.

Navedeni status zdravstvenih ustanova iziskuje i primjenu, za sve proračunske subjekte, unificiranog proračunskog računovodstva.

Posebnost sustava zdravstva je u tome što se proračunski korisnici u toj djelatnosti ne financiraju po pojedinim vrstama rashoda usvojenog financijskog plana, nego na temelju stvarnog izvršenja usluga, u okvirima ugovora sa HZZO-om odnosno državom koja preko njih građanima indirektno pruža zdravstvene usluge”.¹⁵ Uključivanju sustava zdravstva u sustav proračuna, a posljedično i primjeni sustava financijskog izvještavanja, menadžeri i računovođe u zdravstvu pružaju otpor od početka njegova uvođenja¹⁶. Uz to uz složenost izvještajnog sustava javljaju i pogreške u obuhvatu ekonomskih i financijskih kategorija čime se umanjuju realnost i objektivnost financijskih izvještaja.

1.2 POSEBNOSTI RAČUNOVODSTVENOG INFORMACIJSKOG SUSTAVA U JAVNOM ZDRAVSTVU

Sukladno važećim propisima aktualni računovodstveni informacijski sustav opće države i njenih strukturnih elemenata temelji se na specifičnom prilagođenom konceptu nastanka događaja i primjeni načela povijesnog troška u mjerenju bilančnih pozicija. Ovaj sustav računovodstvenog i financijskog izvještavanja primjenjuju i ustanove u javnom zdravstvu.

Primjena modificiranog računovodstvenog načela nastanka događaja u javnom zdravstvu slijedeće:

¹⁵ Upravo zato su u ekonomskoj klasifikaciji sredstva koja HZZO (središnji proračun) prenosi bolnicama na temelju sklopljenih ugovora odnosno pruženih usluga klasificirane kao - naknade građanima i kućanstvima na temelju osiguranja. Više o tome cf. Maletić, I. u knjizi grupe autora: “Računovodstvo proračuna”, HZRI F, Zagreb, 2007., str. 205.

¹⁶ Jedna od brojnih rasprava o neprimjerenosti statusa proračunskog korisnika za javne ustanove u zdravstvu je i Belamarić, B.: “Zdravstvo kao proračunski korisnik-Zavodi za javno zdravstvo u sustavu proračunskih korisnika”, Hrvatski časopis za javno zdravstvo, br. 2/2005.

- ne iskazuju prihodi i rashodi uslijed promjena vrijednosti nefinancijske imovine i obveza,
- kratkotrajna imovina i sitni inventar koji se nabavljaju za obavljanje redovne djelatnosti se iskazuju u trenutku stvarne potrošnje, dakle ne u trenutku nabave kako to vrijedi za ostale subjekte primjene.
- prihodi su određeni kao povećanje ekonomskih koristi tijekom izvještajnog razdoblja u obliku priljeva novca i novčanih ekvivalenata, što nedvojbeno upućuje da se u priznavanju proračunskih prihoda zadržava novčani koncept.
- troškovi nabave nefinancijske dugotrajne imovine ne kapitaliziraju se već se iskazuju kao rashodi razdoblja u kojemu je stjecanje izvršeno.
- Sukladno prethodnom, namjenski primici kapitalnih potpora od osnivača (države i JLPRS) za financiranje investicijskih aktivnosti ne predstavljaju dokapitalizaciju niti se vremenski razgraničavaju, nego se priznaju u ukupan prihod izvještajnog razdoblja u kojemu su ostvareni,
- nefinancijska imovina primljena bez naknade (donacije) iskazuje se kao izravno povećanje izvora vlasništva, a ne kao prihod.

Problemi realnosti financijskih izvještaja u dobroj mjeri uzrokovane su posebnostima ostvarivanja prihoda javnih zdravstvenih ustanova.¹⁷

Kao i za ostale subjekta u sustavu proračuna, izvještajni sustav za zdravstvene ustanove uključuje obvezu sastavljanja temeljnih financijskih izvještaja:

- Bilanca,
- Izvješće o poslovanju (prihodima i rashodima, primicima i izdacima),
- Izvješće o promjenama u vrijednosti i obujmu imovine i obveza,
- Bilješke.

Uz temeljne izvještaje obvezno je sastavljanje i pomoćnih djelomičnih izvještaja o obvezama, dok se izvještaj novčanom toku sastavlja fakultativno.

Uz opisane temeljne financijske izvještaje koji se prezentiraju Ministarstvu financija, Državnoj reviziji i resornom ministarstvu,

¹⁷ Cf. Maletić, I.: «Posebnosti u djelatnosti zdravstva», u knjizi: "Primjena računskog plana proračuna 2005/2006", HZRF, Zagreb, 2005. g., str. 222.

zdravstvene ustanove dužne su periodično i kontinuirano dodatno izvještavati i HZZO o elementima svog financijskog poslovanja.

U tu svrhu, kao paralelni izvještajni sustav, tipizirana je forma i sadržaj brojnih izvještaja koje, zbog ograničenog opsega ne prikazujemo u ovom radu.

Uz te izvještaje zdravstvene ustanove su dužne prezentirati i dodatne izvještaje o stanju obveza i nenaplaćenih potraživanja prema dospelosti, vrstama i izvorima.

U spomenutim izvještajima prisutna su odstupanja od strukture i sadržaja propisanog temeljnog financijskog izvještaja o prihodima i rashodima, primicima i izdacima. Uz to uočavaju se i određene terminološke neusklađenosti u svezi pojmova: prihodi i primici, rashodi i izdaci što u izvjesnoj mjeri može upućivati da se u predstavljenom izvještaju traže podaci koji su sadržajno različiti od sadržaja elemenata prihoda i rashoda u temeljnim financijskim izvještajima. Tako primjerice pojam izdaci upućuje na primjenu novčanog računovodstvenog koncepta u priznavanju rashoda. Doslovno shvaćeno, proizlazi da bi u tom izvještaju trebalo prikazati samo plaćene rashode po navedenim vrstama.

1.3 ISPITIVANJE PRIMJERENOSTI FINACIJSKOG INFORMACIJSKOG SUSTAVA ZA UPRAVLJANJE U JAVNOM ZDRAVSTVU

U kontekstu širih istraživanja o opravdanosti i mogućnostima selektivne implementacije Međunarodnih računovodstvenih standarda za javni sektor u hrvatski sustav državnog računovodstva (Vašiček, D., 2007.) provedeno je i ispitivanje stavova računovođa o kvaliteti i primjerenosti aktualnog sustava računovodstva i financijskog izvještavanja¹⁸.

Istraživanje je provedeno u hrvatskom sustavu javnog zdravstva kao vrlo značajnom segmentu opće države. Prema složenosti poslovanja, strukturi imovine i načinu financiranja ovaj segment opće države predstavlja optimalan uzorak za ispitivanje potencijalne primjene modela selektivne primjene računovodstvenog koncepta nastanka događaja integriranog u opći model državnog računovodstva utemeljenog na drugačijem računovodstvenom konceptu. Istraživanje anketiranjem i statističkom obradom pristiglih odgovora imalo je za cilj ispitati stanje i potrebu unaprjeđenja aktualnog državnog računovodstvenog sustava i sustava financijskog izvještavanja za potrebe javnog zdravstva, kao i stanja i razvijenosti primjene računovodstva troškova i upravljačkog

¹⁸ Anketiranje je provedeno 2007.godine. Kako se u računovodstvenom sustavu zdravstva nije ništa promijenilo rezultati istraživanja su vrlo aktualni i u trenutku objave ovoga rada.

računovodstva u ovom značajnom dijelu javnog sektora. Istraživanjem se također nastojalo ispitati učinke i opravdanost razvijanja i primjene računovodstvenog modela utemeljenog na konceptu nastanka događaja u javnom zdravstvu kao segmentu opće države. Pritom je istraživanjem obuhvaćen, vrijednosno i funkcionalno, najznačajniji dio javnih zdravstvenih ustanova.

Kao polazna pretpostavka opravdanosti razvijanja i unaprjeđenja modela državnog računovodstva (posebice u javnom zdravstvu) provedeno je istraživanje kvalitete aktualnog sustava računovodstva i eksternog financijskog izvještavanja utemeljenog na prikazanom prilagođenom konceptu nastanka događaja. Također je istražen i stav računovođa o stupnju razvijenosti i primjene troškovnog i upravljačkog računovodstva kao izvora informacija za donošenje upravljačkih odluka.

Istraživanje je provedeno metodom anketiranja računovođa na izabranom uzorku koji čini 67 bolničkih zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj. Popunjeni anketni upitnik (do zaključenja obrade) dostavilo je 36 ispitanika što čini 53,73% izabranog uzorka i predstavlja reprezentativan uzorak za provođenje istraživanja. Bolničke ustanove po načinu poslovanja i informacijskim potrebama čine homogen skup što je vrlo značajno za objektivnost analiziranja rezultata i donošenja zaključaka na temelju provedenih istraživanja. Primjena metode slučajnog uzorka iz osnovnog skupa kojega čine sve javne zdravstvene ustanove bila bi znatno manje reprezentativna jer se kod jednostavnijih sustava manje uočavaju informacijska ograničenja aktualnog računovodstvenog sustava¹⁹.

Odabir ovog uzorka temelji se na činjenici da su upravo bolničke zdravstvene ustanove najsloženiji i najznačajniji segment javnog zdravstva. Složenost bolničkih sustava, raspolaganje značajnim materijalnim i ljudskim resursima, procesni način pružanja bolničkih zdravstvenih usluga podrazumijeva postojanje sposobnog menadžmenta kojemu za uspješno upravljanje i odlučivanje trebaju ažurne, potpune i u svakom pogledu kvalitetne financijske i nefinancijske informacije.

S makro stajališta financijskog upravljanja zdravstvenom zaštitom upravo je bolnička potrošnja najzahtjevniji i najskuplji segment, a ekonomičnost i djelotvornost bolničkih zdravstvenih ustanova odražava kvalitetu ukupnog zdravstvenog sustava.

Na temelju provedenih istraživanja i prethodno prikazanih rezultata može se zaključiti da aktualni računovodstveni model i sustav

¹⁹ Domovi zdravlja, zavodi za javno zdravstvo, ljekarne i dr. subjekti pretežno su radno intenzivni, raspolazu relativno malim resursima, u značajnoj su mjeri privatizirani – iznajmljeni ugovornim zdravstvenim djelatnicima. O namjerno izabranom uzorku više cf. Šošić, I./ Serdar, I.: "Udžbenik statistike", Školska knjiga, Zagreb, 1994., str. 223.

financijskog izvještavanja javnih zdravstvenih ustanova nije u mogućnosti :

1. osigurati potpuno relevantnu i pouzdanu informacijsku podlogu potrebnu za donošenje ekonomskih odluka na mikro razini, te ekonomskih, socijalnih i političkih odluka na makro razini.
2. osigurati cjelovite informacije koja će omogućiti učinkovitu kontrolu raspolaganja javnim dobrima i pomoći razvoj financijskog menadžmenta uvođenjem standarda odgovornosti.

Posebnosti poslovanja zdravstvenih ustanova u kontekstu primjene općeg modela proračunskog računovodstva uzrokuju određene manjkavosti pri sagledavanju stvarnih financijskih pokazatelja poslovanja i izvještavanju o izvršavanju planskih ograničenja.

U tom smislu propisani izvještajni sustav za eksterne korisnike, potrebno je prilagoditi za potrebe upravljanja i harmonizirati na razini svih komparabilnih subjekata.

Uvažavajući posebnosti djelatnosti zdravstva prisutna je potreba za izgradnjom kvalitetnijeg računovodstvenog informacijskog sustava, a time i zasebnog podsustava financijskog izvještavanja u odnosu na opći model državnog računovodstva.

Zaključno o aktualnom sustavu financijskog izvještavanja zdravstvenih ustanova može se reći da je složen je zbog svoje formalne opsežnosti, česte periodike, kratkih rokova, ali i zbog činjenice da su zdravstvene ustanove specifičan poslovni subjekt u javnom sektoru. Ova specifičnost proizlazi iz činjenice da se radi o jedinoj djelatnosti koja se iz sustava proračuna dominantno financira na temelju ugovornog odnosa o stvarnom izvršenju svojih usluga, a ne financiranjem rashoda poslovanja prema ekonomskoj klasifikaciji što je karakteristično za klasične proračunske korisnike.

Za potrebe objektivne ocjene uspješnosti poslovanja nužnost je sučeljavanje prihoda s rashodima nastalima za njihovo ostvarivanje. Pritom je nužno da se ove temeljne ekonomske kategorije priznaju i mjere na istim računovodstvenim načelima, konkretno na načelima nastanka događaja. U sustavu računovodstva proračuna koji se primjenjuje i u zdravstvu, prihodi se priznaju po novčanom načelu, a rashodi u trenutka njihova nastanka, dakle neovisno o plaćanju obveza povezanih s njima.

Ovo nužno ima za posljedicu da svako odgađanje naplate prihoda rezultira formalno nepovoljnim financijskim rezultatom.

Radi ispravljanja ovog nedostatka, za stvarno sagledavanje financijskog rezultata potrebno je kreirati izvještajni sustav koji će uključiti i obračunate (ostvarene) prihode koji još nisu naplaćeni, ali je njihova naplata u budućnosti izvjesna.

Za utvrđivanje financijskog rezultata nužno je nadalje pravilno obuhvatiti elemente koji ga čine. Operativni rezultat poslovanja čini razlika između prihoda i rashoda poslovanja, a ukupni rezultat formira se uključivanjem prihoda i rashoda od nefinancijske imovine. Zbog činjenice da se investicijski rashodi iskazuju u cijelosti u trenutku nabave dugotrajne imovine, ukupan rezultat nije dovoljno relevantno mjerilo za ocjenu uspješnosti poslovanja.

Primici i izdaci financijske imovine nastali u postupku financiranja poslovanja (zaduživanje, otplate zajmova i sl.) nisu elementi uspješnosti. Oni ne utječu izravno na financijski rezultat.

Njihovo prezentiranje u financijskim izvještajima o poslovanju zastupljeno je u računovodstvenom sustavu opće države iz razloga postizanja univerzalnosti računovodstvenih evidencija i za praćenje izvršavanja proračuna. Hrvatski model državnog računovodstva po navedenom je vrlo vjerojatno originalan i u međunarodnim razmjerima. Ostali računovodstveni sustavi ne sadrže ovakvu vrstu praćenje ni izvještavanja o financijskim transakcijama, već se takve promjene prate u okviru bilančnih pozicija kao povećanje ili smanjenje zaduženosti, a prikazuju u izvještaju o novčanom toku.

U svezi razvijenosti primjene računovodstva troškova i upravljačkog računovodstva rezultati istraživanja pokazuju da se računovodstvo troškova u ograničenoj mjeri i s ograničenim informacijskim učinkom primjenjuje u djelatnosti javnog zdravstva. Njegovu primjenu i razvijenost valja promatrati primarno kroz praćenje ukupne razine troškova te strukture troškova po prirodnim vrstama i mjestima troškova. Praćenju ukupne razine troškova pridaje se posebna pozornost u kontekstu ugovorom ograničenih ukupnih financijskih sredstava za ugovorene obveze izvršenja određene količine usluga. Praćenje troškova po nositeljima troškova nije razvijeno, a isto tako niti mjerenje uspješnosti pruženih usluga.

Primjene tehnika i metoda financijske analize poslovanja na niskoj je razini. Nedvojbeno je potrebno značajno unaprijediti interni obračun u sustavu javnog zdravstva, a uz primjenu računovodstvenog modela utemeljenog na konceptu nastanka događaja. Time bi se unaprijedio i stupanj konvergencije internog i eksternog obračuna.

2. INTERNA REVIZIJA U FUNKCIJI UPRAVLJANJA PROMJENAMA U ZDRAVSTVU

Vlada Republike Hrvatske donijela je 02. Rujna 2004. Godine „Strategiju razvoja unutarnje financijske kontrole u javnom sektoru (PIFC) u Republici Hrvatskoj“ u skladu sa smjerom približavanja RH Europskoj uniji.

Taj „prvi“ dokument obuhvatio je osnove razvoja unutarnjih financijskih kontrola u razdoblju priključivanja Uniji. No kako je u međuvremenu došlo do određenih promjena u okviru PIFC-a, a i na temelju dosadašnjih iskustava došlo je dorade i poboljšanja navedenog dokumenta, pa je u lipnju 2005. Godine izišlo dorađeno izdanje „Strategije razvoja unutarnje financijske kontrole u javnom sektoru (PIFC Public Internal Financial Control) u Republici Hrvatskoj“. Navedeni dokument smatra se strateškim i trebao bi iznijeti bitne elemente o postojećem stanju, kao i o razvojnoj strategiji za uspostavu i razvoj sveobuhvatne i učinkovite unutarnje financijske kontrole u javnom sektoru Republike Hrvatske.

Na temelju Strategije, Republika Hrvatska donijela je Zakon o sustavu unutarnjih financijskih kontrola u javnom sektoru, Pravilnik o provedbi financijskog upravljanja i kontrola u javnom sektoru i Pravilnik o unutarnjoj reviziji korisnika proračuna.

Unutarnja financijska kontrola obuhvaća dio pravne stečevina koje je uspostavila Europska unija sa ciljem dobrog upravljanja javnim sredstvima, neovisno o tome iz kojih izvora potječu.

Prema Strategiji, a na temelju međunarodnih standarada i dobre prakse, kao i preporuka Europske unije unutarnja financijska kontrola u javnom sektoru predstavlja cjelokupan, objedinjen sustav koji uspostavljaju tijela državne uprave u svrhu kontroliranja, revidiranja i izvještavanja o korištenju proračunskih sredstava i sredstava EU.

Sustav unutarnjih financijskih kontrola se sastoji od tri osnovna elementa:

- Financijskog upravljanja i unutarnje kontrole
- Unutarnje revizije
- Središnje harmonizacijske jedinice.

Čelnik svake ustanove odgovoran je za ustrojavanje, funkcioniranje i razvoj sustava financijskog upravljanja i kontrole (FMC Financial Management and Control), čiji su glavni ciljevi:

- Uspješno ostvarenje zadaća ustanove,
- Pouzdanost i cjelovitost informacija,
- Usklađenost s politikama, planovima, procedurama, zakonom i ostalim propisima,

- Zaštita imovine,
- Ekonomična, učinkovita i djelotvorna uporaba resursa.

Unutarnja revizija nadležna je za davanje stručnog mišljenja i preporuka čelniku ustanove kako bi upravljački i kontrolni sustavi djelovali sukladno standardima i pravilima te s načelima dobrog upravljanja. Unutarnja revizija nije dio poslovnog procesa, niti ustrojstvene jedinice, nego je u svom radu odgovorna neposredno čelniku.

Središnja harmonizacijska jedinica ustrojstvena je jedinica Ministarstva financija Republike Hrvatske zadužena za usklađivanje metodologije financijskog upravljanja i unutarnje kontrole FMC i unutarnje revizije, te za osiguranje kvalitete i neovisnosti svih funkcija PIFC-a. Obveznici ustrojavanja unutarnjih financijskih kontrola su svi proračunski korisnici i izvanproračunski zavodi (sva državna tijela, ustanove, jedinice područne i regionalne samouprave, itd.).

Temeljem članka 38. Zakona o sustavu unutarnjih financijskih kontrola u javnom sektoru (NN 141/06) **čelnik je morao imenovati voditelja za financijsko upravljanje i kontrolu FMC u roku od 60 dana od dana stupanja na snagu Zakona. Isto tako čelnik bi trebao u roku od 90 od stupanja na snagu Zakona imenovati i osobu zaduženu za nepravilnosti.**

Korisnici proračuna obvezni su uspostaviti **unutarnju reviziju u skladu s odredbama članka 17. Zakona o sustavu unutarnjih financijskih kontrola u javnom sektoru u roku od godine dana od dana stupanja na snagu Zakona.**

Prema kriterijima definiranim najnovijim **Pravilnikom o unutarnjoj reviziji korisnika proračuna (NN 35/08)** obveznici ustrojavanja unutarnje revizije u javnom sektoru Republike Hrvatske su:

- sva ministarstva
- svi središnji državni uredi
- izvanproračunski zavodi
- Grad Zagreb
- županije
- županijska središta
- gradovi s više od 35.000 stanovnika
- Osim navedenih, obveznici ustrojavanja unutarnje revizije su i :
- korisnici koji zapošljavaju više od 50 zaposlenih, a imaju godišnje rashode i izdatke veće od 30.000.000,00 kn, ili
- korisnici čije je područje poslovanja visokorizično, a obavljanje zadaća specifično, pa iako ne zadovoljavaju neki od navedenih

kriterija, obveznici su ustrojavanja jedinice za unutarnju reviziju, o čemu odluku donosi ministar financija.

- Sukladno navedenim kriterijima, a prema dostupnim podacima Ministarstva financija Republike Hrvatske do konca 2008. Godine 83 korisnika ustrojilo je jedan od oblika unutarnje revizije, što predstavlja otprilike samo 35% od svih Pravilnikom određenih obveznika.

Obzirom na činjenicu da je zdravstvena zaštita sve skuplja, te je za njeno provođenje potrebno sve više financijskih sredstava (produžen je životni vijek, razvoj tehnologija u zdravstvu i farmaceutske industrije) na menadžmentu zdravstvenih ustanova je teret donošenja odluka kojima je potrebno racionalizirati sustav uz uvjet zadržavanja, pa i povećanja kvalitete zdravstvenih usluga.

Kako bi menadžment zdravstvene ustanove mogao upravljati **transparentno, ekonomično, efikasno i učinkovito, te u skladu sa zakonom i proračunom potrebna mu je pomoć.**

Sve javne ustanove osnovane su sa ciljem pružanja usluga građanima.

Cilj koji ustanova ima bi prema SMART kriterijima trebao biti:

- Specific - specifičan
- Measurable – mjerljiv
- Achievable – ostvariv
- Results-focused – orijentiran na rezultat
- Timely – na vrijeme.

Na ostvarivanje ciljeva nadvija se prijetnja rizika, mnogi čimbenici mogu utjecati na dugom putu ka ostvarivanju zadanih/željenih ciljeva.

Pomoć menadžmentu u ostvarivanju ciljeva je nužna u obliku kontrole

Kontrole mogu biti vanjske i unutarnje. Vanjske kontrole su Državni ured za reviziju, vanjska (komercijalna) revizija, proračunski nadzor, državni inspektorat, kontrola Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ...

Unutarnja kontrola je proces koji provodi menadžment, i svi zaposleni kako bi se pružilo razumno jamstvo u ostvarenju ciljeva. Unutarnja kontrola ovisi o ljudima, pa može pružiti samo razumnu, a ne potpunu sigurnost.

Što je sveobuhvatniji nadzor sustava unutarnjih kontrola to je mogućnost nepredviđenih događaja manja.

ZAKLJUČNO

Reformski procesi u javnom sektoru kompleksni su i pored organizacijske, obrazovne, pravne i institucionalne, u vrlo značajnom mjeri uključuju i financijsku komponentu. Upravljanje poslovanjem, poglavito upravljanje promjenama temelji se na pouzdanoj i kvalitetnoj informacijskoj podlozi. S financijskog motrišta upravljačke informacije generiraju se u okviru računovodstvenog informacijskog sustava. Upravo stoga treba težiti njegovoj daljnjoj izgradnji u pravcu efikasnog upravljačkog instrumenta, kako na makro tako i na mikro razini. Na temelju višegodišnje primjene opisanog sustava državnog računovodstva koji primjenjuju i zdravstvene ustanove prepoznaju se konkretna područja na kojima je potrebno i moguće dalje razvijati računovodstveni informacijski sustav. Ona se mogu grupirati na sljedeće:

1. Jasno definiranje dosljedne primjene odgovarajućeg računovodstvenog koncepta u procesu planiranja i praćenja izvršenja proračuna i financijskih planova, u odnosu na primijenjeni računovodstveni koncept za praćenje imovine, obveza i rezultata poslovanja subjekata kao ekonomskih jedinica. Po ovom vrlo važnom pitanju u Republici Hrvatskoj ne postoji zadovoljavajući stupanj usklađenosti što nerijetko dovodi do entropije izvještajnog sustava na višim razinama, a još češće ne omogućava provođenje kvalitetne konsolidacije financijskih izvještaja povezanih proračunskih subjekata. Dakle, nužno je precizno definirati ulogu računovodstva kao instrumenta praćenja poslovanja državnih jedinica i kao instrumenta praćenja izvršavanja proračuna i financijskog plana. Ove se dvije uloge računovodstva moraju ili jasno razdvojiti ili u potpunosti poistovjetiti.

To znači da se u procesu planiranja i praćenja izvršavanja proračuna može primijeniti različita računovodstvena osnova priznavanja prihoda i rashoda u odnosu od one koja se primjenjuje za praćenje poslovanja državnog entiteta. U tom slučaju potrebno je odgovarajućim izvještajima iskazati odstupanja.²⁰

2. Dosljedna primjena prilagođenog računovodstvenog koncepta u dijelu priznavanja prihoda proračunskih subjekata pokazuje ozbiljne manjkavosti u iskazivanju rezultata poslovanja u slučajevima poremećene dinamike financiranja na relaciji proračun-proračunski korisnik. Kao što je predstavljeno, rashodi proračunskih korisnika priznaju se u trenutku nastanka poslovnog događaja, a prihodi u trenutku primitka novca s obilježjem prihoda. Na prijelazu iz jedne u drugu proračunsku godinu, svako kašnjenje uplate prihoda iz proračuna za financiranje

²⁰ Cf. IPSAS 24, www.ifac.org

rashoda proračunskih korisnika odražava se negativno na izvještaj o rezultatima poslovanja korisnika. Posljedica toga je da se u pripremi godišnjih financijskih izvještaja nerijetko pribjegava manipulacijama i iskrivljavanju iskazivanju nastalih rashoda, odnosno njihovom "premještanju" u proračunsku godinu u kojoj su ostvareni prihodi koji su im sučeljeni. Time se iskrivljava stvarno stanje javne potrošnje, a u slučaju dosljednog iskazivanja svih rashoda iskazuje se nepovoljan financijski rezultat koji ne odražava stvarno poslovanje i negativno se odražava na subjektivnu ocjenu rada menadžmenta na nižim razinama od strane menadžmenta na višim razinama. Kako se ocjena uspješnosti menadžmenta u javnom sektoru nerijetko ne temelji isključivo na objektivnim ekonomskim pokazateljima često se radije od računovođa traži manipulacija računovodstvenim podacima nego iskazivanje nepovoljnog rezultata.

3. U informacijskom smislu postavljeni sustav pokazuje određene manjkavosti koje proizlaze iz suženog obuhvata financijskih transakcija u odnosu na primjenu koncepta punog nastanka događaja. Ti se nedostaci odnose poglavito na područje kvalitete informacija za upravljanje ukupnim troškovima, a time i na mjerenje efikasnosti poslovanja u nekim djelatnostima javnog sektora. Radi se poglavito o djelatnostima koje su kapitalno intenzivne, a primijenjeni računovodstveni koncept ne predviđa mogućnost kapitalizacije troškova stjecanja dugotrajne imovine i njihovo sustavno vremensko ili funkcionalno alociranje putem amortizacije na mjesta i nositelje troškova. Na taj se način ne stvaraju pretpostavke za izračun ekonomske cijene *outputa* niti u onim djelatnostima gdje su *outputi* egzaktno najčešće prepoznatljivi i mjerljivi kao što je to u djelatnosti zdravstva.

4. U kontekstu reforme javnog sektora u pravcu povećanja njegove efikasnosti sve je naglašenija potreba razvoja internog obračuna i njegove konvergencije s eksternim obračunom. Razvojem računovodstva troškova i upravljačkog računovodstva otklonit će se manjkavosti sustava u razvijanju upravljačkih alata za odlučivanje, tj. specifičnih pokazatelja za mjerenje uspješnosti poslovanja i financijskog poslovanja.

5. Sagledavanjem sveukupnih odnosa, modela financiranja, prirode i značaja pojedinih djelatnosti u hrvatskom javnom sektoru, uočava se da unificiranost primjene jednoobraznog općeg državnog računovodstvenog sustava pokazuje slabosti u praćenju nekih djelatnosti uključenih u sustav opće države. Jedan od izraženih primjera je djelatnost javnog zdravstva. Od uključivanja javnih zdravstvenih ustanova u opisani računovodstveni sustav menadžment u javnom zdravstvu naglašava

neusklađenost ovog sustava s potrebama upravljanja, modelom financiranja te značajem i prirodom ove djelatnosti.

6. Upravljanje u hrvatskom javnom sektoru uspostavom unutarnje revizije dobiva na značenju u odnosu odgovornosti za korištenje sredstava poreznih obveznika. Uspostavom unutarnjih financijskih kontrola u javnom sektoru može se pružiti razumna sigurnost u pogledu postizanja ciljeva ustanove, može se povećati vjerojatnost ostvarenja ciljeva i mogu se ekonomično, djelotvorno i učinkovito koristiti proračunska sredstva.

7. Zdravstvene ustanove koje su korisnice proračuna u velikoj mjeri obveznice su sukladno kriterijima iz **Pravilnika o unutarnjoj reviziji korisnika proračuna (NN 35/08)** ustrojavanja unutarnje revizije. Ravnatelji zdravstvenih ustanova odgovorni su kroz poslovanje ustanova za raspolaganje značajnim proračunskim sredstvima. Očekivanja zdravstvene reforme, a i određena zakonska regulativa sa ciljem pozitivnog poslovanja zdravstvenih ustanova veliki je teret za ravnatelje i menadžment ustanova pa bi sveobuhvatan sustav unutarnjih kontrola i unutarnja revizija mogla umnogome pomoći u usmjeravanju procesa u ustanovama i povećanju kvalitete usluga. No ono što se ne smije zaboraviti je da su kontrole opravdane samo ako su koristi od njihovog provođenja veći od troškova njihova uvođenja i provođenja.

LITERATURA:

1. IFAC: "Governance in the Public Sector – a governing body perspective", Research Report, 2001. g., *on line* verzija : www.ifac.org
2. Antony/Young: "Management Control in Nonprofit Organizations", Irwin, Homewood, Illinois, 1998.
3. World Bank : "The New public management and its legacy", www.worldbank.org
4. Maletić, I. (grupa autora): "Računovodstvo proračuna", HZRI, Zagreb, 2007.,
5. Belamarić, B.: "Zdravstvo kao proračunski korisnik-Zavodi za javno zdravstvo u sustavu proračunskih korisnika", Hrvatski časopis za javno zdravstvo, br. 2/2005
6. O'Brien, J. A.: "Information systems in Business Management", Irwin, Homewood, Illinois, 1988.

7. "Financial Management in the Public Sector – How Accrual Accounting and Budgeting enhances Governance and Accountability", CPA Forum: Challenge of change: Driving governance and accountability, Singapore, 2004.
8. Vašiček, V.: "Stanje i pravci primjene računovodstva troškova u javnom sektoru", RIF-ova Riznica, 4/06, HZRIFD, Zagreb, 2006.
9. Larson/Pyle: "Fundamental Accounting Principles", Irwin, Homewood, Illinois, 1988.
10. Hay, L.E./ Engstrom, J.H.: "Essentials of Accounting for Governmental and Not-for-Profit Organizations", Irwin, Homewood, Illinois, 1987.
11. Lapsley, I.: "The Changing Public Sector – from transition to transition", European Accounting Review. Vpl.10..No.3, str.501-505., EAA, 2001.
12. IFAC-IPSASB: IPSAS 1 – Presentation of financial statements, 2007, www.ifac.org
13. Vašiček, V. u knjizi grupe autora (redakcija Vašiček D.: "Sustav proračuna", HZRIF, Zagreb, 2000.
14. Diamond, J.: "Performance Budgeting: Is Accrual Accounting Required?", W/P/o2/240/IMF, Washington, 2002.
15. Šošić, I./ Serdar, I.: "Udžbenik statistike", Školska knjiga, Zagreb, 1994.
16. Vašiček D.: "Državno računovodstvo u funkciji odlučivanja javnog menadžmenta", doktorska disertacija, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 2007.g
17. Zakon o sustavu unutarnjih financijskih kontrola u javnom sektoru (NN 141/06)
18. Zakon o proračunu (NN 87/08)
19. Pravilnik o unutarnjoj reviziji korisnika proračuna (NN 35/08)
20. Pravilnik o provedbi financijskog upravljanja i kontrola u javnom sektoru (NN 35/08)

PROMJENOM DO USPJEHA

Promjena se ne događa sama po sebi, ona se pokreće s razlogom, mišlju i idejom. Razlog promjene može biti izvan ili unutar organizacije. Vanjski čimbenici mogu biti politički događaji ili novi propisi vlade koji nas prisiljavaju da promijenimo metode poslovanja. Održavanje koraka s novom tehnologijom može također temeljito promijeniti način poslovanja. Unutarnji čimbenici koji pokreću promjenu mogu proizaći iz problema koji treba riješiti ili iz želje za stalnim poboljšavanjem. Na primjer, smanjivanje proračuna, razmirice među odjelima i uvođenje novoga računalnog sustava mogu uzrokovati promjene koje zahtijevaju da djelatnici budu fleksibilniji glede tipa i količine posla koji rade.

Danas sve više organizacija odabire provođenje čestih promjena da bi opstale. Prema tome, napredovalo je i upravljanje promjenom te nudi iskušane i ispitane postupke kao pomoć tvrtkama za uspješno provođenje promjene. Upravljanje promjenom definiramo kao sustavni proces znanja, postupaka i sredstava potrebnih da se promjena odrazi na ljude koji će biti pod njezinim utjecajem. Cilj je uspješna provedba željenoga rješenja organizirano i metodično, upravljajući utjecajem promjene na ključne ljude.

Budući da se promjena uvijek pokreće zato da se ostvari pozitivan rezultat, najčešća je zapreka uspješnoj promjeni otpor ljudi – pripremajući se na otpor, promjena će se dogoditi brže i lakše. Pristup upravljanju promjenom uključuje tri temeljne zadaće. Prva je zadaća utvrditi tko će se među onima koji će biti zahvaćeni promjenom vjerojatno oduprijeti promjeni. Druga je zadaća procjena izvora, vrste i stupnja otpora na koji može naići promjena. Treća je zadaća primjena djelotvorne strategije za smanjenje otpora.

Primijenivši program upravljanja promjenom može se predvidjeti snaga mogućeg otpora, vrijeme i novac koji će biti potrebni da bi se izišlo nakraj s otporom. Time će se ljudima koji moraju provesti promjenu pružiti prilika da procijene ključne čimbenike, odnosno je li vrijedno provesti promjenu i koliko će ona biti uspješna. Razumijevanje razloga opiranja ljudi promjeni i načina savladavanja otpora vrlo je bitno za pristup upravljanju promjenom

KLJUČ PRIMJERENOG UPRAVLJANJA PROMJENOM

Prvi korak: identificirati otpor prema promjeni

Utvrdite pet razloga zašto se ljudi opiru promjeni.

Odgovorite na osam ključnih pitanja kako biste otkrili koliko bi jak mogao biti otpor vašoj promjeni:

1. *Zašto se mijenjati?*
2. *U što se mijenjati?*
3. *Kako se mijenjati?*
4. *Tko je naredio promjenu?*
5. *Tko će provesti promjenu?*
6. *Tko će se mijenjati?*
7. *Hoće li se promjenom upravljati isto kao i prošlom?*
8. *Koliko je ozbiljan problem potencijalni otpor?*

Drugi korak: odlučiti kako smanjiti otpor

Sastaviti i provesti:

- *Plan komunikacije*
- *Plan učenja*
- *Plan nagrađivanja*

Treći korak: osmisliti glavni plan djelovanja

Kontrolirati provođenje planova komunikacije, učenja i nagrađivanja kako bi se olakšao provođenje promjene i omogućilo da promjena opstane jednom kada bude provedena.

Na temelju svih informacija koje se prikupe treba ustanoviti je li promjena ugrožena i ako je tome tako procijeniti koliko je ozbiljno ugrožena.

Temeljita analiza ustrojstva, procesa, ljudi i kulture mnogo govore o sadašnjem stanju organizacije. Mijenjanje načina na koji su ljudi radili dugo vremena nije jednostavno. Potrebno im je razjasniti u čemu je problem i koliko je on ozbiljan, što će pomoći u donošenju odluka, potkrijepljenu informacijama, o tome hoće li poduprijeti promjenu ili će joj se oduprijeti.

Određivanje brzine promjene

Između sadašnjeg stanja i onoga koje će biti sutra, tj. željenog stanja, nalazi se delta, prostor u kojemu se događa promjena, tj. prijelaz sa sadašnjeg u željeno stanje. Jedan je od najvećih problema s delta stanjem što ga ljudi smatraju prekratkim ili predugim. Ako ljudi misle da se stvari događaju prebrzo, mrže pritisak i mogli bi se oduprijeti promjeni. Suprotno tome, ako im se čini da se promjena presporo vuče, smatrat će besmislenim učiti nove postupke i misle će im biti da ih ostavite da

nastave svoj redoviti posao. Ovdje je ključna riječ shvatiti. Što je stvarnost? Događa li se promjena prebrzo ili presporo?

Trajanje delta stanja ovisi o prikupljenim informacijama o tome kakvo je sadašnje stanje. Za početak je potrebno raščlaniti promjenu na ključne faze i procijeniti koliko će trajati svaka faza. Zatim sastaviti kalendar provedbe promjene i objasniti što se treba dogoditi i zašto. Pokušati se rigorozno držati sastavljenog kalendara da bi život u delta stanju bio manje stresan svakome tko je uključen u promjenu.

Računajući na nepredvidjive okolnosti, uvijek treba predvidjeti više vremena nego što se procjenjuje da će trebati. Svi će cijeniti vaše pomno planiranje i brigu za njihovu dobrobit pa će biti skloniji suradnji tijekom tog razdoblja. Međutim, ponekad, unatoč svim naporima, mnogi će se ljudi teško nositi s padom u tom prijelaznom periodu. Kako im pomoći? Prije svega, treba poštovati i uzeti u obzir poteškoće koje imaju neki zaposlenici. Neka ljudi osjete razumijevanje koliko je teško naučiti novu tehniku ili novi proces. Može se iznijeti primjer osobnih teškoća na poslu kako bi shvatili da nisu sami. Potrebno je dati do znanja da postoji razumijevanje koliko je za njih stresno svakoga dana dolaziti na posao pitajući se je li to dan kada će ih „ugristi“ promjena. Na praktičnom planu treba učiniti sve što možete da se smanji razina stresa. Povremeno se može smanjiti količina posla ili pak osoblju dati slobodne sate. Iskazivanje brige za zaposlenike može stajati vremena, truda i malo novca, ali sve će biti vrijedno uloženog truda jer će osoblju pomoći da se snađe.

Uloge i odgovornosti

Vođe ne postižu uspjeh održavanjem sadašnjeg stanja. Prema definiciji, njihov je posao mijenjati status quo i postići napredak. Stoga je najprimjereneje ispitati ulogu i odgovornost vođa promjene, koji odobravaju promjenu i osiguravaju sredstva za promjenu. Međutim, vrlo su važni i ljudi koji moraju provesti promjenu - pokretači promjene. Njihove vještine u provođenju projekta i u pridobivanju podrške onih koji se moraju mijenjati, moćan su doprinos njegovu uspjehu. Bez njihove suradnje ne može se provesti promjena.

Prije samog provođenja promjene, važno je znati tko će biti ključni igrači. Dobar je način njihove identifikacije stvaranje slike o tome tko ima koju ulogu – drugim riječima pregled ključnih uloga. Odgovornosti vođe su trostruke. Mora razumjeti promjenu, upravljati njome ili je nadzirati i baviti se ljudima koji su zahvaćeni promjenom. Ponajprije, da bi razumio promjenu u cjelini, vođa mora razumjeti željeno stanje i njegov utjecaj na zaposlenike. Druga je dužnost vođe upravljanje promjenom ili nadgledanje promjene, dok je treća zadaća bavljenje ljudima zahvaćenima promjenom. Osoblje treba vidjeti lice osobe koja od njih traži da se promjene. Moraju vidjeti iskrenost, podršku i ohrabrenje iza

slike željenog stanja. Ako postoji jedna bitna osobina koju treba imati pokretač promjene, onda je to sposobnost slušanja.

Mete promjene

Tko su mete promjene? Meta je promjene svatko tko se mora promijeniti. Često razmišljamo o metama promjene kao o razmjerno maloj skupini na koju će promjena najviše utjecati. Međutim, mete promjene mogu biti i ljudi izvan organizacije, kao što su klijenti. Svaka meta promjene ima mogućnost opiranja, a otpor će biti posljedica njihova gledanja na promjenu.

Kakvo je dakle gledište mete promjene? Često je to stajalište žrtve – nekoga kome se događaju loše stvari. Ako postoji mentalitet žrtve među metama promjene, ključno je pitanje kako je došlo do toga? Jesu li takvo gledište imali i pri zapošljavanju, jesu li zbog nekog razloga postali takvima, ili su tako naučili razmišljati zbog načina na koji se s njima postupalo tijekom prethodnih promjena u organizaciji.

Mete promjene imaju se pravo žaliti kada im je promjena jednostavno nametnuta bez njihova sudjelovanja. Međutim, ako pokretač promjene zauzme pozitivno stajalište prema metama promjene i pokuša ih uključiti u promjenu, vjerojatno će biti manje pritužbi. Mete promjene trebaju razmotriti posljedice promjene na osobnoj razini, a pošto se slože s promjenom, trebaju konstruktivno djelovati kako bi se promjena provela što lakše i bezbolnije za sve uključene.

Katkad šok zbog predložene promjene dovodi do suočavanja s emocionalnim reakcijama. Možda se boje gubljenja povlastica. Možda su pomislili da je doprinos njihova odijela bio ispodprosječan. Kadšto bi se mogli i osjećati krivima što, možda, nisu dovoljno ili učinkovito radili. Mete promjene mogu upravljati promjenom samo ako nadvladaju takve osjećaje. Kao vođa promjene odgovorni ste za podučavanje ljudi tijekom promjene. Ljude je potrebno voditi korak po korak kroz njihove uloge, strpljivo im objašnjavajući opis njihovih poslova.

Često je prva reakcija s kojom se pokretač promjene mora uhvatiti ukoštac nepokretnost – vrsta mentalne nemoći koju neki ljudi pokazuju kada se prvi put suoče s mogućnošću promjene. Čini se da informacija jednostavno ne može doprijeti do njihove svijesti. U toj fazi potrebno je neprestano ponavljati ključne činjenice vezane uz promjenu i razloge njezina pokretanja.

Određivanje izlazne strategije

Opseg radnih obveza smanjuje se kako staro stanje postaje novo sadašnje stanje. Pokretač promjene je zadovoljan a djelatnici počinju prihvaćati promijenjeni svijet kao uobičajeni. Vrijeme je za sređivanje preostalih detalja. Svrha je izlazne strategije promjene provjera da li je sve učinjeno kako promjena ide svom kraju. Uočavaju se rizici novoga

sadašnjeg stanja koji bi još mogli postojati. Važno je srediti dosje svih aspekata promjene. Dosje mora biti razumljiv nekome tko ništa ne zna o promjeni, a dosje mu treba da sazna što se točno dogodilo. Potrebno je provjeriti jesu li svi dokumenti složeni po pravilnom kronološkom redoslijedu.

Ljudi žele znati da su završili posao. Žele znati da su izvršili sve svoje obveze i da im je dopušteno (formalno i neformalno) da krenu dalje. Ljudi također žele znati je li posao koji su završili dobro primljen. Pokretač promjene treba sazvati posljednji sastanak i svim sudionicima promjene pružiti priliku da komentiraju provedbu promjene.

Jednom kada je dovršen sav ozbiljan posao, dobro je prirediti domjenak i proslaviti svoja postignuća i zahvaliti svima koji su bili uključeni i priznati im sav napor i timski rad koji je omogućio da se postigne cilj.

Zaključak

Provođenje promjena zahtijeva povećani angažman svih zaposlenih, a mnogi od njih se boje da neće biti dorasli zahtjevima. Stav prema promjeni također može utjecati na konačni uspjeh ili poraz. Održavanje koraka s neprestanim razvojem tehnologije i novih saznanja znači da se neprestano trebamo nositi s promjenjivim situacijama. No, promjena može biti i vrlo uzbudljivo iskustvo jer nam omogućuje da učinimo nešto što nikad prije nismo radili i da vidimo da možemo više nego što smo bili svjesni. Uspješno provedena promjena može biti izvor velikog zadovoljstva i ponosa.

Literatura:

1. Potts, R., Lamarch, J. Upravljanje promjenom do uspjeha. Školska knjiga. Zagreb 2005.
2. Axelrod, R. terms of Engagement: Change Organization. Publishers d.d., San Francisko, 2001.

IMPLEMENTACIJA U ZDRAVSTVENE USTANOVE SUSTAVA UPRAVLJANJA KVALITETOM

Zdravstvo ima velik utjecaj na zdravlje pojedinca kao i na zdravlje i potencijale društva.

Svjedoci smo da su današnjim stanjem zdravstva nezadovoljne sve zainteresirane strane: pacijenti kao korisnici, zdravstveni djelatnici kao davatelji usluge i društvo koje izdvaja, odnosno preraspodjeljuje od stanovništva prikupljena sredstva. I svi su u pravu. Stupanj i težište nezadovoljstva varira i nije uvijek racionalno pa i ne ovisi o periodičkim krizama ili recesijama. Svakako su čimbenici i sukreatori „zadovoljstva“ i mediji te silno moćna farmaceutska djelatnost. U tim okolnostima potencira se potreba da se zdravstvom upravlja kao sustavom složenih procesa.

Sustavi upravljanja prvo su razvijeni za potrebe razvijenih vojski koje su i same vrlo složen skup međusobno zavisnih procesa. Konac II svjetskog rata Amerika i Velika Britanija dočekale su držeći vojsku radi održanja moći, utjecaja i interesa diljem svijeta. Iz logističkih i političkih razloga vojska se dijelom opskrbljivala iz lokalnih izvora pa kako bi osigurala kvalitetu proizvoda, odnosno usluge, razvila je skup standarda koji su dobavljači trebali ispunjavati te je uspostavila inspektorski nadzor nad njima. Tako je uspostavljen vojni standard za osiguranje kvalitete i iz njega su 1987. razvijeni sustavi ISO 9000 serije.

Sustav je do sada doživio tri revizije i danas na snazi je norma EN HRN ISO 9001:2008 Sustav upravljanja kvalitetom. Osnovna filozofija te norme jest: „Ako je neka organizacija utvrdila ovlaštenja, odgovornosti i međuodnose u odvijanju procesa, ako su osigurani resursi, ako se sustavno provjerava prema dvadesetak vrlo logičnih zahtjeva, internim prosudbama i provjerama od strane uprave, ako se certificira i nadgleda po ovlaštenoj kontrolnoj kući, onda je visoko vjerojatno i da će proizvod/usluga biti sukladan ugovorenom“.

Norma je uvedena kod više milijuna subjekata u gotovo svim zemljama svijeta i postala je menadžerski temelj za niz novih normi, koje su isprva uspostavljene kao vodič za primjenu ISO 9001 da bi potom postale samostalne norme. Tako su redom nastajale norme zaštite okoliša, zdravlja i sigurnosti, društvene odgovornosti, i slično praćene pomoćnim normama.

Za potrebe zdravstva razvijena je norma IEC 62353 o kriterijima za ispitivanje ispravnosti medicinskih uređaja, ISO 17025 za

osposobljenost ispitnih i umjernih laboratorija, a potom norma za podobnost medicinskih laboratorija ISO 15189, IWA1 (International Workshop Agreement) koja je razvijena na temelju norme ISO 9004. IWA1 razrađuje „što je pisac htio reći?“ slijedom zahtjeva norme ISO 9001 i tumačeći na što treba posebno skrenuti pažnju pri primjeni u medicinskoj ustanovi. U Republici Hrvatskoj također su prihvaćene smjernice za dobru kliničku praksu kao i mnoge druge.

Naravno, rastući „business“ akreditacije i certifikacije doveo je i do nekih novih sustava i organizacija kao što je, primjerice, „Joint Commission International“ (JCI). Posljedično, i Republika Hrvatska će uskoro odlučiti koje će kriterije primijeniti u kategorizaciji međunarodnih ustanova.

Neki čelnici međunarodnih ustanova, koji su stremili boljem i vidjeli dalje, uveli su sustav upravljanja kvalitetom prema ISO 9001 ne čekajući da on bude propisan. Tako je „Domnius – ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući“ certificirana 2003. godine prema sustavu upravljanja kvalitetom ISO 9001:2000 kao prva medicinska ustanova u RH, a „Magdalena – specijalna bolnica za kardiovaskularnu kirurgiju i kardiologiju“ iz Krapinskih toplica certificirana je 2001. godine kao prva bolnica u RH prema sustavu ISO 9001:2000. STEP osiguranje kvalitete d.o.o. bio je konzultant u obje ustanove, a certifikat je izdala certifikacijska kuća Bureau Veritas Certification putem svog ureda u Hrvatskoj.

Ministar zdravstva još je tokom 2000. naredio da svaka bolnica mora imati pomoćnika za kvalitetu. Organizirani su cijeli plenumi novoimenovanih pomoćnika koji su, čini se, bili birani iz redova neadekvatnih djelatnika. Očito je da se proces sporo implementira.

Postavljanje pomoćnika Ministarstva zdravstva za sustav upravljanja kvalitetom vrlo će vjerojatno ubrzati donošenje kriterija i aktivnosti po zdravstvenim ustanovama, a koje će rezultirati postizanjem i održavanjem međunarodno prihvaćenih standarda liječenja i zdravstvene njege.

*Rosana Svetić Čišić, Snježana Gaćina,
Nada Hrdan, Željko Metelko, Lea Sokolić*

ISO SUSTAV KONTROLE KVALITETE U PROCESU ZADRAVSTVENE NJEGE – ISKUSTVA IZ PRAKSE

Sažetak:

Prikazati rezultate i prva iskustva dobivena praćenjem kvalitete rada temeljem dobivenog certifikata za kvalitetu procesa zdravstvene njege sukladno ISO sustavu 9001:2000 svrha je ovog rada.

Praćeni su indikatori za kontrolu kvalitete:

- padovi bolesnika
- broj dekubitalnih rana
- edukacija medicinskih sestara
- zadovoljstvo bolesnika s radom medicinskih sestara
- praćenje i vođenje pripravnika sukladno propisanom programu

Dobiveni rezultati:

Incident pada imalo je 0,69% (2007.) te 0,37% (2008.) bolesnika tijekom hospitalizacije. Bolesnika koji su hospitalizirani s dekubitusom bilo je 0,60%(2007.),te 0,43% (2008.). Dekubitus tijekom hospitalizacije na Klinici dobilo je 0,17% (2007.) bolesnika i (2008) 0,12%.

Edukacija sestara: 95% medicinskih sestara srednje stručne sprema ostvarilo je potreban broj bodova na temelju stručnog usavršavanja tijekom 2007. godine, 2008. 95,45%. Dok su više medicinske sestre ostvarile 2007 potreban broj bodova u 91,67% , te u 2008. u 95,80%

Radom medicinskih sestara u 2007. je zadovoljno 98,43%, djelomično zadovoljno 1,47% i nezadovoljno je 0,10% bolesnika. 2008. promijenjen je način procjenjivanja rada korištena je Likertova skala od 1-5. Prosječna ocjena bolesnika za rad medicinskih sestara bila je 4,83.

Sve priravnice obavile su pripravnički staž prema programu koji uključuje dvije provjere znanja,vještina i orijentacije polovinom staža i završetkom.

Ključne riječi:

Kontrola kvalitete, proces zdravstvene njege, ISO sustav 9001:2000

Uvod:

Kontrola kvalitete rada u svakodnevnoj praksi pokazuje usmjerenost ka stalnom poboljšanju.^{1,2,3} Certificirati sukladno ISO sustavu 9001:2000 svoj rad znači zadovoljiti kriterije koji pokazuju da se stalno prati rad i njegova kvaliteta.^{4,5,6}

Trajno poboljšavanje sustava upravljanja kvalitetom složeni je proces, koji sadrži različite faze i dijelove cjelokupnog procesa.⁷

Osnovni koncept primjene ISO sustava kontrole kvalitete u zdravstvu je da postoji korisnik usluga, bolesnik koji ima svoje potrebe, time i zahtjeve na koje treba odgovoriti. Zahtjevi trebaju biti izvršeni na način da konačni rezultat bude zadovoljan korisnik usluga, tj. zadovoljan bolesnik. Zadovoljstvo se procjenjuje i do njegovog postignuća potrebno je osigurati različite faze procesa.

Proces uključuje na prvom mjestu realizaciju usluga, koju je potrebno stalno mjeriti, analizirati i poboljšavati, za taj dio odgovorno je poslodavstvo, koje će upravljati resursima kako bi se izvršila odgovarajuća realizacija usluga. Proces je to koje se nadopunjuje i jedan dio procesa uključuje i drugi dio, a svi zajedno čine cjelinu trajnog poboljšanja sustava upravljanjem kvalitetom.^{7,8}

Ustanova koja brine o kvaliteti rada ima svoju viziju i misiju. Sveučilišna klinika za dijabetes, endokrinologiju i bolesti metabolizma Vuk Vrhovac ima misiju zbrinuti i zadovoljiti bolesnika. Vizija ustanove je ostati vodeća klinika u svom području, stručni rad uz cijene prihvatljive kupcu i troškove prihvatljive vlasniku, te unaprijediti u svijetu postojeći ugled primjenom najnovijih svjetskih dostignuća.

Za ostvarenje strateškog cilja prihvaćena je politika kvalitete koja uključuje:

1. Posvećivanje pune pažnje pružanju skrbi korisnicima usluga, što je prvenstveni zadatak i cilj
2. Poticanje trajnog usavršavanja i razvoj pojedinca, motivacija i timski rad djelatnika SKVV i korisnika usluga
3. Praćenje i primjenjivanje hrvatskih zakona i normi, znanstvenih i stručnih novosti radi što veće sigurnosti i djelotvornosti pruženih usluga
4. Težnja stalnom poboljšanju poslovnih procesa i usluga
5. Suradivanje sa suradnicima i korisnicima usluga uz primjenu poslovnih i etičkih normi.
6. Trajno unapređivati sustav kvalitete u skladu s normom HRN EN ISO 9001: 2000.

Prvi certifikat klinika je dobila 2004. za dijagnostiku i liječenje bolesnika sa šećernom bolesti, endokrinologiju, humanu medicinu i metaboličke bolesti, laboratorijsku medicinu i kliničku farmakologiju.

Obnovljenom certifikacijom 2007. godine uključen je jedan novi dio, proces zdravstvene njege.

Svaki dio procesa ima svoje indikatore kvalitete i ciljeve koje je potrebno ostvariti tijekom jedne godine.

Metode rada:

Norma HRN EN ISO 9001: 2000 Sveučilišne klinike za dijabetes, endokrinologiju i bolesti metabolizma Vuk Vrhovac uključuje od jeseni 2007. godine i proces zdravstvene njege. Pri dobivanju certifikata bilo je važno odlučiti se za jedinstveni naziv koji će uključiti sve navedene sestrinske aktivnosti koje nisu bile isključivo usmjerene samo na zdravstvenu skrb bolesnika. Odlučeno je da će se taj dio procesa kontrole kvalitete zvati proces zdravstvene njege.

Prema definiciji objavljenj u National Library of Medicine, ciljevi procesa zdravstvene njege usmjereni su na praćenje indikatora skrbi za bolesnike, procjenu zadovoljstva bolesnika pruženim uslugama, stalnu konitnuiranu edukaciju medicinskih sestara i pripravnika. Svi navedeni procesi uključeni su u proces zdravstvene njege (*Nursing process*).

Proces zdravstvene njege podrazumijeva sve aktivnosti medicinskih sestara i ne smije se miješati sa sestrinstvom koje je profesija, niti sa zdravstvenom njegom koji uključuje aktivnosti medicinskih sestara koje su usmjerene na bolesnika.

Od 1966 do 1979 godine koristi se termin zdravstvena njega (*Nursing Care*), od 1968 do 1979 godine koristi se termin planiranje zdravstvene njege (*Patient Care Planung*) ali od 11.04.1979. godine proces zdravstvene njege (*Nursing process*).⁹

Osnova za praćenje procesa zdravstvene njege je vođenje sestrinske dokumentacije. Sestrinska dokumentacija na Klinici se vodi već dugi niz godina, započeta je sustavno početkom devedestih. Od početka prošle godine sestrinska dokumentacija u primjeni je sukladna preporukama Hrvatske komore medicinskih sestara. Koriste se sve sastavnice sestrinske dokumentacije i ona je dio medicinske dokumentacije svakog hospitaliziranog bolesnika.¹⁰ Za bolesnike koji su u poliklinici koristi se elektronički oblik dokumentacije u programu Crodiab net. Crodiab net baza je podataka za sve bolesnike sa šećernom bolešću koja sadržava medicinsku dokumentaciju i laboratorijske nalaze, a od nedavno i sestrinsku listu. Na sestrinskoj listi zabilježena je edukacija bolesnika, njena procjena i provedene intervencije. Također uključuje sestrinsko otpusno pismo.

Razvojem i planiranjem procesa zdravstvene njege za sustav kontrole kvalitete sukladno normi HRN EN ISO 9001: 2000 bilo je važno učiniti algoritam procesa kako bi se on mogao na jednostavan način pratiti i kako bi se mogao pratiti slijed aktivnosti, osobe koje isto rade i dokumente gdje se bilježi aktivnosti.

Određivanje kontrolnih točaka za početak procesa i kraj procesa. U algoritam procesa uključeni su i liječnici jer se vrlo često aktivnosti medicinskih sestara i liječnika nadopunjuju i imaju poveznice.

Vođenjem sestrinske dokumentacije moguće je pratiti indikatore kvalitete. Kopije dokumenata Izvješća o dekubitusu i Izvješća o padu redovito se dostavljaju glavnoj sestri klinike, kao i mjesečna izvješća oba bolnička odjela Klinike.

Na Klinici je organizirana kontinuirana edukacija medicinskih sestara. Iako HKMS propisuje obavezu od 15 bodova godišnje za stručno usavršavanje, na Klinici je povećana obveza. Ona zahtjeva 32 boda za medicinske sestre sa srednjom stručnom spremom i 37 bodova za medicinske sestre sa višom školom i medicinske sestre prvostupnice. Sva dokumentacija o edukaciji medicinskih sestara se vodi na obrascu propisanom od HKMS, bodovi se zbrajaju i piše izvješće.

Za pripravnički staž postoji dokument koji se koristi za praćenje pokazanih intervencija koje potpisuje imenovani mentor na klinici. Mentori su više medicinske sestre koje potpisom i datumom na dokument garantiraju da su određene intervencije i/ili vještine pokazane pripravniku. Dva puta godišnje procjenjuje se znanje, orijentacija i vještine svakog pripravnika. Piše se na dokumentu koji sadržava sva pitanja i opaske o pokazanom. Ispit vode glavna sestra odjela i glavna sestra klinike.

Zadovoljstvo bolesnika radom medicinskih sestara procjenjuje se anketom koja se provodi početkom svakog mjeseca na svim odjelima klinike.

Anketa osim pitanja o radu medicinskih koliko su zadovoljni komunikacijom s medicinskom sestrom i jesu li upute i savjeti koje su dobili od medicinskih sestara jasni, sadržava pitanja o radu liječnika i drugog osoblja, kao i mogućnost upisivanja primjedbi koje bolesnici imaju.

Rezultati rada:

Hospitaliziranih bolesnika na dva bolnička odjela s dekubitusom bilo je 0,60%(2007.), te 0,43% (2008.). Dekubitus tijekom hospitalizacije na Klinici dobilo je 0,17% (2007.) bolesnika i (2008) 0,12%. Rizik za nastanak dekubitusa procjenjivan je pomoću Braden skale o čemu je vođena sestrinska dokumentacija.

Rizik za pad u bolesnika procjenjivan je pomoću Moorseeve skale. Incident pada imalo je 0,69% (2007.) te 0,37% (2008.) bolesnika

tijekom hospitalizacije. Svaki incident je bilježen kroz sestrinsku dokumentaciju.

Pravilnikom o stručnom usavršavanju Hrvatske komore medicinskih sestara predavanja su organizirana na Klinici svaki tjedan, time je zagarantirana dostupnost edukacijskih sadržaja svim medicinskim sestrama. Kao indikator kvalitete zbrajaju se bodovi kontinuirane edukacije koji su ostvareni na Klinici.

Umjesto potrebnog broja bodova koji je propisan od HKMS a koji iznosi 15 bodova dogovoreno je da medicinske sestre srednje stručne sprema imaju godišnje 32 boda, a medicinske sestre s višom školskom spremom 37 bodova.

Od ukupno zaposlene 43 srednje medicinske sestre 95% ostvarile su potreban broj bodova na temelju stručnog usavršavanja tijekom 2007. godine dok je 2008. Potrebne bodove ostvarilo 95,45% medicinskih sestara.

Na klinici je zaposleno 23 viših medicinskih sestara/prvostupnica, njih 91,67% ostvarilo je potreban broj bodova na temelju stručnog usavršavanja tijekom 2007. Godine, te u 2008. u 95,80%

Izuzete su medicinske sestre na dugom bolovanju ili porodiljnom dopustu.

Svake godine zapošljavaju se četiri pripravnice koje prolaze predviđeni program pripravničkog staža uz vodstvo mentora. Dva puta im se evaluira znanje, orijentacija i vještine, što se bilježi na odgovarajućoj dokumentaciji. Dokumentacija je pohranjena kod glavne sestre klinike.

Tijekom cijele 2007 godine procjenjivan je rad medicinskih sestara na svim odjelima klinike. Bolesnici su procjenjivali zadovoljstvo komunikacijom s medicinskom sestrom te jesu li upute i savjeti koje su dobili od medicinskih sestara jasni. Odgovori su bili nezadovoljan, djelomično zadovoljan i zadovoljan. Zadovoljstvo bolesnika se prati svaki mjesec pomoću ankete na svakom odjelu pojedinačno. Dobiveni rezultati analiziraju se na svakom odjelu pojedinačno. Ukupno je nezadovoljno 0,10% bolesnika, 1,47% je djelomično zadovoljno, dok je zadovoljno 98,43% bolesnika.

U 2008.godini promijenjena je anketa kojom su bolesnici procjenjivali rada zaposlenika. Korištena je Likertova skala od 1-5. Prosječna ocjena bolesnika za rad medicinskih sestara bila je 4,83 u prosjeku na svim odjelima Klinike.

Rasprava:

Dobiveni rezultati koji su prikazani pionirski su pokušaji iz područja kontrole kvalitete rada u sestrinstvu. Podaci za dekubitus postotci su od ukupno broja bolesnika.

Novi ciljevi i poboljšanje rada tijekom slijedeće godine uključiti će bilježenje procjene rizika za nastanak dekubitusa i postotak bolesnika koji su dobili dekubitus Isto će se primijeniti na procjenu rizika pada i bilježenje incidenta pada.

Evaluacija kontinuirane edukacije medicinskih sestara provoditi će se po istom principu, kao i provođenje pripravničkog staža.

Kao i svake godine bolesnici će imati priliku procijeniti rad svih zaposlenika, između ostalih i medicinskih sestara, te dati svoje primjedbe, prijedloge za poboljšanje ili kritike. Na svaku potpisanu anketu bolesnik dobiva pismeni odgovor voditelja odjela.

Zaključak:

Primjena kontrole kvalitete rada prema normi HRN EN ISO 9001:2000 put je ka oblikovanju modela najbolje prakse. Model najbolje prakse uključuje organizaciju sestrinske službe i vođenje sestrinske dokumentacije.

Analizom dobivenih prvih rezultata u kontroli kvalitete rada medicinskih sestara vidljivo je da su uvijek moguća poboljšanja kvalitete pruženih usluga. Primjenom instrumenata za kontrolu kvalitete dokumentira se rad, doprinosi se zakonskoj i pravnoj zaštiti kako bolesnika tako i medicinskih sestara, postiže se ujednačena skrb i poboljšavaju se standardi rada. Sve navedeno doprinosi profesionalnom razvoju sestrinstva.

Literatura:

1. Micheels T, Wheeler L, Hays B. Linking Quality and Cost Effectiveness: Case Management by an Advanced Practice Nurse *Clinical Nurse Specialist* 1995; 9(2):107-111,.
2. Nugent K. The Clinical Nurse Specialist as Case Manager in a Collaborative Practice Model: Bridging the Gap between Quality and Cost of Care. *Clinical Nurse Specialist* 1992; 6(2):106-111,.
3. Sciamanna C, Alvarez K, Miller J, Gary T, Bowen M. Attitudes Toward Nurse Practitioner-Led Chronic Disease Management to Improve Outpatient Quality of Care. *American Journal of Medical Quality* 2006; 21(6):375-381,
4. Fleming CM, Armes FM. The Suitability of ISO 9001 as a Quality System for a Medical Illustration Department. *Journal of Audiovisual Media in Medicine* 2001; 24: 17-22
5. Nair C, Christensen M, ISO 9001 quality system gets results for hospitals October 4, 2004 *AHA News*
6. Carol M, Armest FI, Armest FR. The Suitability of ISO 9001 as a Quality System for a Medical Illustration Department, *Journal of Audiovisual Media in Medicine* 2001; 24:17-22
7. Quality Management Systems- Guidelines for process improvements in health service organizations, ISO 2001
8. ISO 9001:2000 Sustavi upravljanja kvalitetom-zahitjevi
9. National Library of Medicine - Medical Subject Headings [homepage on the Internet]. MeSH, MeSH Descriptor Data [cited November 2008] Available at: <http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2008/MB>,
10. Hrvatske komore medicinskih sestara [homepage on the Internet]. [cited 07/15/2006] Hits: 448, Sestrinska lista izdata od strane Available at: www.hkms.hr;

UPRAVLJANJE PROMJENAMA POMOĆU SUSTAVA KONTROLE KVALITETE

Sažetak:

Sustav kontrole kvalitete ISO 9001:2000 uvodi se u organizacije koje žele poboljšati učinkovitost pomoću kontrole kvalitete. Uvođenje kontrole kvalitete na kliničkom odjelu za plućne bolesti (KOPB) i alergije je strateška odluka. Osnova cijelog procesa temelji se na dokumentu koji opisuju sustav kontrole kvalitete cjelokupne bolnice Golnik:

POSLOVNIK VOĐENJA.

U radu su opisani ključni koraci pri uspostavljanju sustava vođenja kontrole kvalitete i sustav upravljanja kvalitetom pri zdravstvenoj njezi. U Bolnici Golnik za tu namjenu izvodimo stručne nadzore i unutarnju kontrolu.

Ključne riječi: sustav upravljanja, zdravstvena njega, stručni nadzor, unutarnja kontrola

UVOD:

Standard ISO 9001:2000 nalaže stalno poboljšavanje učinkovitosti sustava kvalitete pomoću politike kvalitete, ciljeva kvalitete, rezultata kontrole, analize podataka, korektivnih i preventivnih mjera uz maksimalno uključenje menadžmenta organizacije (Arnetz, 1999; Belbin, 1981; Belbin, 1993; Gaucher, Coffey, 1993; Donabedian, 1985). ISO 9001:2000 povezuje iskustva najbolje svjetske prakse i omogućuje integraciju s drugim sustavima kontrole uz uključenje specijalnih zahtjeva za različite djelatnosti unutar zdravstva (ISO 9001, ISO 15189).

UVOĐANJE SUSTAVA KONTROLE KVALITETE

Razloga za uvođenje sustava kontrole kvalitete je više (Brook, 1998; Bull, 1992; Gaucher, Coffey, 1990; Hammer, Champy, 1993):

- Zdravstvo je vrlo kompleksna djelatnost, zato je potrebna: suradnja brojnih zdravstvenih stručnjaka (dijagnostika i liječenje, zdravstvena njega, medicinski laboratorij, zdravstvena administracija...)
- Bolesnik je središte procesa, stoga je neophodna stalna međusobna povezanost svih djelatnosti

- Bolesnik ima premalo znanja o načinima liječenja

U skladu s dosadašnjom prepoznatljivosti po stručnosti i ljubaznosti osoblja bolnice i posebice Kliničkog odjela za plućne bolesti i alergije odlučili smo svoje poslovanje uskladiti s zahtjevima standarda ISO 9001:2000.

Certifikat smo dobili za područje dijagnostike, liječenja, zdravstvene njege, ispitivanja i razvoja, respiratorne rehabilitacije, djelatnosti dijagnostičkih odjela i medicinskog laboratorija, te dodiplomskog i postdiplomsko usavršavanja na području plućnih bolesti i alergija.

KOPA Golnik je tako postala prva bolnica u Sloveniji koja za cjelovitu bolničku djelatnost ispunjava kriterije koje zahtjeva navedeni standard.

Koji su ključni koraci pri uspostavi sustava kontrole kvalitete?

1. odluka o sustavu kontrole kvalitete. U KOPA Golnik smo podijelili dva glavna procesa: dijagnostika i liječenje, te zdravstvena njega. Osim njih prepoznali smo slijedeće: funkcionalna dijagnostika, dijagnostika u medicinskim laboratorijima, zdravstvena administracija, unutarnji transport, klinička farmakologija, pedagoški rad, nabavu, ispitivanje i razvoj, stručno usavršavanje, medicinsku i poslovnu informatiku, financije i tehnička djelatnost. Sve to povezuje proces upravljanja. Informiranje zaposlenika sa zahtjevima norme i zajedničko oblikovanje načina njihovog ispunjavanja. Zaposlenici su upoznati na slijedeći način:
 - Edukacija unutarnjih kontrolora (60). Cilj edukacije je upoznavanje sa zahtjevima norme 9001:2000, upoznati postupak pripreme i izvedbe unutarnje kontrole, te pripadajuće postupke.
 - Organizacija edukacije
 - Informacija u internom glasilu
 - Uvođenje sustava sa stvarnim rješavanjem problema
2. Uvođenje sustava rješavanja problema u poslovanju.
3. Formiranje potrebne dokumentacije.
4. Praćenje dobivenih rezultata rada.

SUSTAV KONTROLE KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE

U KOPA Golnik sustavatski pratimo kvalitetu zdravstvene njege od 1997. godine. Cijelo vrijeme smo razvijali sestrinsku dokumentaciju, oblikovali standarde kvalitete i evaluirali rad. Standarde kvalitete smo kontinuirano dopunjavali s novim indikatorima kvalitete koje redovito pratimo. U projekte pokušavamo uključiti više suradnika. Poznati su naši sastanci u kojima aktivno sudjeluju zaposlenici svih odjela.

2006. započeli smo s izvođenjem stručnog nadzora. Stručni nadzor zdravstvene njege izvode: pomoćnica ravnatelja za područje

zdravstvene njege, glavne medicinske sestre odjela, koordinatori za kvalitetu ili izvršioци zdravstvene njege, koje ovlašćuje pomoćnica ravnatelja za područje zdravstvene njege-

U skladu s tim postupkom kod unutarnjeg stručnog nadzora provjerava se slijedeće:

- Svakodnevni rad na području zdravstvene njege
- Izvođenje standarda ili normi zdravstvene njege (ocjena planiranja i realizacije zdravstvene njege)
- Vođenje sestrinske dokumentacije i medicinske dokumentacije, (sestrinska dokumentacija, temperaturna lista, kliničke uputnice)
- Ocjena sigurnosti bolesnika:
 - o Procjena dekubitusa (dnevna i tjedna procjena pri izvođenju zdravstvene njege, te nakon mjesečnog izvješća)
 - o Sigurnost bolesnika (dnevna i tjedna procjena pri izvođenju zdravstvene njege, te nakon mjesečnog izvješća o incidentu pada)
- Rezultati pokazatelja kvalitete odjela (ocjena izvedenih mjera ako pokazatelji nisu u granicama zadane kvalitete)
 - o Ocjenjujemo dnevno i tjedno pri stručnom nadzoru (npr. dezinfekcija ruku, nošenje maski...) ili nakon primljenog izvješća o mjerenju pokazatelja kvalitete
- Problemi i prednosti pri provođenju programa kvalitete:
 - o Ocjenjujemo rezultate prema saznanjima unutarnjeg nadzora, sastanaka, kolegija, realizacije poboljšanja i praćenja ciljeva kontrole kvalitete.
- Mjere poboljšanja
- Realizacija izvođenja aktivnosti koje se rjeđe izvode, odnosno važnije su za praćenje pokazatelja kvalitete ili financijskih pokazatelja.

Stručni nadzor zdravstvene njege se izvodi najavljeno i nenajavljeno u okviru sestrinske vizite, a u skladu s planom nadzora. O izvršenom nadzoru se vodi pripadajuća dokumentacija. Broj zapisnika upisuje se u plan nadzora. U slučaju prisutne nesukladnosti navode se odgovarajuće korektivne ili preventivne mjere.

Korektivne i preventivne mjere moraju biti u skladu sa zahtjevima struke, o kojima se raspravlja na sastancima tima zdravstvene njege i odjelnim sastancima, o tome se vode zapisnici. Na taj način je sustav kontrole kvalitete način našeg svakodnevnog rada.

Pomoćnica ravnatelja za područje zdravstvene njege odgovorna je za:

- Izradu plana unutarnjeg nadzora
- Pravilno izvođenje i ispunjavanje plana za tekuću godinu

Glavne sestre odjela te ostalo osoblje odgovorno je za:

- Izvođenje korektivnih i preventivnih radnji
- Uvažavanje mjera pri daljnjem radu

U sustavu kontrole kvalitete izvodimo unutarnji nadzor. Temeljem provedenog nadzora (pohvale, primjedbe i kritike) pokušavamo zapisati što više konkretnih podataka i objektivnih dokaza.

O kritikama se raspravlja na sastancima i pokušava što kvalitetnije ispraviti nastale nesukladnosti u zadanim rokovima za izvedbu uz definiranog izvršioca.

Dakle zašto uvoditi kontrolu kvalitete u našu sredinu?

Sustav vođenja kvalitete ISO 9001:2000 nam pomaže da sačuvamo naše usmjerenje za uspješnu, učinkovitu i sigurnu skrb za bolesnika. Pri usmjeravanju naše primarne skrbi za bolesnika i njegovu obitelj, pokušavamo uključiti multidisciplinarni tim različitih stručnjaka koji su uključeni u pružanje kvalitetne brige za bolesnika. Norma osigurava optimalni tijek rada i maksimalnu iskorištenost raspoloživih izvora.

Literatura:

1. Arnetz, B. Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *Int J Qual Health Care* 1999,11:345 – 351.
2. Belbin, M. Management teams. Why they succeed or fail. Butterworth Heinemann, 1981.
3. Belbin, M. Team roles at work. Butterworth Heinemann, 1993.
4. Brook, C. Motivation for improvement in quality: personal and international perspectives. *Int J Qual Health Care* 1998, 10:469-72.
5. Bull, M. Quality Assurance: professional accountability via continuous quality improvement. In: Improving quality A guide to effective programs. Maryland: An Aspen publication, 1992.
6. Donabedian, A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Michigan: Health administration press, 1985.
7. Gaucher E, Coffey R. Transforming healthcare organizations. How to achieve and sustain organizational excellence. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1990.
8. Gaucher E, Coffey R. Total quality in healthcare. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1993.
9. Hammer M, Champy J. Reengineering the corporation: a manifesto for business revolution. New York: Harper Business, 1993.

SUSTAVI PODRŠKE

SAŽETAK

Jedan od najvećih izazova u zdravstvu, ali i u sestrinstvu je kako upravljati promjenama, kako permanentno modificirati strukturu zdravstvenog sustava. U sestrinstvu postoji duga tradicija prihvatanja promjena, pogleda na promjene, provođenja i upravljanja promjenama u provođenju zdravstvene njege. Zdravstveni sustavi se suočavaju s različitim izazovima u različitim ekonomskim situacijama. Postavljaju se zahtjevi vezano uz državne propise, zahtjevi za racionalizacijom, učinkovitijom i temeljitom brigom o pacijentima, kao i poboljšanje zdravstvenog sustava pomoću informacijsko-komunikacijske tehnologije. Svaki pokretač promjena mora uspostaviti sigurnosne mreže koje će osigurati prijelazni period i omogućiti sustav podrške i povjerenja u prijelaznim periodima, kako bi se smanjio otpor, a maksimalno povećala podrška.

Ključne riječi: upravljanje promjenama, sigurnosne mreže, sustavi podrške, informacijski sustav

UVOD

Zdravstvene ustanove, cjelokupni zdravstveni sustav svakodnevno se suočava s velikim brojem izazova kao što su zakonski propisi, konkurentnost, što bolja i kvalitetnija skrb bolesnika, porast troškova. Zdravstvene institucije, posebno bolnice suočavaju se s različitim strukturalnim promjenama na području zdravstva, ispred njih se postavljaju različiti zahtjevi, ali i različite mogućnosti za što uspješnije upravljanje zdravstvenim institucijama.

Neki od zahtjeva koji se postavljaju su konkurencija između bolnica i teret prebacivanja financijskog rizika s osiguravajućih društva na pružatelje zdravstvenih usluga vodi do potrebe za boljim internim kontrolingom bolničkih procesa, povećane potrebe za integracijom bolničkog i ambulantnog liječenja, te održanje tehnološke infrastrukture. Za ispunjavanje tih zahtjeva neophodno je prikupljanje informacija o poslovanju svake ustanove.

Medicinske sestre trebaju prepoznati važnost financijskih čimbenika, u zdravstvenom sustavu. Uspješni menadžeri kako bi mogli biti uspješni vođe moraju razumjeti proces promjene i provoditi ga :

1. Jasno definirajući ciljeve promjena
2. Monitorirati proces promjena
3. Formulirati specifične metode, ako proces promjena ide u neželjenom pravcu
4. Objektivno procjenjivati učinke promjena

Nakon provedenih promjena važno je sve integrirati u cjelokupni sustav.

U periodu promjena potrebno je uzeti u obzir sve vidove profesije uslužnu, edukacijsku i istraživačku uzimajući u obzir etička pitanja.

Sigurnosne mreže

Svaka promjena stvara otpor, važno je pokušati smanjiti otpor, a povećati podršku što je moguće sigurnosnim mrežama koje uključuju komunikaciju, učenje i nagrađivanje. Ljudi koji su zahvaćeni promjenama osjećaju ogromnu potrebu za informacijama, žele znati razloge zašto se dešava promjena, što donosi promjena i kako se ustanova ili organizacija nosi s procesom promjena. U prijenosu informacija važna je vjerodostojnost, objektivnost, direktnost i uravnoteženost i ponekad je tijekom prijenosa informacija dobro koristiti se širom komercijalnom slikom koja se reflektira na poslovanje organizacije. Poticanje dvosmjerne komunikacije značajno je prijenosu informacija i pridonosi postizanju predanosti promjeni.

Osim informacije od zaposlenika se traži da budu sposobni raditi neke nove poslove i za to im je neophodna obuka. Jasno postavljenim planom učenja određuju se vještine i /ili znanja koja su potrebna svakom zaposleniku. Plan edukacije može se realizirati unutar ustanove (organizacije) i van iste.

Treća sigurnosna mreža je plan nagrađivanja. U procesu promjena zaposlenici žele i moraju znati da li mogu računati na pomoć i koji je njihov osnovni benefit u podržavanju promjena. Plan nagrađivanja treba obuhvatiti ponašanja i poslove koja treba vrednovati i nagraditi, treba se dobro razmotriti što se trenutno nagrađuje i što bi se trebalo nagrađivati u željenom stanju. Nagrađivanje zaposlenika je vrlo bitno jer se šalje jasna poruka o važnosti svakog zaposlenika i stvaraju se dobri preduvjeti za provođenje promjena .

Informacijski sustavi u zdravstvu

Informatizacija zdravstvenih ustanova koja omogućava integraciju svih poslovnih procesa unutar ustanove često se navodi kao elementarni sustav podrške, a može se postići integriranim poslovno-informacijskim sustavom.

Postoje tri oblika integracije :

1. Integrirani procesi, podaci i organizacijski elementi – omogućavaju pristup zajedničkoj bazi podataka.
2. Integracija aplikacija – omogućuje jednokratni unos svake informacije kako bi se drastično smanjile mogućnosti unosa pogrešaka koje su učestale s višestrukim unosom podataka
3. Tehnička integracija uključuje bazu podataka, aplikacije, prezentacije te mogućnost uvida u svaku promjenu.

Svi podaci mogu se distribuirati i koristiti prema potrebi i takav vid integracije znatno unapređuje donošenje stručnih i poslovnih odluka u zdravstvu.

Integracija informacijskih sustava u zdravstvu uključuje integraciju bolničkog sustava s praćenjem povijesti bolesti pacijenata, elektronskog kartona pacijenata, podataka o dijagnozi i prethodnim operativnim zahvatima, zdravstvenoj administraciji, pacijentovom osiguranju.

Sljedeća etapa integracije uključuje integraciju bolničkog sustava s kliničkim sustavom, a riječ je o integraciji odjela, od početka prijave pacijenta do završne faze liječenja, povezuju se sve klinike i odjele, interna klinika (gastroenterologija, hematologija, reumatologija, kardiologija...), kirurška klinika (abdominalna kirurgija, neurokirurgija, traumatologija), neurološka klinika, psihijatrijska klinika ..

Nakon integracije bolničkog sustava s kliničkim sustavom slijedi integracija s poslovnim i administrativnim procesima (procesi upravljanja organizacijom, ljudskim resursima, financijskim troškovima, materijalnim resursima, održavanjem medicinske opreme) i procesima bolničkog upravljanja (upravljanje svakodnevnim poslovanjem, upravljanje poslovnim rezultatima).

Informatizacija u zdravstvu u velikoj mjeri doprinosi povećanju učinkovitosti zdravstvenih ustanova i smanjenju troškova za korisnike.

Sustavi podrške

Efektivnost i efikasnost u svakodnevnom radu temeljni su cilj u svakoj ustanovi, organizaciji , no vrlo često kompleksan i neuhvatljiv izazov. U zdravstvu su primjenjivane mnoge strategije kako bi se postigla i provodila kvalitetna zdravstvena njega, reducirali troškovi, te postiglo zadovoljstvo bolesnika , ali i svih zaposlenika. Neke od provedenih strategija su uključivale primjenu jedinične terapije, određen i planiran sistem primjene lijekova, osigurani mobilni ili žičani sistem komunikacije, potreban pribor i materijal, provođenje informatizacije, informatizacija cjelokupnog sistema, odabir odgovarajućeg modela u provođenju zdravstvene njege, edukacija zaposlenika, usvajanje što više različitih vještina.

Sustavi podrške u zdravstvenoj njezi osiguravaju mehanizme za razvoj strukture zdravstvene njege koja je usmjerena na pacijenta i bazirana na dokazima, a to su sustavi podrške koji utječu na udio vremena koji sestra mora odvojiti da bi pacijent dobio kvalitetnu zdravstvenu njegu. Postoje dvije glavne komponente sustava podrške uslužna i ljudski resursi.

Uslužna komponenta sustava podrške se dijeli na tehnički sustav podrške i strukturalni sustav podrške.

Ljudski resursi mogu se kategorizirati kao broj osoblja, dnevna organizacija rada, raspored rada, raspodjela ljudskih resursa i praćenje produktivnosti.

Uslužna komponenta sustava podrške treba osigurati provođenje manje vremena u obavljanju poslova koji nisu direktno vezani za određenu profesiju , a jedna od metoda mjerenja efikasnosti sustava podrške je postotak od ukupnog radnog vremena koji sestra odvoji na aktivnosti direktne skrbi za pacijenta. Potvrđivanje efikasnosti tehničkog sustava podrške u zdravstvenoj njezi uključuje osiguranje kvalitete metoda i procesa, određivanje tijeka procesa, te primjenu informacijsko komunikacijske tehnologije u njezi bolesnika.

Tehnički sustav podrške može se podijeliti na transport, distribuciju i komunikaciju.

Transport kao komponenta tehničkog sustava podrške u zdravstvenoj njezi

podrazumijeva transport pacijenata unutar odjela ili izvan odjela.

U transport su uključeni pomoćni djelatnici-ovisno o kategoriji pacijenata i bitna komponenta u transportu su liftovi samo za pacijente.

Distribucija kao komponenta tehničkog sustava podrške obuhvaća distribuciju lijekova i potrošnog materijala, distribuciju posteljnog rublja i distribuciju hrane. Distribucija može biti centralizirana i decentralizirana, ne odnosi se na mjesto, nego na broj uključenih osoba.

Strukturalni sustav podrške podrazumijeva podjelu poslova između pojedinaca, grupa, radnih jedinica ili odjela. Ne utječe na posao, već na način na koji se taj posao obavlja.

Posao je podijeljen na dio koji nužno moraju obaviti profesionalci i dio koji mogu obaviti drugi sudionici tima-pomoćno osoblje, a najviše ovisi o kategoriji pacijenata. U strukturalnom sustavu podrške posebno dolaze do izražaja modeli zdravstvene njege u kojima odluku donosi vođa tima medicinska sestra.

Priroda tehničkog sustava podrške određuje prirodu najprihvatljivijeg strukturalnog sustava. Podjela zadataka unutar tima definira njegovo izvršenje. Odrednice strukture pružanja zdravstvene njege uključuju tehnički sustav podrške plus kompetencije sestre, potrebe pacijenata, obim posla, frekvencija promjene intenziteta.

Efikasno korištenje resursa podrazumijeva zaposlenike, organizaciju rada i sistem kontrole, a sastoji se od 4 komponente: standarda o zaposlenicima – godišnje odluke, organizacije rada (raspored) – mjesečne odluke, fleksibilnost organizacije rada – dnevne odluke i sistema kontrole – feedback sistema.

Postavljanje standarda o broju i strukturi zaposlenika temeljna je odluka u provođenju zdravstvene njege jer utječe na efikasnost i kvalitetu pružene skrbi i zadovoljstvo zaposlenika. Broj i struktura zaposlenika ovise o metodologiji izračuna koja se provodi u tri kategorije: izračun broja med. sestara prema broju kreveta na odjelu, izračun prema broju utrošenih sati u provođenju zdravstvene njege i izračun prema kategorizaciji bolesnika. Uz postavljanje standarda o broju i strukturi zaposlenika u cjelokupnom sustavu podrške važno je organizirati raspored rada i koji može biti centraliziran, decentraliziran i informatički sustav vodeći računa o efektivnosti, kvaliteti rada i zadovoljstvu zaposlenika.

Sistemom kontrole pratimo produktivnost i uspješnost samog sistema kontrole.

ZAKLJUČAK

Promjene permanentno utječu na strukturu zdravstvenih usluga i zdravstvene njege s ciljem povećanja efektivnosti i efikasnosti. Opor koji izaziva svaka promjena može se ublažiti valjanom informacijom, dobrom pripremom i edukacijom zaposlenika, te dobro definiranim sustavom nagrađivanja. Sigurnosne mreže, kao i sustavi podrške, informacijski sustav, strukturalni sustav, ljudski resursi čimbenici su pokretanja i realizacije procesa promjena . Implementacijom svih sustava, mogu se postići temeljni strateški ciljevi kao što su kvaliteta zdravstvenih usluga , povećanje učinkovitosti i smanjenje troškova u cjelokupnom zdravstvenom sustavu.

LITERATURA

1. Potts, R., Lamarsh, J., Promjenom do uspjeha: Školska Knjiga, Zagreb. 2005.
2. Lewis, E., Gygax Spicer, J., Human Resource Management Handbook: Contemporary Strategies for Nursing Managers. An Aspen Publication. 1987.
3. Hanson, R., Management Systems For Nursing Service Staffing. An Aspen Publication. 1983.
4. Michael, E., Mangement Strategies for Information Technology, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ., 1989.

STRES KAO POSLJEDICA PROMJENA NA RADNOM MJESTU

OTPOR ZAPOSLENIKA PROMJENAMA

Promjena je nužnost suvremenog poslovanja, u svim vrstama radnih organizacija. Promjena je jedan od uvjeta razvoja, a često i opstanka. Međutim, svaka promjena izravno uključuje i djeluje na ljude – zaposlenike, koji su jedan od najbitnijih čimbenika promjene. Vrlo često, možemo reći i najčešće, zaposlenici se opiru promjenama u radnoj organizaciji. Na osobnoj razini, možemo navesti nekoliko najčešćih razloga za otpor:

- Boje se nepoznatog
- Nemaju prave informacije
- Ne osjećaju potrebu za promjenom
- Nesigurni su
- Nije im u interesu
- Krivo je vrijeme za promjenu

(Miljković i Rijavec, 2001).

Pojedinci mogu osjećati otpor prema promjenama kada je ugrožena njihova sigurnost, kada ih promjene plaše te osjećaju strah od nepoznatog ili su anksiozni i sumnjaju u vlastite sposobnosti zbog promjena koje zahtijevaju stjecanje novih vještina. Upravljanje ovakvim ponašanjem veliki je izazov za svaku ustanovu u promjeni. Evaluacija i planiranje procesa promjene mora uzeti u obzir moguće posljedice spomenutih pojava na konačni rezultat.

Otpor prema organizacijskim promjenama može se javiti i zbog promjena u infrastrukturi institucije, administrativnog sustava ili tehnologije koja se koristi. Neke promjene uključuju i promjenu lokacije, razbijanje postojećih timova i/ili spajanje odjela i osoblja. Selidba u novi prostor i na novu lokaciju zahtjeva prilagodbu koja može dovesti do stresa kod zaposlenika koji osjećaju otpor ka promjenama (Organizational changes, 2007).

Stres uzrokovan organizacijskim promjenama dovest će do razvoja negativnih stavova prema promjeni i zato stres s vremenom postaje jedan od glavnih inhibitora promjene (Vakola i Nikolaou, 2005).

ORGANIZACIJSKE PROMJENE I STRES

Tijekom organizacijskih promjena, zaposlenici često doživljavaju anksioznost povezanu sa:

- gubitkom osjećaja kontrole, sigurnosti, kompetentnosti ili usmjerenosti ka cilju,
- narušavanjem postojećih međuljudskih odnosa,
- mogućim gubitkom posla.

(Standford University help center, 2009).

Tome doprinose i glasine koje često prate najavu promjena. U istraživanju sadržaja glasina sakupljenih u velikoj državnoj bolnici koja je prolazila organizacijske promjene utvrđeno je sa su zaposlenici koji su čuli negativne glasine imali značajno veću razinu stresa vezanoga uz organizacijske promjene od onih koji su čuli pozitivne glasine i onih koji nisu čuli nikakve glasine (Bordia i sur., 2006).

Najčešći uzroci stresa na poslu povezanog s promjenama su sljedeći:

- **Nesigurnost radnog mjesta** - Uslijed ekonomskih transformacija dolazi do otpuštanja, premještanja, promjene opisa radnog mjesta, promjena položaja, straha od konkurencije i sl.
- **Visoki zahtjevi za postignućem** - Nerealistična očekivanja, pretjeran pritisak na zaposlenike, npr. da se neka promjena provede u prekratkom vremenu, povećanje opsega i složenosti poslova, duže radno vrijeme, a sve za istu plaću, izaziva stres. Tu spada i pritisak na djelatnike za višom stručnom spremom i trajnom edukacijom pri čemu im se ne osigurava za to potrebno vrijeme ili financijska podrška.
- **Tehnologija** - Upotreba novih tehnologija: kompjutera, pagera, mobitela, interneta, novih softvera i sl. povećava očekivanja u vezi produktivnosti, brzine i efektivnosti tj. od zaposlenika se očekuje da su uvijek dostupni, da rade više stvari u isto vrijeme i brže nego prije jer im to nove tehnologije omogućuju ili „olakšavaju“.
- **Prilagodba kulturi radnog mjesta** - Djelatnici se moraju prilagoditi novim obrascima komuniciranja, novoj hijerarhiji, načinu oblačenja, te ponašanju novog šefa ili uprave. Nepotpuna prilagodba toj kulturi radnog mjesta dovodi do latentnih sukoba s kolegama i suradnicima. Stil ponašanja suradnika, ogovaranje i širenje glasina mogu biti veliki stresori.
- **Osobni i obiteljski problemi** - Djelatnici koji prolaze kroz osobne i obiteljske promjene, nose svoje brige na posao, motivacija za rad im opada i teško se koncentriraju na posao.

U radnim organizacijama koje pred sebe postavljaju nove ciljeve i u razdoblju su promjene, stres proizašao iz promjene svakako se mora uzeti u obzir. Kako bi promjene uspjele, nužno je njihovo pažljivo planiranje i primjena. Novija istraživanja pokazuju da stres može proizaći iz kognitivnih procesa vezanih uz promjene ili iz strukturalnih promjena kojima se mijenja način rada i zahtjevi posla (Organizational changes, 2007).

Za učinkovito „upravljanje promjenama“ nužno je razumijevanje i predviđanje psihičkih reakcija na promjenu koje se javljaju kod zaposlenika. Stupanj prihvaćanja i sudjelovanja u promjeni ovisi o tri komponente „predanosti promjeni“:

- a) **Emocionalna predanost** predstavlja želju da se osigura podrška promjenama i utemeljena je na uvjerenju da je promjena dobra („Vjerujem da je ova promjena vrijedna“).
- b) **Predanost trajnosti** se temelji na prepoznavanju negativnih posljedica koji će nastati ako se ne podrži promjena. („Nemam drugog izbora nego prihvatiti promjenu“).
- c) **Normativna predanost** se temelji na osjećaju dužnosti da se promjena prihvati („Osjećao bih krivnju kad bih se protivio promjeni“).

Ove komponente predanosti promjeni utječu na ponašanje, pa će, na primjer, djelatnici koji imaju visoko izraženu predanost trajnosti pristati na promjenu i (pasivno) slijediti upute, dok će oni s izraženijom emocionalnom i normativnom predanošću pokazivati veću kooperativnost, aktivno sudjelovanje te osjećaj uspjeha i zadovoljstva kad promjena bude provedena (Chen i Wang, 2006.). Promjena će predstavljati najmanji stres onima koji su joj i emocionalno predani.

Praktično značenje ovih spoznaja za menadžere jest da je potrebno kod djelatnika postići sve tri komponente predanosti promjeni, a posebno osigurati argumente da se promjena isplati, da je dobra. Argumentacija kako je promjena nužna jer ju nameće netko izvana i da su je zaposlenici dužni provoditi može imati za posljedicu pristajanje i poslušnost, ali ne nužno i kooperativnost i zadovoljstvo. Veći osjećaj osobne kontrole nad situacijom povećava emocionalnu i normativnu predanost pa se menadžerima preporučuje da uključe djelatnike u donošenje odluka o načinima provođenja promjena.

NOŠENJE S ORGANIZACIJSKIM PROMJENAMA I STRESOM – od strane organizacije

Ljudima koji pružaju otpor prema promjenama potrebno je vodstvo ili pomoć kroz nastupajuće procese. Iskustvo većine ljudi govori da mnogi nastradaju ako se nešto unutar tvrtke mijenja iz temelja.

Sljedećih šest pristupa bi trebali biti od pomoći unutar radne organizacije: (Moj posao, 2009; Miljković i Rijavec, 2001):

- **Edukacija i komunikacija** – ako ljudi dobiju potpunu informaciju o promjeni, otpor će oslabiti, a možda i potpuno nestati ako se odnosi inače temelje na povjerenju. Ljude se može informirati na sastancima, kroz osobne razgovore, prezentacije i pisane materijale.
- **Sudjelovanje u procesu** – nekad je otpor ljudi posljedica osjećaja da su isključeni iz procesa promjene. Iako to zahtijeva dodatno vrijeme, čim ih se uključi, otpor nestaje.
- **Podrška zaposlenicima** - podrška menadžera pomaže zaposlenicima da umanje svoj strah od neizvjesnosti tijekom promjene. Savjetovanje i posebna edukacija zaposlenika dodatno pomaže.
- **Pregovori** – ako otpor promjeni dolazi od strane moćnijih osoba u radnoj organizaciji, pregovorima i ustupcima ih se može pridobiti na suradnju. To je ipak pristup koji je skup i može izazvati val novih zahtjeva za ustupcima.
- **Manipulacija** – prikrivanje neugodnih informacija, iskrivljavanje činjenica da bi izgledale privlačnije, dodjeljivanje formalnih uloga, jest brzi pristup za suzbijanje otpora zaposlenika, ali vrlo kratkog roka – dok ne otkriju manipulaciju. Kad zaposlenici jednom izgube povjerenje u upravu, svaki sljedeći pokušaj promjene naići će na otpor.
- **Prisila** – izravni pritisak na zaposlenike je zadnji pristup suzbijanja otpora – to su npr. prijetnja otkazom, premještajem, smanjenjem plaće i sl. Posljedice tog pristupa su slične onima kod manipulacije i preporuča ga se izbjegavati.

Rukovoditelj koji je zadužen za provedbu promjena mora prije svega biti uzor i primjer ostalima. Vlastitim ponašanjem koje pokazuje posvećenost promjeni najbolje će uvjeriti zaposlenike da je to dobro podržati.

Osim toga, izravni rukovoditelj može još nekim postupcima djelovati na ponašanje zaposlenika u procesu promjene kako bi se postiglo prihvatanje promjene (Health and safety executive, 2009; Miljković i Rijavec, 2001). To su sljedeći postupci:

- **Objavljivanje planirane promjene** - napravite plan djelovanja, objavite promjenu, osigurajte povratnu informaciju od zaposlenika. Uključivanjem zaposlenika i ohrabriranjem otvorene komunikacije, potiče se ozračje podrške, koje može smanjiti otpor promjeni.
- **Postavljanje osobnih ciljeva** – kad ljudi vide osobnu korist od promjene više su motivirani za ulaganje napora kako bi ostvarili ciljeve.

- **Pohvale i nagrade** – javno i u četiri oka, uvijek djeluju poticajno na ponašanje zaposlenika. Važno je postaviti jasne kriterije i standarde rada.
- **Poboljšanje uvjeta rada** – uredite prostor, organizirajte proslave, izlete – učinite posao ugodnim jer to djeluje pozitivno na ponašanje ljudi.
- **Poboljšanje načina rada** - angažirajte vanjske stručnjake koji će pomoći unaprijediti timski rad i prihvaćanje novih uloga i načina rada.

NOŠENJE S ORGANIZACIJSKIM PROMJENAMA I STRESOM – od strane zaposlenika

Svaki pojedinac koji se nađe suočen s promjenom na poslu i zbog toga se osjeća izloženim stresu, može poduzeti neke mjere kako bi se zaštitio. Neke od tih mjera su uobičajeni postupci koji su primjenjivi u svim stresnim situacijama, a neke su posebno primjenjive u stresnim situacijama na poslu.

Preporuke za „preživljavanje promjena“ na poslu su sljedeće:

- Promjene doživljavajte kao **izazov**. Iako kratkoročno izazivaju nesigurnost, promjene mogu vašu poziciju na poslu dugoročno učiniti sigurnijom.
- Unaprijedite svoju **komunikaciju** i učite od drugih.
- Održite prijateljsku atmosferu na poslu, proslavite rođendane i uspjehe s kolegama.
- Naučite **postavljati granice** zahtjevima na poslu, tj. reći „ne“ kad to mislite.
- Izborite se za vrijeme za odmor na poslu i u privatnom životu. Relaksirajte se i vježbajte, budite fizički aktivni.
- Kvalitetno provodite **vrijeme s obitelji** – ona je najbolji izvor emocionalne podrške.
- **Ne suočavajte** se sa stresom konzumirajući alkohol, cigarete i ostale štetne supstance.
- U slučaju kroničnog stresa potražite **stručnu pomoć**. To nije sramota!

Opće preporuke za nošenje sa stresom su sljedeće:

- **Brinuti o zdravlju**: prepoznati i reagirati na znakove stresa;
- **Zdravije živjeti**: pravilna prehrana, dovoljno sna, tjelesna aktivnost;
- Osigurati i koristiti **odmor**;
- Usmjeriti pažnju na stvari koje **možemo kontrolirati**;
- Odvojiti **privatni i poslovni** život;
- Održavati **interese** van posla;

- Zadržati smisao za **humor**;
- Razvijati i održati **podržavajuće odnose**.

Uz malo posvećivanja vlastitim potrebama i nalaženjem vlastitih ciljeva u ciljevima radne organizacije, moguće je izbjeći stres i lakše se prilagoditi promjenama na poslu.

Literatura:

1. Bordia, P., Jones, E., Gallois, C., Callan, V. J., DiFonzo, N. (2006). Management are aliens. *Group & Organization Management*, 31, 5, 601-621.
2. Chen, J., Wang, L. (2006). Locus of control and three components of commitment to change. *Science Direct – Personality and Individual Differences*, 42,3,503-512.
3. Health and safety executive (2009). *Management standards for tackling work related stress*. Pretraženo: 5. ožujka 2009. Dostupno na: <http://www.hse.gov.uk/stress/standards/change.html>
4. Moj posao (2009). *Poslovni trener*. Pretraženo: 20. ožujka 2009. Dostupno na: http://www.moj-posao.net/jseeker_wiki.php?wikiName=PoslovniTrener101
5. Miljković, D., Rijavec M. (2001). *Menadžerske vještine 2: Kako upravljati promjenama?* Zagreb: IEP.
6. Organizational changes (2007). *Organizational change and stress*. Pretraženo 25. ožujka 2009. Dostupno na: <http://www.organizational-change-management.com>
7. Stanford University help center (2009). *Stress and Organizational Change*. Pretraženo: 20. ožujka 2009. Dostupno na: <http://www.csus.edu/psysrv/stress.pdf>
8. Vakola, M., Nikolaou, I. (2005). Attitudes towards organizational change: What is the role of employees' stress and commitment? *Employee Relations*, 27, 2, 160-174.

UPRAVLJANJE VREMENOM U SESTRINSKOJ PRAKSI

Upravljanje vremenom se definira kao ostvarenje određenih aktivnosti u vremenu s kojim se raspolaže. To je jedna od temeljnih vještina modernog menadžera i pretpostavka je menadžerske djelotvornosti, pa se upravljanje vremenom može smatrati sposobnošću upravljanja samim sobom, sposobnošću upravljanja drugim ljudima, procesima rada i materijalnim sredstvima.

Cilj upravljanja vremenom je učinkovito korištenje vremenskih resursa u svrhu postizanja postavljenih ciljeva, a učinkovitost će ovisiti o kvalitetnoj analizi situacije, postavljanju pravih ciljeva i temeljitoj razradi strategije. Pri tome valja obratiti posebnu pozornost na osobine ljudi koji sudjeluju u procesu rada, jer dobar menadžer treba dobro poznavati sposobnosti svakog pojedinca, te načine njihovih reakcija u nastalim situacijama, koje neki put znaju biti nepredvidljive. Dakle, organizacija rada mora biti fleksibilna, u skladu s očekivanjima i težinom, odnosno složenošću zadataka. Važno je znati kome, kada i što delegirati u određenoj situaciji, posebice kada se radi o donošenju odluka koje su hitne ili kada se ne raspolaže sa dovoljno pouzdanih informacija.

Upravljanje vremenom se izravno povezuje sa uspjehom u postizanju postavljenih ciljeva, odnosno percepcija uspješnosti se povezuje uz stvarnu potrošnju vremena. Pri tome se mora voditi računa da ciljevi moraju biti ostvarivi, realni i mjerljivi. Brza realizacija nekog cilja ne mora istovremeno značiti veću razinu postignute kvalitete, što znači da za njihovo ostvarenje treba napraviti racionalnu procjenu potrebnog vremena. Vrijeme za njihovo ostvarenje može biti kratkoročno (jedan dan, jedan tjedan, sve do tri mjeseca), srednjeg trajanja (tri mjeseca do jedne godine), ili dugoročno (jedna do pet godina). Upravljanje vremenom zahtjeva vještinu planiranja, organiziranja, provođenja i kontrole. To je kontinuirani proces kojeg se može promatrati kroz krug kvalitete, odnosno proces analiziranja, planiranja, reanaliziranja i replaniranja. Taj krug se sastoji od osam koraka:

1. analiza sadašnje situacije;
2. analiza potrebnog vremena kroz predviđanje problema, njihovih uzroka i moguća rješenja;
3. samoprocjena;
4. postavljanje ciljeva i prioriteta;
5. razvijanje planova koji definiraju zadatke, potrebne resurse i vrijeme,
6. primjenu planova putem planera, rokovnika, rasporeda,

7. razvijanje tehnika i rješenja za probleme upravljanja vremenom,
8. reanalizu.

Da bi se započelo s planiranjem, postavljanjem prioriteta i organiziranjem određenih aktivnosti, prvi korak je vođenje zapisnika barem jedan tjedan kako bi se moglo analizirati na koji se način vrijeme troši. Takav pogled na utrošeno vrijeme pruža mogućnost otkrivanja kradljivaca vremena. Kradljivci vremena sprečavaju pojedinca da obavlja zadatke koji imaju veću vrijednost ili važnost. Postoje dvije opće kategorije kradljivaca vremena: oni vanjski, kao što su telefonski pozivi kao i nenajavljeni posjeti; te oni interni, koje čovjek sam stvara, poput nedostatka samodiscipline, nedelegiranja zadataka, odugovlačenja, odgađanja, neodlučnosti i osobne dezorganizacije.

Danas na raspolaganju stoje različite menadžerske strategije kojima je moguće kontrolirati kradljivce vremena kako bi se spriječila potrošnja vremena koje realno ne postoji. U planiranju vremena u sestrinstvu postoje dvije osnovne strategije: 1) analiza radnog dana i 2) određivanje prioriteta. Za mnoge zadatke se vrijeme može kvalitetnije iskoristiti i to: upotrebom kontrolnih ili check-lista, uz jasno razrađene kompetencije i podjelu posla, uz jasno razrađene smjernice, određivanjem zadataka na važne i manje važne, praćenjem napretka i sl.

Strateško upravljanje vremenom uvelike ovisi o situaciji i dostupnim resursima, a preporuča se

1. preuzimanje kontrole nad svojim rokovima,
2. smanjivanje broja i vremena za telefonske pozive,
3. delegiranje zadataka,
4. planiranje unaprijed,
5. učiniti „propust odlukom“: odlučiti što ne raditi,
6. naučiti reći „ne“: odbijanje određenih zadataka zbog vremenskih ograničenja i prioriteta,
7. organiziranje radnog prostora,
8. planiranje iskoristivosti vremena.

S obzirom da u Hrvatskoj u području zdravstvene njege ne postoji jasna strategija upravljanja vremenom napravili smo istraživanje u kojem smo koristili ankete modificirane po uzorku "Samoprocjena – moji kradljivci vremena" autora Lothara J. Seiwerta. Korištena su dva oblika anketa, jedan oblik za medicinske sestre/ tehničare koji rade na rukovodećim mjestima, drugi oblik za medicinske sestre/ tehničare koji rade u smjenama. U istraživanju je sudjelovalo 16 medicinskih sestara koje rade na rukovodećim mjestima i 66 medicinskih sestara koje rade u smjenama. Željeli smo utvrditi kakva je iskorištenost radnog vremena medicinskih sestara/ tehničara u zdravstvenoj ustanovi u Zagrebu u

upravljanju vremenom. Pri izradi rezultata korišten je: hi – kvadrat test, grafikon u obliku histograma, te tablice frekvencija.

Istraživanje je pokazalo koliko uspješno medicinske sestre/tehničari upravljaju svojim radnim vremenom, te koji su to kradljivci vremena koji ometaju kvalitetnije provođenje zdravstvene njege. Najčešći kradljivci vremena prema ispitanicima koji su sudjelovali u istraživanju su: problemi u organizaciji: često obavljanje poslova koje su i drugi mogli obaviti; loša organizacija posjeta; odgađanje vremenski zahtjevnih i neugodnih zadataka; loše organizirani i dugački sastanci; loša sustavizacija radnih mjesta, opisa poslova i kompetencija; nedostatak samodiscipline; učestali i nevažni telefonski pozivi; nedostatak i sustavna komunikacija među članovima tima; loše postavljanje prioriteta u provođenju zdravstvene njege; dosta praznog hoda i nedostatak jasnih rokova; administrativni rad („papirologija“) ; nejasno postavljeni ciljevi i „ne pronalaženje smisla“ u onome što se radi.

Literatura:

1. Bahtijarević – Šiber, F. Management ljudskih potencijala. Zagreb. Golden marketing. 1999.
2. Drucker, P. Najvažnije o menadžmentu. Zagreb. M.E.P. Consult. 2005.
3. Kalauz, S. Nastavni tekstovi – kolegij: Koordinacija i supervizija. Zagreb. Zdravstveno veleučilište. 2008.
4. Keenan, K. Kako upravljati: vodič za menadžere. Zagreb. Mozaik knjiga. 1997.
5. Lake, T. Kako sačuvati živce. Ljubljana. Mladinska knjiga. 1990.
6. Lothar, S. J. Vremenski menadžment – organizirajte svoje vrijeme. Zagreb. Naklada Slap. 1999.
7. Lothar, S. J. 1 x 1 upravljanja vremenom. Zagreb. RRIF. 1993.
8. Morgenstern, J. Ovladajte vremenom iznutra prema van. Zagreb. V.B.Z.. 2006.

UPRAVLJANJE KARIJEROM

Sažetak

Razdoblje brzih promjena, napretka i razvoja tehnologije, te zadovoljavanje potreba društva za kvalitetom zahtijeva aktivnu i svestranu ulogu pojedinca, razvijanje svijesti o njegovom osobnom i profesionalnom razvoju. U doba velike nesigurnosti i nepredviđenih iznenađenja, čak ni dobro postavljena strategija na tim osnovnim trendovima ne podrazumijeva i ne osigurava automatski uspjeh. Uvažavanje promjena, modernizacija, stjecanje novih znanja i vještina razvijaju samopouzdanje i dovode do privatnog i poslovnog uspjeha. Pod pojmom karijere u stranoj literaturi podrazumijeva se uglavnom razdoblje od prvog zaposlenja do dana odlaska u mirovinu. Upravljanje karijerom znači razvoj kompetencija za mogućnost što većeg izbora i zadovoljstvo poslom. Novo društvo bit će društvo znanja. Znanje će biti njegov ključni resurs, a radnici znanja bit će dominantna grupa unutar radne snage. U radu su prikazani osnovni pojmovi vezani uz karijeru, njezin razvoj i upravljanje.

Ključne riječi: karijera, razvoj, upravljanje, pojedinac, sestrinstvo.

Uvod

Od pojedinca se očekuje da upravlja svojom karijerom i da sve aktivnosti usmjeri na razvoj i upravljanje svoje individualne karijere unutar određene organizacije.

Uspjeh, bilo u karijeri ili u životu, izvire iz samog pojedinca. Motivira ga njegovo ja, i njegova želja. Procjenjuje ga se osobnim mjerilima i postiže u njegovu vlastitom umu. Da bi se postigao i zadržao uspjeh, treba uspješno i pozitivno razmišljati, odnosno imati dobru metodu planiranja, programiranja i promicanja samoga sebe.

Svaki pojedinac doživljava karijeru na svoj način, te će tako on sam ponajbolje procijeniti svoj relativan uspjeh. Individualna prava i slobode u modernim društvima omogućuju nekim mladima da ne izaberu nikakvo zanimanje niti karijeru, nego da žive slobodno i da ne rade ono što ih trenutno ne zanima. Takvi obično prekidaju školovanje za zanimanje i povremeno obavljaju poslove kojima zadovoljavaju najnužnije potrebe ili se oslanjaju na obiteljske i socijalne resurse. Na profesionalni razvoj mladih i na njihov izbor zanimanja ne utječe samo socioekonomski status obitelji nego i obiteljska atmosfera i roditeljsko ponašanje. Pored roditelja na profesionalni izbor mogu utjecati i drugi

članovi obitelji npr. starija braća i sestre, koji služe kao modeli učenja odraslih osoba općenito, pa tako i profesionalnih uloga.

Samostalno upravljanje karijerom znači dobro upoznati samog sebe i svoja očekivanja od karijere. Već sredinom adolescentnog perioda razvoja, a posebice u kasnoj adolescenciji, razvija se profesionalni identitet, izabire buduće zanimanje i sve češće razmišlja o budućnosti u kojoj će rad i karijera imati poseban položaj. U svim osobnim i profesionalnim poduhvatima, bez obzira na njihovu veličinu, treba znati prihvatiti promjene. Prihvaćanje promjene i njeno okretanje u osobnu korist važno je sredstvo za napredovanje i upravljanje karijerom.

Karijera

Prema Sikavici (2008) karijera je međusobno povezan, sukcesivan slijed poslova, položaja i radnih iskustava osobe tijekom radnog života, koja prati promjene u preferencijama, stavovima, iskustvu i ponašanju pojedinca. Bahtijarević-Šiber (1999) navodi da je karijera slijed promjena radnih mjesta, poslova i položaja koje pojedinac obavlja tokom radnog vijeka. Ona se odnosi na kretanje između poslova, položaja, razina odgovornosti i poslovnih izazova.

Pojam karijera ponekad se zamjenjuje s profesionalnim razvojem, životnim putom, napredovanjem, ali se uvijek misli na vrijeme djelatne službe (Marušić, 1994.). U modernom društvu pojedinac je sam odgovoran za vlastiti uspjeh, napredovanje, ili razvoj karijere. Nema opće prihvaćenog pravila za određivanje uspješnosti tog razvoja. Smatra se da samopoimanje pojedinca ima središnju ulogu u izboru karijere.

Karijera ima dva aspekta. Subjektivni aspekt koji se odnosi na promjenu stavova, motivacije i drugih čimbenika kod pojedinca. Objektivni aspekt koji se sastoji od promjena radnog mjesta, položaja i poslova koje pojedinac obavlja tijekom radnog vijeka. Te promjene razlikuju se po složenosti, odgovornosti kao i organizacijskoj razini, te koja je tradicionalno vezana za promociju i napredovanje.

Karijera se tradicionalno shvaća kao napredovanje u hijerarhiji. No, ona je danas mnogo više od penjanja po hijerarhijskoj ljestvici. Sa pozicije pojedinca, na karijeru treba gledati kao na trajni razvoj vlastitih kompetencija, kako bi se osigurala zaposlenost i zadovoljstvo poslom. S pozicije organizacija, cilj planiranja i razvoja karijere zaposlenika je osigurati kompetencije za provedbu poslovne strategije i zadržati najbolje ljude u organizaciji. Karijera sve više uključuje osobni razvoj, uspjeh i zadovoljstvo.

Prema Somervill (2005) tri su riječi koje bi ljudi koji se nadaju napredovanju u karijeri odmah trebali izbaciti iz svog rječnika: ne mogu, neću, nikada. Ako se uistinu vjeruje da nešto ne možemo, tada i nećemo-nikada, ni za milijun godina.

Razvoj karijere

Sikavica (2005) navodi da je razvoj karijere proces povezanih i usklađenih individualnih i organizacijskih aktivnosti u kojemu se pojedinac i organizacija pojavljuju kao partneri u unapređenju i razvoju individualne karijere. To podrazumijeva permanentni organizirani i formalizirani napor koji je usmjeren na razvijanje sposobnijih i uspješnijih djelatnika, a koji obuhvaća i individualne aktivnosti planiranja karijere i organizacijske aktivnosti upravljanja karijerom.

U američkoj literaturi ideje o razvoju karijere bilježe se već 60-ih godina, a 1976. Douglas Hall nazvao je sklop aktivnosti vezanih uz posao čiju uspješnost ocjenjuje čovjek sam-Protejeva karijera (Hall, 1976.). Protej je morsko božanstvo iz grčke mitologije koje mijenja svoj lik od lava i zmija u prolistalo stablo. Hall tumači, da je Protejeva karijera onaj tip razvoja, u kojem sam čovjek, a ne organizacija ili poduzeće, odlučuje o kretanju i promjenama.

Ono predstavlja traženje samopotvrde u različitim oblicima i razinama, dokazivanja svojstvenog dotičnoj osobi-radniku i možda nikome drugom. Uspjeh u razvoju karijere ovog tipa dolazi iz unutrašnjosti pojedinca. On je psihološki i subjektivan, a ne eksterni (objektivni, vanjski, organizacijski, općedruštveni). U vrijeme globalizacije i velikih promjena koje su prisutne u Hrvatskoj, Protejeva karijera može posebno doći do izraza.

Rezultati ankete provedene na MojPosao pokazuju kako bi zaposlenici ocijenili priliku za daljnji razvoj karijere. Na anketu je odgovorilo 399 ispitanika. Više od polovice ispitanika, njih 58,9 posto (235), svoje su prilike za daljnji razvoj karijere ocijenili lošima. Većina ovih ispitanika nikad nije dobila priliku za napredovanjem u tvrtki. Jedan ispitanik je naveo kako u državnoj upravi ne postoji mogućnost za daljnji razvoj karijere, dok je druga osoba objasnila kako radi u maloj tvrtki kod privatnika, ali bez mogućnosti napredovanja.

Manji broj ispitanika, njih 23,8 posto (95), svoje je prilike za razvoj karijere ocijenilo osrednjima. Većina ovih ispitanika smatra da se u našoj zemlji još ne cijeni znanje kao u razvijenim europskim zemljama. Jedan je ispitanik naveo kako u tvrtki u kojoj radi 'sve ide preko veze', dok je drugi objasnio da zbog količine posla nema vremena za usavršavanje. Jedna je osoba navela kako u Hrvatskoj nema perspektive za mlade znanstvenike.

Samo 17,3 posto (69) ispitanika ocijenilo je svoje prilike "odličnima ili vrlo dobrima". Većina ovih ispitanika cijenjena je na poslu i redovito napreduju u karijeri. Jedan ispitanik je naveo kako ima položen industrijski certifikat, dok je drugi objasnio da je zbog dosadašnjeg radnog iskustva, stručnog usavršavanja dobio priliku za daljnji razvoj. Budući da znanje brzo zastarijeva mijenjaju se zahtjevi unutar iste vrste posla. Također, neki poslovi se gase, a drugi se javljaju. Istodobno, visoki

zahtjevi koji se postavljaju pred zaposlenike zahtijevaju suradnju, produktivne odnose sa suradnicima i nadređenima, te uspješno upravljanje stresom.

Sve je to lakše postići ako je pojedinac svjestan svojih jakih strana i slabosti, zna koje su mu mogućnosti na raspolaganju i ako razvije kompetencije koje prelaze okvire struke, a koje su presudne za rad s drugima i uspjeh u današnjem radnom okruženju.

Razvoj karijere ne obuhvaća samo uspjeh ili neuspjeh, sporije ili brže napredovanje. Razvoj sadrži znatno više od kretanja gore ili dolje ljestvicom zanimanja i poslova. Za razvoj karijere treba steći vještinu izreći „NE“. Tu riječ treba upotrebljavati u mnogim situacijama (ako je nešto: protivno karakteru pojedinca, oduzima previše vremena, nemoralno i protuzakonito). Pojedinci koji u današnje doba ulaze u rad promijeniti će karijeru tri do pet puta. Sve to dinamizira razvoj individualne karijere.

Upravljanje karijerom

Belbin (2001) ukazuje da je upravljanje karijerom proces kojim organizacija izabire, ocjenjuje, razmješta i razvija zaposlenike da bi osigurala *pool* kvalificiranih ljudi koji će zadovoljiti njezine buduće potrebe. To je proces oblikovanja i primjene ciljeva, planova i strategija koje omogućuju menadžerima i stručnjacima za ljudske potencijale da zadovolje potrebe za tim potencijalima, a pojedincima da postignu vlastite ciljeve karijere (Bennet, 1999.). U današnje doba od pojedinaca se očekuje da upravljaju svojom karijerom. Pod pojmom upravljanje karijerom može se obuhvatiti opći pojam za sve aktivnosti koje su usmjerene na razvoj individualne karijere unutar određene organizacije.

Kada govorimo o upravljanju karijerom treba uzeti u obzir visoku koordinaciju i suradnju menadžera, zaposlenika i općenito funkcije ljudskih potencijala tj. njezin odjel za razvoj zaposlenika. U tu svrhu organizacijska jedinica ljudskih potencijala treba imati ulogu koordinatora i onoga koji pruža stručnu pomoć menadžerima i zaposlenicima. Menadžeri su izuzetno odgovorni u razvoju individualne karijere onih kojima upravljaju. Oni identificiraju i povezuju individualne potrebe, preferencije i aspiracije glede razvoja karijere kao i organizacijskih potreba i mogućnosti koju organizacija pruža zaposlenicima. Menadžeri su katalizatori i motivatori razvoja zaposlenika koji utvrđuju njihovu sposobnost i talent, koji ih usmjeravaju i obučavaju, pružaju informacije o njihovim razvojnim potencijalima. Oni trebaju biti važna podrška u razvoju karijere.

Temeljni zadatak pravog menadžera je praćenje uspješnosti i razvojnih potencijala zaposlenika, poticanje njihova razvoja, te ukazivanje na utjecaj promjena okoline, poslovnih potreba i organizacije na promjene u potrebnim znanjima i vještinama (Sikavica 2008.). Važan

aspekt u uspješnom, odgovornom i aktivnom upravljanju i razvoju vlastite karijere ima i sam pojedinac. Pojedinac je taj koji treba utvrditi svoje osobne, radne i profesionalne interese i sposobnosti. On treba znati planirati svoj život i rad, odabrati najbolju organizaciju za sebe, upoznati menadžera sa svojim sposobnostima i preferencijama, te razvijati svoje sposobnosti, znanja i vještine. On mora osigurati svoju stalnu konkurentnost i zapošljivost na sve složenijim i odgovornijim poslovima. Također pojedinac treba biti uspješan i zadovoljan svojom karijerom.

Karijera u sestrinstvu

Karijera u sestrinstvu započinje onoga trenutka kada se pojedinac odluči upisati u medicinsku školu, odnosno kasnije na studij. Od tada svaka donesena odluka, svaki odslušani predmet, određena intereakcija u školi i tijekom studija, te aktivno sudjelovanje na kliničkim vježbama pomaže da se pojedinac sam bolje upozna i nauči nešto više o sebi. Također na taj način on uočava svoju potencijalnu karijeru u sestrinstvu.

Znanje koje se usvoji takvim iskustvom pomaže mu u donošenju životne odluke. Što pojedinac više zna o sebi, svojim osobnim i profesionalnim ciljevima to je vjerojatnije da će pronaći poziciju koja je najbolja za njega. Pronalaženje i prihvatanje pozicije u sestrinstvu trebalo bi biti jednostavno s obzirom na visoku potražnju za obrazovanim medicinskim sestrama.

Danas postoji značajan manjak skbi, a statistika pokazuje da će potreba za medicinskim sestrama biti sve veća. Ta potreba proizlazi zbog sve bržeg napretka u medicini, pa ljudi žive duže, a isto tako postoji sve više starih ljudi kojima je potrebna sestrinska skrb. Povećava se i broj bolesnih ljudi, te se tako javlja sve veća potreba za obrazovanim medicinskim sestrama. Potreba za stalnim obrazovanjem javlja se zbog pronalaska novih lijekova i tretmana kao i novih postupaka u radu s pacijentima.

Uspješna karijera ne počinje pisanjem životopisa niti završava pronalaskom posla. To je kontinuirani proces u kojem se konstantno uči o sebi i svom okruženju. Sudjelovanje u takvim procesima pomaže u donošenju odluka. Ukoliko pojedinac želi raditi u interesantnom okruženju, punom izazova to će mu zasigurno omogućiti karijera u sestrinstvu. Medicinske sestre rade u svim sektorima zdravstvenog sustava i sa svim dobnim skupinama populacije. Neke od medicinskih sestara/tehničara počinju odmah raditi, pa se tek onda usavršavati. Dok neki od njih odmah odlaze na određene studije. Neovisno o putu koji odaberu uvijek će se javiti potreba za diplomom.

Ukoliko se pojedinac odluči za karijeru u sestrinstvu svoj će život provesti u pomaganju drugima koristeći vještine koje spajaju znanstvene spoznaje s empatijom i brigom za ostale. Postoji svega nekoliko profesija koje pružaju mogućnost rada s visokom tehnologijom i napredovanjem, a

ujedno i osjećajem za pomaganjem. Medicinske sestre/tehničari su najveći nosioci zdravstvenog sustava kao i primarni pružatelji bolničke skrbi. One su stručnjaci koji su osposobljeni za provođenje zdravstvene njege i pružanje sveobuhvatne zdravstvene zaštite na svim razinama. Kako se sve više povećava starosna dob stanovništva smatra se da u budućnosti neće biti nedostatka radnih mjesta za medicinske sestre/tehničare.

Medicinska sestra/tehničar svakim danom primjenjuje znanje koje je stečeno tijekom njihovog obrazovanja. Jednom zaposlene sestre stalno se usavršavaju kroz razne specijalizirane tečajeve na redovnoj osnovi. Na taj način drže korak s najnovijim posljednjim medicinskim i sestrinskim znanjem. One blisko surađuju s liječnicima i drugim zdravstvenim profesionalcima.

Mnoge su sestre potrebne i izvan bolnice. Sestrinstvo danas pruža puno više mogućnosti za napredovanje nego ikada prije. Te mogućnosti odnose se na raznolikost poslova koje medicinske sestre/tehničari mogu obavljati. One organiziraju i provode zdravstvenu njegu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, polikliničko-konzilijarnoj djelatnosti, bolnicama, ustanovama zdravstveno-socijalne skrbi, te provode zdravstveno-obrazovnu djelatnost. Prepoznate su i u farmaceutskim društvima, školama, fakultetima, kućnim njegama, istraživačkim centrima, vojsci kao i u raznim međunarodnim udrugama.

Sestrinstvo zahtijeva sposobnost vođenja, organizacijske i osobne vještine, fleksibilnost, strpljenje, empatiju, vještine rješavanja problema, stabilnost u kriznim uvjetima kao i smisao za humor. Jedan od načina saznanja o karijeri u sestrinstvu je i volontiranje u lokalnoj zajednici koje može pomoći u donošenju odluke za daljnje obrazovanje. Stoga, razvoj i upravljanje karijerom medicinske sestre/tehničara može stalno ići uzlaznom putanjom ukoliko je spremna prihvatiti nove izazove i djelovati profesionalno.

Dobro upravljana i uspješna karijera

O uspješnoj karijeri trebalo bi razmišljati vrlo rano. Pojedinaac bi svoje interese i afinitete trebao prepoznati prije nego što odabere svoj profesionalni smjer u kojem se želi usavršavati. Na taj način bi mogao promišljeno odabrati organizaciju u kojoj bi mogao ostvariti svoj mladenački polet, entuzijazam i motiviranost već na samom početku. Dobro upravljana i uspješna karijera često puta nije lagan proces. Tom procesu treba posvetiti puno pažnje i vremena. Pojedinaac, a i organizacija trebaju imati jasnu viziju onoga što se želi postići i način na koji se to može ostvariti.

Planiranje karijere može biti organizacijsko i individualno. Organizacijsko planiranje karijere je proces kojim menadžment planira ciljeve karijere za zaposlenike. Individualno planiranje karijere je proces

kojim svaki zaposlenik planira ciljeve osobne karijere. Te dvije vrste planiranja karijere moraju biti čvrsto povezane i usklađene. Većina odluka koje donosimo vezane su za svakodnevni život i ne treba za njima žaliti ako se i ne ostvare. Međutim, odluke o razvoju karijere neusporedivo su važnije. Svaki pojedinac može iskazati koliko je uspješan i zadovoljan svojom poslovnom karijerom.

Kroz **uspješnu i dobro upravljanu karijeru** kod pojedinca bi trebali biti realizirani neki od navedenih ciljeva:

- Biti uvažavan od drugih i prepoznatljiv.
- Zaraditi dovoljno (puno) novca.
- Raditi na poslovima i zadacima u kojima uživa i koje voli raditi.
- Imati vlastitu slobodu aktivnosti i kretanja.
- Imati vlast i upravljati drugim ljudima.
- Stvoriti mogućnost promjene u užoj i široj zajednici.
- Stvoriti mogućnost za učenje i stjecanje novih znanja, vještina i ponašanja.
- Imati mogućnost eksponiranosti u javnosti.

Ukoliko iz bilo kojeg razloga pojedinac ne uočava uspon u karijeri, njegovom karijerom se nije dobro upravljalo, ona nije uspješna i svakako treba poduzeti dodatne korake.

Ti koraci odnose se na:

- Procjenu svoje dosadašnje karijere.
- Usavršavanje novih vještina.
- Obnavljanje životopisa.
- Podjelu znanja.
- Ravnotežu privatnog i poslovnog dijela.
- Obnavljanje poznanstva.

Prema Hallu uspješan razvoj karijere i njeno upravljanje polazi od stručnosti, samostalnosti, umreženosti i svestranosti. Najvažniji put prema uspjehu je jasno definirani smjer i cilj, jer ukoliko se ne zna kamo idemo svaki put može izgledati dobar.

Zaključak

Suvremeno doba karakterizirano čestim promjenama, brzim napretkom u medicini, zahtijeva od medicinske sestre/tehničara brzu prilagodbu, te osobni i profesionalni razvoj. Upravljanje karijerom je umijeće i proces koji uključuje niz znanja i vještina koje poduzima organizacija ili pojedinac kako bi se pomoglo pojedincu da ostvari svoje optimalne potencijale i postane stručan, samostalan, umrežen, svestran i kompetentan. Dobro upravljana i uspješna karijera za pojedinca znači da je prepoznatljiv, radi na poslovima koje voli i na kojima postiže svoj maksimum, da je aktivan, slobodan i kreativan, da dobro zarađuje i da može stalno stjecati nova znanja i vještine. Smatra se da će pojedinci koji u današnje doba ulaze u rad promijeniti karijeru tri do pet puta, te tako svojim kontinuiranim usavršavanjem i dobrim poznavanjem sebe i svojih kompetencija osobno doprinijeti sve većim zahtjevima svoje profesije. Isto tako da bi i organizacija mogla ostvariti svoje zahtjeve odabranog modela, potrebno je temeljito znanje i iskustvo o neprekidnom poboljšanju poslovanja u kojem sudjeluju gotovo svi zaposlenici.

Svaka organizacija kao i pojedinac trebaju biti odgovorni za motiviranje, osnaživanje i ostvarivanje karijere kao i njeno upravljanje. Oni trebaju biti orijentirani prema budućnosti, te imati zajedničku viziju i poticati na uspjeh. Ako se promjene i novi poslovni trendovi ne budu dovoljno uvažavali, neuspjeh je zajamčen. Društvo znanja implicira da se od svakoga danas očekuje da bude „uspješan“. Prirodno, samo neznatan broj ljudi može biti iznimno uspješan, ali se od mnogih očekuje da budu na taj način usmjereni i da teže što boljim rezultatima.

„Ako ste dali sve od sebe, tada ćete na svom putu doživjeti uspjeh.

Ne mogu svi sagledati cjelovitu sliku.

Neće svaki čovjek postati najbolji trgovac ili najbolji košarkaš. Ali ipak vas mogu smatrati jednim od najboljih i mogu vas smatrati uspješnim.“

Michael Jordan,

(I Can't Accept Not Trying-Ne odustajem od pokušaja)

Literatura:

1. Belbin, R.M. Managing without Power, Butterworth, Oxford 2001.
2. Bennet, R. Management, Informator, Potecon 1994.
3. Birnbaum, B. Developing Your Organization's Vision
4. Divjak, T. Life Coach Kako upravljati karijerom, Lider press: Tim press, Zagreb 2006.
5. Drucker, P., Upravljanje u budućem društvu, M.A.E.Consult, Zagreb 2007.
6. Harris, C. Minimum stresa, maksimum uspjeha, Školska knjiga, Zagreb 2005.
7. Lacković-Grgin, K., Psihologija adolescencije, Naklada Slap, Zagreb 2005.
8. Marušić, S. Upravljanje i razvoj ljudskih potencijala, Ekonomski institut Zagreb 1994.
9. Oslić, I., Kvaliteta i poslovna izvrsnost, M.E.P. Consult, Zagreb 2008.
10. Sikavica, P., Bahtijarević-Šiber, F., Polški-Vokić, N. Temelji menadžmenta, Školska knjiga, Zagreb 2008.
11. Somervill, B. Najbolji vodič za napredovanje u karijeri, Tiskarna Ljubljana, Ljubljana 2005.
12. www.vizija.com.hr
13. www.covermagazin.com
14. www.posao.hr

PROBLEMI U UPRAVLJANJU LJUDSKIM POTENCIJALIMA U PODRUČJU ZDRAVSTVENE NJEGE U HRVATSKOJ

Upravljanje ljudskim potencijalima čini niz povezanih aktivnosti i zadaća usmjerenih na osiguravanje potrebnog broja i strukture zaposlenih, njihovih znanja, vještina, interesa, motivacije i načina ponašanja potrebnih za ostvarivanje aktualnih, razvojnih i strateških ciljeva organizacije. Temeljne skupine aktivnosti i zadaća, odnosno specifične (pod)funkcije koje obuhvaćaju upravljanje ljudskim potencijalima su:

- strategijsko upravljanje ljudskim potencijalima
- planiranje potrebnog broja i strukture zaposlenih
- analiziranje i oblikovanje poslova i radnih mjesta
- pribavljanje, izbor, uvođenje i raspoređivanje osoblja
- praćenje i ocjenjivanje uspješnosti
- motiviranje i nagrađivanje
- obrazovanje i razvoj zaposlenih
- stvaranje primjerene organizacijske klime i kulture
- osiguravanje socijalne i zdravstvene zaštite
- radni odnosi

Kako ističe Bahtijarević-Šiber (1999.) upravljanje ljudskim potencijalima ima četiri osnovna određenja: upravljanje ljudskim potencijalima kao znanstvena disciplina, kao menadžerska funkcija i zadaća, kao poslovna funkcija, te kao specifična filozofija menadžmenta. U određenju menadžerskih zadaća i funkcija koje menadžeri obavljaju u organizacijama jest i funkcija upravljanja ljudskim potencijalima (često označena kao *staffing*). Osigurati kvalitetne ljude, motivirati ih, obrazovati i razvijati tako da postižu visoke rezultate i daju doprinos ostvarenju organizacijskih ciljeva, jeste ključna menadžerska zadaća i funkcija. Bez toga ni najbolji planovi ni najbolja organizacija ne mogu postići planirani cilj.

Medicinske sestre koje rade na poslovima razvoja i upravljanja ljudskih potencijala trebaju predstavljati vezu između svih medicinskih sestara i rukovodstva organizacije, te obavljati svoje funkcije s ciljem osiguravanja cjelovitosti sustava i postizanja zadovoljstva ljudi, a time ujedno i lakšeg postizanja ciljeva organizacije u kojoj rade. Njihove najteže uloge u razvoju i upravljanju ljudskim potencijalima su: pribavljanje i selekcija kandidata za posao, testiranje i vođenje intervjua s

potencijalnim zaposlenicima, motiviranje i nagrađivanje zaposlenika, te poticanje na daljnje obrazovanje, praćenje karijere zaposlenih i pružanje pomoći u razvoju karijere, kao i pomoći u upravljanju stresom i sve češće spominjano zlostavljanje na radnom mjestu.

Prvi korak u zapošljavanju i traženju novih medicinskih sestara je analiza i iskazivanje objektivnih potreba radne organizacije. Dok je pribavljanje životopisa i molbi kandidata administrativni proces, privlačenje kandidata koji imaju sposobnosti, vještine i osobine potrebne za uspješno obavljanje poslova i postizanje ciljeva zahtjeva posebnu sposobnost, strpljivost, inovativnost i kreativnost, ali i dobro uspostavljenu mrežu s izvorima ljudskih potencijala (obrazovne institucije, instituti...). Poslodavci u visokorazvijenim zemljama svijeta poslove pronalaženja, razvijanja i zadržavanja talentiranih, kvalitetnih djelatnika smatraju jednim od najvećih izazova u upravljanju poslovanjem.

U Hrvatskoj, u uvjetima velike ponude radne snage i visoke stope nezaposlenosti, poslodavci (posebice neiskusni poslodavci ili oni koji razmišljaju kratkoročno) nerijetko smatraju da su svi djelatnici lako zamjenjiva potrošna roba, te ne vide posebne koristi od planskog i promišljenog odnosa prema privlačenju, razvijanju i zadržavanju djelatnika. Iskusni i uspješni poduzetnici i menadžeri ističu da se usprkos velikoj ponudi radne snage kvalitetne djelatnike teško nalazi, a kada ih se nađe, teško ih je zadržati, te stoga treba njegovati dobre odnose s njima. Planiranje potreba za kadrovima usko je povezano uz strategiju razvitka poslovanja. Planiranje razvoja mora biti nužno vezano uz planiranje potrebnog broja djelatnika, odnosno potrebnih znanja, vještina i kompetencija. Stoga se poslodavcima preporučuje da u upravljanju ljudskim potencijalom krenu od analize postojeće situacije, te na osnovu argumentiranih potreba, uključujući standarde strukture radne organizacije, standarde procesa i standarde cilja) zatraže nove djelatnike ili zamjenu djelatnika uz specifikaciju vještina i kompetencija potrebnih za određene poslove. Temeljem projekcije povećanja obima posla, te analize postojećeg stanja i prošlih iskustava moguće je definirati potrebu i aktivnosti vezane uz planiranje i pronalaženje potrebnih djelatnika.

Odabir, odnosno selekcija kandidata podrazumijeva postupak izbora jednog ili više kandidata. Postupak odabira medicinskih sestara mora biti jasno propisan aktima radne organizacije, te dodatnim testovima ili intervjuima ovisno o tome na koje se mjesto kandidat prijavljuje. Pri tome je važno naglasiti da socijalno porijeklo, ili politička pripadnost određenoj stranci ne bi smjeli imati značajniju ulogu, jer ni jedan ni drugi faktor ne definiraju kompetencije za rad na određenom mjestu. Svakom menadžeru u radnoj organizaciji mora biti važno zadržati najkvalitetnije djelatnike i ugraditi ih u organizacijsku politiku i kulturu, ili s druge strane oblikovati takvu motivacijsku politiku da najkvalitetniji neće željeti otići.

Politika zapošljavanja medicinskih sestara u Hrvatskoj značajno odstupa od navedenih načina promišljanja i postupanja. U Narodnim novinama broj 15/92 proglašena je odluka o stupanju na snagu "Plave knjige", koja još i danas služi za fakturiranje medicinskih usluga. Taj „muzejski“ primjerak gotovo da danas nema veze sa stvarnim potrebama bolesnika, zdravstvenog sustava, a ni sa složenim poslovima koje medicinske sestre obavljaju. No na žalost, to je još uvijek jedini zakonski model na osnovu kojeg se radi procjena potreba za zdravstvenom njegom, odnosno iskazuju potrebe za medicinskim sestrama. Danas, u Hrvatskoj ima ukupno oko trideset tisuća medicinskih sestara, što je čak za šezdeset posto manje od standarda Europske unije. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, na tisuću stanovnika zapošljava se 5,2 sestre, odnosno tek nešto više od dvije sestre/medicinska tehničara na jednog liječnika, dok je prosjek EU pet do sedam medicinskih sestara na tisuću stanovnika, a minimalni odnos po aktualnim propisima EU je pet medicinskih sestara na jednog liječnika.

Osim nedovoljnog broja medicinskih sestara, slijedeći problem u upravljanju ljudskim potencijalima je kvalifikacijska struktura medicinskih sestara. Prema podacima Hrvatske komore medicinskih sestara (Kalauz, 2008.) danas u Hrvatskoj u sustavu zdravstvene zaštite radi oko sedam i pol tisuća visokoobrazovanih medicinskih sestara (VŠS-5021; VSS (bacc.) – 1861 i VSS (dipl.spec.) -35), dok ih je sa srednjom stručnom spremom oko dvadeset tri tisuće. Sustav srednjoškolskog stručnog obrazovanja medicinskih sestara u zemljama EU ne postoji, pa medicinske sestre takve stručne spremne ne mogu dobiti licencu za samostalno obavljanje prakse. Ako se pri tome uzme u obzir da učenice srednjih škola za medicinske sestre u Hrvatskoj, na stručnoj praksi, kroz četiri godine školovanja, provedu samo nešto više od osam stotina sati, a odnos između teorijske nastave stručnih i bazičnih predmeta je pola-pola, onda je kvaliteta takvog školovanja vrlo upitna.

Jedan od osnovnih problema u upravljanju ljudskim potencijalima su kompetencije medicinskih sestara. Naime pod kompetencijama u određenoj profesiji se podrazumijeva posjedovanje uporabnih ili objektnih znanja (teorijska znanja, vještina i iskustvo) i orijentacijskih ili smisaonih znanja koji pomažu dobroj kritičkoj prosudbi, a one moraju biti regulirana profesionalnim kodeksom zakonske snage. Kada je riječ o kompetencijama medicinskih sestara u Hrvatskoj, one su na razini samovoljne i subjektivne procjene i nisu zasnovane na međunarodnim ili europskim referencama sestrinskih kompetencija. Jasno regulirane kompetencije su u najužoj mogućoj vezi sa profesionalnom odgovornošću medicinskih sestara i sa jednim od najvažnijih prava bolesnika- informiranim pristankom. Izjednačavanje statusu medicinskih sestara VŠS i VSS (bacc.), što je učinilo Ministarstvo znanosti, prosvjete i športa, 2008. godine, te davanje licenci za samostalan rad medicinskim

sestrama srednje stručne спреме, по Директиви 2005/36/EC нема легално утемелjenje и доводи у питање управо право болесника на квалитетно, стручно и морално утемелјену здравствену негу.

Основу за вјешто управљање људским потенцијалима у здравственој нези чине добро образовани и компетентни професионалци. Стога се данас хрватско сестринство налази на раскршћу двају путова: једног који води унапређењу професије, бољем професионалном статусу, хармонизацији система образовања и сестринске праксе с високоразвијеним земљама, и другог који води стагнацији, затварању, депрофесионализацији и губитку аутономије. Кojим ће путем кренути оvisи само о медицинским сестрама.

Literatura:

1. Bahtijarević-Šiber, F. Management људских потенцијала, Golden marketing, Zagreb 1999.
2. Kalauz, S. *Sestrinstvo u Hrvatskoj: prošlost, sadašnjost, budućnost. Croatian Medical Journal*, 2008;49:298-306
3. Bushaway RW. Managing Research. London: Open University Press, 2003.
4. www.poslovni.hr/65420.aspx

TELEMEDICINA U REPUBLICI HRVATSKOJ

KORISNOSTI I IZAZOVI

Sažetak

Cilj dokumenta je pobliže objasniti pojmove vezane za telemedicinu, ukratko se osvrnuti na način obavljanja telemedicinske usluge te prikazati korisnosti i izazove u Republici Hrvatskoj.

Što je telemedicina?

Telemedicina je pružanje zdravstvenih usluga na daljinu uporabom informacijsko-komunikacijskih tehnologija. Zdravstvene usluge koje se mogu pružati su konzultativne usluge te dijagnostički i terapijski postupci koji se temelje na podacima dostupnim putem informacijsko-komunikacijskog sustava i medicinskih uređaja.

Telemedicinom se mijenja tradicionalan način pružanja zdravstvenih usluga jer se pomoću videokonferencije u stvarnom vremenu, omogućuje povezivanje sa liječnikom specijalistom bez obzira na udaljenost i zemljopisni položaj.

Korisnosti

Niz je korisnosti i prednosti koje donosi telemedicina. Jedna od osnovnih je dostupnost specijalističkih zdravstvenih usluga u udaljenim, izoliranim i teško dostupnim područjima. Ovo je od posebnog značaja u medicinski hitnim situacijama.

Osim povećane kvalitete zdravstvene ponude, korištenjem telemedicine za očekivati je i znatne uštede u zdravstvu jer se ukidaju troškovi putovanja bolesnika do mjesta obavljanja zdravstvene usluge, što još više dolazi do izražaja kod kontrolnih i ponavljanih pregleda. Osim toga smanjuje se i broj dana bolovanja zbog pravovremenog obavljanja zdravstvenih usluga. Ukida se i potreba za povremenim ili honorarnim zapošljavanjem liječnika specijalista na takvim područjima i njegovim putnim troškovima i eventualnim troškovima smještaja.

Uvođenjem telemedicine, poglavito na hrvatske otoke, postiže se povećanje kvalitete cjelokupne zdravstvene ponude otoka, što i turističku ponudu tih istih područja čini sigurnijom, primamljivijom i konkurentnijom.

Slika 1. prikazuje potpuno opremljeni telemedicinski centar.



Slika 1. Telemedicinski centar

Mjesta na kojima sada rade rijetki specijalisti čije znanje i vrijeme nije iskorišteno do maksimuma više nemaju potrebe za specijalistom čije znanje i praksa mogu degradirati s godinama zbog malog volumena specijalističkih usluga, a pogotovo zbog trenda doktora medicine specijalista za zapošljavanjem u većim urbanim područjima, ovaj projekt pruža mogućnost pružanja zdravstvenih usluga iz vrhunskih klinika i kliničkih zavoda. Iz gore navedenoga proizlazi da je u ruralnim i teško dostupnim područjima dovoljno zaposliti samo doktora medicine, medicinsku sestru i inženjera medicinske radiologije i putem telemedicine pružiti lokalnim stanovnicima specijalističke zdravstvene usluge.

Primjena ovog projekta direktno će se odraziti na smanjenje broja zahtjeva za putnim nalogima i hitnih transporta zbog mogućnosti trenutne komunikacije s specijalistima.

Postojeći troškovi koje trenutno snose zdravstvene ustanove za razne ugovore i vezane uz nesigurne i pojedinačne projekte za pružanje specijalističkih zdravstvenih usluga potpuno će nestati te povećati financijsko poslovanje zdravstvenih ustanova.

Telemedicinske usluge dostupne su u Republici Hrvatskoj za područja medicinskih struka kardiologije, dermatologije i pilot projekta radiologije. Pored toga, provodi se elektronsko usavršavanje zdravstvenih radnika na udaljenim lokacijama u suradnji sa Ministarstvom zdravstva, Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo i ostalim institucijama u zdravstvu.

Telemedicinska usluga

Pacijent na temelju „crvene“ uputnice posjećuje telemedicinski centar i uz pomoć doktora medicine (tražitelj usluge) i medicinske sestre ostvaruje zahtjev za telemedicinskom uslugom. Medicinska sestra tražitelja usluge brine se o pacijentu, provodi pripremne radnje za telemedicinsku uslugu i sudjeluje u dijagnostičkim postupcima prije i tijekom telemedicinske usluge. Isto tako, pomaže tražitelju usluge u radu s telemedicinskom opremom i cjelokupnom dokumentacijom.

Slika 2. prikazuje tijek obavljanja telemedicinske usluge.

Analogno, medicinska sestra doktora medicine specijaliste (telekonzultant) svojom asistencijom pridonosi uspješnom obavljanju telemedicinske usluge.



Slika 2. Telemedicinska usluga

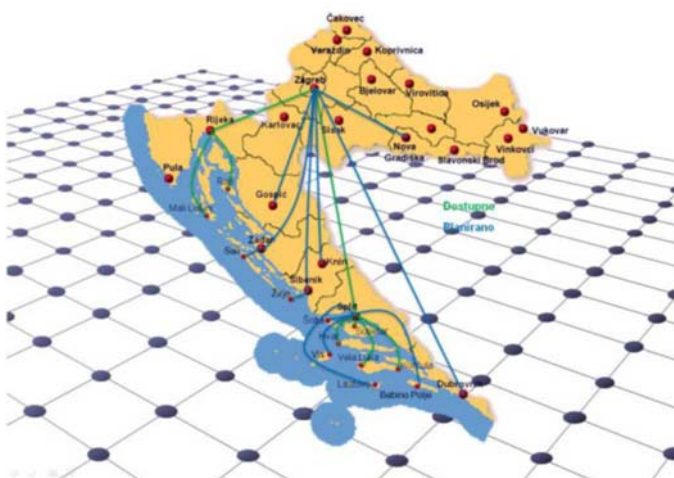
Izazovi

Pored postojećih telemedicinskih centara na nekoliko otoka, cilj telemedicine je uspostaviti mrežu telemedicinskih centara na području cijelog teritorija Republike Hrvatske (Slika 3.), stvoriti jedinstveni informacijsko komunikacijski sustav za sigurnu, efikasnu i transparentnu izmjenu medicinskih podataka koordinirajući pri tome davanje zdravstvene usluge na visokokvalitetnoj razini uz sveobuhvatnu edukaciju i stručno usavršavanje zdravstvenih radnika.

Uz već gore spomenute zdravstvene usluge u telemedicini, velike su potrebe i mogućnosti uvođenja zdravstvenih usluga iz područja medicinskih struka, oftamologije, psihijatrije, patologije, pedijatrije te udaljene skrbi i nadzora pacijenata.

Kao zaseban i vrlo značajan je projekt integracije telemedicine u hitnu medicinsku pomoć.

Ne treba zaboraviti niti činjenicu da u trendu međunarodnog računalnog povezivanja zdravstva uvođenje teleradiologije čini Republiku Hrvatsku potencijalnim ponuditeljem telemedicinskih usluga i drugim državama.



Slika 3. Mreža telemedicinskih centara

Korisni pojmovi

Telemedicinski centar jest mjesto pružanja usluge telemedicine prema specijalnosti.

Telekonzultant jest doktor medicine ili doktor medicine specijalist koji pruža uslugu u okviru sustava telemedicine.

Tražitelj usluge jest doktor medicine ili zdravstveni radnik koji traži određenu telemedicinsku uslugu.

Primatelj usluge jest pacijent za kojega je usluga zatražena.

Administrator tražitelja usluge je administrativni djelatnik ili zdravstveni radnik zaposlen u ustanovi tražitelja usluge koji vodi listu naručivanja.

Ugovaratelj jest pravna ili fizička osoba koja na osnovi odobrenja Zavoda za telemedicinu osniva telemedicinski centar te ima sklopljen ugovor sa zavodom koji provodi obvezno zdravstveno osiguranje ili drugim pravnim osobama koje obavljaju djelatnost obveznog ili dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ugovaratelji mogu biti zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i privatni zdravstveni radnici.

Osiguravatelj jest zavod nadležan za obvezno zdravstveno osiguranje te druge pravne osobe koje obavljaju djelatnost dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Zaključak

Koliko god obećavajuća i korisna, telemedicina nailazi i na vlastite poteškoće. Jedna od glavnih poteškoća je u činjenici da telekonzultant nije u mogućnosti fizički pregledati pacijenta što je u biti glavni način prilikom donošenja ispravne dijagnoze. Ali, kroz konstantnu edukaciju telekonzultanta i tražitelja usluge, razvoj medicinskih uređaja i informacijskih tehnologija, uštedu vremena, povećanje dostupnosti zdravstvenih usluga kao glavnih čimbenika, telemedicina može ravnopravno konkurirati klasičnoj medicini.

Na kraju, telemedicinom se povećava kvaliteta života pacijenata.

Linkovi

Zavod za telemedicinu: www.ztm.hr

Pravilnik o uvjetima organizaciji i načinu obavljanja telemedicine:
<http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/329775.html>

UPRAVLJANJE PROMJENAMA

Uvod

Promjene su dio svakodnevnog života i rada koje vuku život naprijed ka boljem. Postupne se promjene zbivaju i u sestrinstvu u smislu organizacije službe, sadržaja i kvalitete rada što zahtijeva uvijek novije nadolazeće vrijeme. No, možda idu sporije nego što bi to moglo biti u danom trenutku i nekoliko momenata na to utječe. Promjene trebaju nastajati postupno i u tradicionalističkim sredinama kao što je naša, ali trebaju zahvatiti svijest i samog sestrinstva u poimanju sebe, svoje vrijednosti te društvenog značenja i statusa. Ima se osjećaj da je tradicionalizam u našoj sredini gotovo zacementirao svijest o djelu, ulozi i vrijednosti sestrinstva u pripadnoj društvenoj sredini čemu pridonosi gotovo neopazice inertnost i formirana svijest samih sestara ostavljajući ih na periferiji društvenog značaja i utjecaja razvijajući u njima gotovo **podaničku svijest i vazalni odnos..**

Promjene se u službi zdravstva obično razvijaju polako i etapno i sestre su dio tih promjena. No, u svakodnevnoj praksi medicinske sestre ipak koliko toliko sudjeluju u procesu nastanka promjena kojima se stvara okvir koji onda automatizmom upravlja njima i njihovom svakodnevnom djelatnošću. Postavlja se pitanje u kojem stupnju danas sestrinstvo sudjeluje u programiranju kontinuiranih promjena koje vode k organiziranijem, savršenijem i stručno spremnijem obavljanju svakodnevne sestrinske službe? Isto tako u kojem stupnju ono daje prilog stvaranju novog imidža sestrinstva danas? Da li su i koliko medicinske sestre uključene u stvaranju i spontanih i programiranih organizacijskih i stručnih promjena koje vode ka kvalitetnijoj sestrinskoj djelatnosti? Da li sestre prihvaćaju adekvatno sudjelovati u tim promjenama ili se jednostavno prepuštaju stihiji svakodnevnog obavljanja sestrinske službe? Da li one, kad su već promjene donesene, njima onda upravljaju ili bolje rečeno uolikoj mjeri adekvatno sudjeluju? Da li one same daju prilog ne bi li se promjenilo poimanje kako je sestrinstvo sekundarna (pomoćna) djelatnost te kako ono gotovo samo manualno sudjeluje u složenom procesu pružanja zdravstvene zaštite?

Da li je stvorena klima u kojoj same medicinske sestre osjećaju potrebu, a onda i zahtjevno injiciraju, svoje trajno stručno usavršavanja koje onda diže vrijednost sestrinstva na razinu koja mu i pripada? Da li one same s taktom lome tradicionalizam u toj materiji? Puno je još pitanja u svezi postavljene teme „Upravljanje promjenama“, jasno, u zdravstvenoj službi na razini sestrinstva.

Sestrinstvo uključuje brojnost djelatnika što daje veću mogućnost utjecaja u injiciranju, stvaranju i provođenju promjena u zdravstvenoj službi neke sredine, a na što je ono i pozvano. No, to u svakodnevnicu prolazi neopazice. Sestrinstvo se treba sve više dozirano nametati u iznalaženju mogućnosti sudjelovanja u programiranju i provođenju promjena koje vode boljem pružanju zdravstvene zaštite pučanstva jedne sredine. Tek će sudjelovanje sestrinstva u iznalaženju i realizaciji promjena voditi zajedno s djelovanjem drugih čimbenika kvalitetnijem pružanju zdravstvene zaštite pučanstva i dizanju samosvijesti sestrinstva o njegovoj vrijednosti, a onda će rasti i ugled sestrinstva u društvenoj sredini.

Iznijela bih ukratko svoje iskustvo i svoje viđenje o udjelu sestrinstva u našoj sredini u promjenama koje vuku službu i u organizacijskom i u stručnom pogledu prema naprijed. Imam lagani osjećaj da se nekako neprisiljeno i stihijski sviješću, navikama, stavom i hodom kroz svakodnevnicu sestre neopazice same svrstavaju u dvije grupe:

1. ovdje pripada nekako minorna grupa sestara koje imaju izraženu unutrašnju potrebu u svakoj prilici rad učiniti učinkovitijim, svrsishodnijim i stručno efektivnijim ne obazirući se na okolne, ponekad i neukusne, komentare kako o njihovoj osobnosti tako i o učinjenom tijekom obavljanja službe,

2. Ovoj grupi pripadaju, a čini je većina sestara, one koje se same postavljaju u položaj **posrednika i manualca** u obavljanju složenih stručnih zadatak i poslova, tradicionalistički su poslušno postavljene što graniči gotovo s nepotrebnom pokornošću zbog čega nemaju niti impulsa razmišljati o promjenama, programirati ih i sudjelovati u donošenju. Taj je stav gotovo na razini inertnosti kao da im nedostaje neki unutrašnji impuls koji bi ih iz neke vrste psihološke dokolice ubacio u aktivniji stav pa se upravo tako zaista minimizira značenje sestrinstva i u zdravstvenoj službi i u društvu. Time se sestrinstvo stihijski prepušta civilizacijskom tradicionalizmu koji, a zaista je malo muških uključeno u sestrinsku službu tj. službu srednjeg medicinskog kadra, još uvijek u brojnim ljudskim djelatnostima muškarca praktički ostavlja i dalje na pijedestalu.

Trebamo se i sami dijelom mijenjati u shvaćanju i postupanju kako bismo postali svijesne svojih bioloških duhovnih i umnih potencijala čime možemo uvijek više davati obola u programiranju i provođenju promjena u zdravstvenoj službi kako u rutinskom radu tako i poimanju vrednovanja sestrinstva i njegove uloge.

Još bih iznijela jedno svoje viđenje o iznesenom. Opaža se da se sestre ne protive poduzetim promjenama, da ih ponekad doduše ipak i s malo opreza prihvaćaju ali ih, kad su već donesene, u svakodnevnicu nose i provode. Upravo tamo gdje je život i rad tražio promjene nema

sestrinskog otpora, makar najčešće, na žalost, ne učestvuju u donošenju programa promjena već se one po upravljačkoj vertikali nameću.

Upravo se sestre trebaju uključiti ne samo u provođenje promjena, nego i u njihovo programiranje kako bi te promjene bile što plodonosnije. Naime, nametnute promjene obično izazivaju otpor što onda smanjuje njihovu učinkovitost. Tamo gdje su sestre sudionici programiranju promjena, zdušnije ih se provodi i plodonosnije su. Treba ovdje ipak naglasiti da će plodonosne promjene u sestrinskom radu biti samo one koje programirano idu do razine sestrinske edukacije i vještine.

Iznošenje praktičnog iskustva

Prije nego bismo se upustili u promjene potrebno je jasno sagledati položaj sestrinstva u konkretnoj društvenoj sredini i zdravstvenoj službi, koje je mjesto zauzimalo prije a koje zauzima danas te jasno odrediti ono što želimo za bolje sutra. Mora se utvrditi činjenično stanje, a onda stvoriti preduvjete za programirane promjene što se može sažeto iznijeti kako slijedi:

- sagledati trenutno stanje u službi i odrediti prioritete,
- uočiti i uključiti u programe utjecajne osobe koje bi dale podršku predviđenim promjenama,
- predvidjeti i planirati iznaći sredstva za sprovesti programirane promjene,
- odrediti i uključiti u provođenje programa osobe sposobne za komunikaciju i timski rad,
- osigurati legislativu tj. programe i njihovo izvođenje uskladiti s popstojećim propisima i zakonima.

U Sveučilišnoj bolnici Mostar oformila sam novu službu u sklopu Odjela za održavanje medicinske opreme i objekata. Na sastanku Kolegija sestara jednoglasno je zaključeno da je neophodno osnovati tu službu i ujedno je donesen nacrt njezina djelovanja. Upravno je vijeće bolnice donijelo na prijedlog Kolegija sestara odluku o formiranju te nove službe što je zapisnički registrirano, a u djelovodni protokol i uvedeno. Upravne strukture bolnice podržale su prijedlog i pokrenule postupak za zakonsku izmjenu Statuta bolnice u toj materiji s uputama za došenje buduće odluke o Sustavatizaciji.

Kako je sve išlo prema našem (sestrinskom) predviđenom planu raspisan je natječaj za glavnu sestru nove službe i istovremeno predviđen je prijem novog sanitarnog tehničara. Kadrovska je služba izdala Rješenja o novom rasporedu djelatnika nakon čaga smo krenuli u proceduralne postupke vezane za oformljenje nove službe. Usporedno smo radili i na edukaciji budućih djelatnika te nove službe posvećujući punu pažnju edukaciji u rukovanju novom aparaturom, posebno u

laboratoriju i u operacionim salama JIL-a. O prisutnosti na obuci i sudjelovanju u njoj striktno je vođena evidencija.

Komisija za intrahospitalne infekcije izradila je pisani program održavanja higijene u novim uvjetima koji je umnožen i podijeljen glavnim sestrama organizacijskih i stručnih jedinica bolnice, a isto tako i spremačicama. Tom su prigodom dobili i pismeni naputak o kontroli rada i održavanju higijene u obliku kontrolnog listića u kojem su navedeni lokaliteti i vrijeme te ritam i način obavljanja čišćenja. Sve se te radnje i postupci navode. Listići sadrže i rubrike u koje se pismeno unose podaci o obavljenjao čišćenju što je onda dostupno glavnoj sestri organizacijske jedinice na uvid i kontrolu.

U izrađenom i izdanom pismenom programu rada novooblikovane službe navedena su i tehnička pomagala koja omogućuju što adekvatnije čišćenje kao i sredstva za čišćenje tkanina, posuđa, aparature, fiksnih segmenata bolničkog objekta. Smatrali smo važnim donijeti odluku po kojoj su naputci za obavljanje čišćenja i održavanje higijene pismeno taksativno navedeni i izvješeni tako da su dostupni i bolesnicima i posjetiteljima što stvara onda sveopću klimu osjećaja da se čistoći daje dostojno začanje u osiguranju uvjeta kvalitetnog bolničkog liječenja.

Ovaj naš primjer zorno ilustrira kako sestrinstvo može i treba sudjelovati u programiranju, donošenja i sprovođenju promjena u stvaranju uvjeta što svrsishodnijeg i učinkovitijeg liječenja povjerenih nam bolesnika kako u organizacijskom tako i u stručnom sadržaju. Činjenica je da osoblje zahvaćeno odlukama u izvršenju novih zadataka uvođenjem nove službe u svakodnevni rad niti jednom gestom i niti u jednom trenutku nije negodovalo već je zdušno sve prihvatilo, budući da su sudjelovali u programiranju promjena i u odlukama o njihovom donošenju i sprovođenju. Nije, dakle, bilo u postupanju uvođenja promjena, koje zahvaćaju i sestrinski rad i rad pomoćnog osoblja, nikakve forsiranosti, a posebno nekih nasilno donesenih odluka i postupaka.

Zaključno razmatranje

Možemo se zapitati da li smo stvarno spremni sudjelovati u sagledavanju potrebe za promjenama, sudjelovati u njihovom programiranju, a onda i u provođenju. Da li sestrinstvo postaje svijesno svoje uloge i mogućnosti sudjelovanja u tome i da li smo spremni mijenjati i sebe i svijet oko nas u poimanju uloge sestrinstva u društvenom životu i medicinskoj skrbi pučanstva. Da li smo spremni uključiti se i radom i životom u mijenjanje tradicionalističke svijesti naše sredine i nas samih kako bi sestrinstvo što djelatnije bilo uključeno u kontinuirano napredovanje u pružanju svekoliko i stručne i ljudske pomoći onima koji su je najpotrebniji a to su bolesnici koji nam povjeravaju svoje zdravlje i živote.

PLANIRANJE STRATEGIJE PRIJELAZA IZ STUDENTSKOG U PROFESIONALNI ŽIVOT

Razdoblje u kojem student prelazi u svijet rada obilježeno je neizvjesnim očekivanjima, strahom, nelagodom i nesnalaženjem. Nakon nekoliko godina studiranja u prilično zaštićenim uvjetima (učenje vještina uz nadzor, učenje u kabinetu, vježbe uz odgovornog mentora), student prelazi u uvjete u kojima bi trebao samostalno donositi odluke, biti prepušten sam sebi i znanju koje je stekao, starijim kolegicama i rutini, novim tehnologijama koje ga plaše, te uz sve to imati dobro razvijene komunikacijske vještine, vještine zdravstvene njege, i nadasve biti motiviran. Motivacija je spremnost da se nešto učini i uvjetovana je pogodnošću te radnje da se njome zadovolje potrebe pojedinca. Potreba je fiziološki ili psihološki nedostatak koji određene rezultate čine privlačnima (Robbins, 1995). Suvremene teorije motivacije daju detaljnija objašnjenja zaposlenih. Jednu od teorija postavio je McClelland, koji smatra da postoje tri glavna motiva odnosno potrebe na radnom mjestu:

- potreba za postignućem
- potreba za moći
- potreba za pripadnošću.

Zadovoljstvo poslom, radnim okruženjem te socijalnim i drugim uvjetima rada čimbenici su koji uvelike pridonose percepciji uspješnosti u poslu i osnovni je element da bi se studentica sestrinstva socijalizirala u struci.

Većina liječnika, bolničke administracije i glavnih sestara očekuju da sestre pripravnice imaju razvijene interpersonalne vještine i da suvereno vladaju procesom rada. Taj stav potječe iz vremena kada su studenti sestrinstva većinu vremena provodili radeći na bolničkim odjelima uz minimalne količine teorijskih znanja koje su dobivali u obrazovnim ustanovama. Postojeći nastavni plan i program na studiju sestrinstva uključuje daleko više teorijskih znanja i pokušava kroz postizanje općih i specifičnih ciljeva studenta osposobiti za odgovore na pitanja „kako“, ali i „zašto“.

Opći ciljevi obrazovanja su: radna uspješnost, aktualiziranje znanja iz novih tehnologija i izbjegavanje zastarijevanja znanja i usporavanja praćenja novih tehnologija u skrbi za oboljele te usmjeravanje budućih

profesionalaca na prakticanje zdravstvene njege na dobrobit osobama u skrbi. Specifični ciljevi obrazovanja usmjereni su specifičnim zadacima medicinskih sestara koje moraju biti obrazovane za izvršenje tih zadataka. Oni predstavljaju točno određeni segment ponašanja ili buduće uspješnosti koja će se ostvariti obučavanjem svake pojedine vještine. Opći i specifični ciljevi imaju i zajedničke elemente koji uključuju razvijanje radnih navika i metoda rada koje daju optimalne rezultate, motivaciju i interes za daljnjim učenjem i usavršavanjem i razvijanje pozitivnih stavova te osjećaja pripadnosti profesiji.

U literaturi se spominje nekoliko faza koje prolazi svaki početnik pa tako i medicinska sestra. Nakon neizvjesnosti u razdoblju traženja posla, s radnim mjestom dolazi do razdoblja koje se u literaturi opisuje kao šok izazvan realnošću a koji je rezultat neujednačenosti znanja i vještina naučenih na studiju i često puta rutinskih poslova na bolničkim odjelima. Taj šok izaziva trajno stanje stresa koji djeluje na zdravlje medicinske sestre i jedan je od „kradljivaca vremena“ na poslu (Brown,2000.). Kramer navodi četiri faze koje su prisutne u tom periodu početnog šoka. To su: „honeymoon“ faza, faza odbijanja, faza oporavka i faza odlučnosti. Svaka sestra pripravica doživjeti će različiti intenzitet prvotnog šoka. Intenzitet dijelom ovisi i o tome da li dolazi u sredinu gdje je učila kao student ili se radi o potpuno nepoznatoj sredini. Naime, mnogo sestara zapošljava se u bolnicama i drugim zdravstvenim ustanovama u kojima nisu bile kao studenti iz različitih razloga: bolje radno vrijeme, blizina mjestu stanovanja, bolji osobni dohodak i sl. i smatra se da su one izložene većem stresu. Međutim, intenzitet stresa može biti visok i kod sestara koje se zapošljavaju na klinikama i ustanovama na kojima su bile na vježbama tijekom školovanja. Glavni razlog za to je to što ih starije kolegice i dalje smatraju i ponašaju se prema njima kao prema studentima, što predstavlja barijeru u prerastanju sestre pripravnice u samostalnu profesionalku.

Rezultati istraživanja provedenih u europskim zemljama i SAD govore kako sestre procjenjuju potrebe koje su nužne za izgradnju profesionalnog odnosa i pri tome identificiraju nužnost postojanja sljedećih vještina:

- Komunikacijske vještine (Brown,2000; Tingle,2000)
- Kliničke vještine / vještine zdravstvene njege (Charnley,1999; Gries, 2000)
- Organizacijske vještine (Charnley,1999; Tingle,2000)
- Vještine delegiranja (Huber,2000; Tingle,2000)

U novije vrijeme sestre pripravnice kroz različite forume na Internetu govore o svojim frustracijama i većina ih se opisuje kao „stalno u trci, s

pet minuta vremena za obrok, s potrebom ostajanja nakon isteka radnog vremena...“.

U literaturi se spominju različite strategije kojima se olakšava period prijelaza iz studentskog u profesionalni život:

- **Bikulturalizam**

Pojam se oslanja na dva različita sustava vrijednosti, u ovom slučaju na vrijednosti koje osoba donosi iz škole s onima koji su prisutni u praksi. Bikulturalizam potiče samopouzdanje i pomaže sestrama da odrede realne ciljeve i očekivanja u profesionalnom radu. Ova strategija je uspješna i prihvaćena na mjestima gdje se ideje novih sestara koje su rezultat znanja stečenih na studiju, prihvaćaju i integriraju u proces rada, pri čemu se te sestre ne proglašava „revolucionarima“ ili nekim tko se „pravi važan“. Kramer sugerira sestrama pripravnicama da procijene kako njihovo ponašanje djeluje na članove interdisciplinarnog tima i da na jednostavan način iznose ideje.

- **Mentor /model uloga**

Model mentorstva i model uloga se često poistovjećuju iako se u stvarnosti radi o različitim strategijama. Mentorstvo je interaktivan proces i zasniva se na osobnom iskustvu (Klein i Dickenson-Hazard, 2000), dok model uloga ne mora imati spomenute elemente. Model igranja uloga dosta sestara pripravnica pokušava izbjeći i smatraju da su kroz igranje uloga izložene stresu. Mentorstvo je model kojim iskusne sestre kroz razdoblje od 6 – 12 mjeseci nadziru i pomažu mladim sestrama u prepoznavanju vlastitih nedostataka i potiču njihovo samopouzdanje.

- **Preceptor**

Program uključuje preceptora koji radi sa studentom tijekom zadnjeg semestra na studiju. U SAD je postao zadnjih godina jedan od najprihvaćenijih modela uključivanja studenata u praksu i smatra se da je najučinkotiji za socijalizaciju sestara u profesiji.

- **Samomentoriranje**

Nitko ne može učiniti više za uspješnu tranziciju iz uloge studenta u profesionalca, kao osoba sama za sebe. Od nje se očekuje da traži znanja koja joj nedostaju, da razvija vještine rješavanja zadataka, da se služi novim tehnologijama u traženju znanja i da postavlja pitanja relevantnim stručnjacima. Na taj način će razviti samopouzdanje i vjerovanje u sebe.

- **Studentske i profesionalne udruge**
- **Samopouzdanje i samoodrastanje**

Tingle(2000) predlaže novim sestrama strategiju tranzicije uz „vodič za uspjeh“:

- Ne propusti tražiti pomoć
- Koristi dostupne resurse
- Uključi se u profesionalnu udrugu
- Ostani u kontaktu s prijateljima
- Realno procijeni vlastiti napredak
- Ostani usredotočen na vlastite ciljeve

Melisa Groggin (2000) predlaže 10 koraka za smanjenje stresa kod sestara pripravnica:

- Razmisli prije nego što odgovoriš
- Koristi praznike za odmor
- Oslobodi se nepotrebnih razmišljanja i usmjeravaj svoju energiju
- Podrži i pomogni kolegama, nekad samo slušaj
- Odijevaj se u udobnu uniformu i obuću
- Njegovaj se, učini nešto lijepo za sebe svaki tjedan
- Izbjegavaj osobe koje te iritiraju
- Budi u vezi sa sobom
- Reci ne i zbog toga se ne osjećaj krivom
- Zapamti, sestrinstvo je plemenita profesija

Razdoblje prijelaza iz studentskog u profesionalni život je kritično razdoblje u životu svakog mladog čovjeka. Budući da se u razvijenim zemljama sve manje mladih odlučuje za plemenito, ali vrlo teško zanimanje medicinske sestre, ovi se programi i strategije koriste kako bi osobe što lakše prošle period tranzicije i što prije se socijalizirale u struku. U RH najčešće primjenjivan model je model mentorstva i posljednjih godina je primijećen napredak u praćenju i podršci mladim osobama koje ulaze u struku.

Literatura:

1. Barath,A: (1995) Kultura, odgoj i zdravlje.VMŠ, Zagreb
2. Cherry, B., Jacob, R.S.(2002) Contemporary Nursing. Mosby, St. Louis.
3. Havelka, M. (2002) Zdravstvena psihologija. Naklada Slap, Jastrebarsko
4. Klein, E., Dickenson-Hazard, N: The spirit of mentoring, Reflect Nurs 26(3):18-22, 2000.
5. Oslić,I:(2008) Kvaliteta i poslovna izvrsnost. M.E.P. Consult, Zagreb.
6. Kelly M.J.: (1997) Upravljanje ukupnom kvalitetom. Potecton, Zagreb.

UPRAVLJANJE PROJEKTIMA – primjer iz prakse

Sažetak

Upravljanje projektima je relativno nova znanost. Područje upravljanja projektima, iako se razvilo iz tehničkih disciplina, s vremenom je pod utjecajem drugih područja sve više postalo multidisciplinarno. Danas projekti dobivaju sve veći značaj i u sektoru zdravstva (projekti neprofitnih ustanova). To su projekti koji imaju za cilj zadovoljavanje socijalnih, zdravstvenih, humanitarnih potreba zajednice, i nisu motivirani isključivo profitom. Neprofitni ne znači nedohodovni – dobit se ulaže u unapređenje i razvoj djelatnosti.

Samo tijekom 2007. i 2008. godine od strane hrvatskih znanstvenika provedeno je oko 68 javnozdravstvenih istraživanja, znanstvenih projekata u kojima su kao istraživači i suradnici prijavljeni stotine stručnjaka među kojima su i medicinske sestre. Medicinska sestra u provođenju projekta sudjeluje kroz uloge voditelja projekta, istraživača ili suradnika, ovisno o kojoj vrsti projekta se radi (istraživački, stručni, znanstveni, obrazovni, tehnološki).

Ključne riječi: projekt, upravljanje projektima, životni tijek projekta, medicinska sestra u znanstvenom projektu.

Uvod

Projekti i projektni način rada su u okruženju i vremenu čestih i brzih promjena vrlo primjenjivi. Upravljanje projektima postoji tisućama godina. Projekte možemo sagledavati kroz osobna iskustva svakoga od nas, kroz naše tzv. privatne projekte. Barem jednom smo organizirali odlazak na putovanje, proslavu rođendana, upis u školu ili studij i slično.

Projekti nisu samo i isključivo stvaranje i postizanje nečeg velikog. Sve vrste projekata, uključujući i privatne imaju nekoliko zajedničkih, nepromjenjivih elemenata. Ti elementi su: cilj, put do cilja i ljudi koji putuju – **ŽIVOTNI TIJEK PROJEKTA.**

Definicija projekta

Postoje različite definicije projekta. „Projekt je ciljano usmjerena, jednokratna, relativno nova i kompleksna namjera međusobno povezanih aktivnosti, čije je trajanje vremenski ograničeno. Realizacija aktivnosti

kao i samog projekta u cjelini povezana je sa korištenjem resursa (materijalnih, ljudskih, financijskih), te zahtjeva timski rad i posebno organiziranje i vođenje - upravljanje projektom.“

„Projekt je privremeno nastojanje poduzeto zbog stvaranja jedinstvenog proizvoda, usluge ili rezultata.“ (PMBok, 2003.)

Svi projekti imaju tri sastavnice:

- Specifične ishode: proizvode ili rezultate
- Definiranje početnih i završnih datuma (raspored): vrijeme kada projektni rad počinje i kada završava.
- Resursi: potreban broj ljudi, materijali, oprema, koji omogućavaju ispunjavanje aktivnosti unutar projekta

Upravljanje projektom

„Upravljanje projektom je primjena znanja, vještina, alata i tehnika na projektne aktivnosti da bi se zadovoljili projektni ciljevi.“ (PMI rječnik)

Ciklus upravljanja projektom za sve projekte je isti ili vrlo sličan, ovisan o izabranoj metodologiji i standardu. Univerzalni tijek projekta raspoređen je u nekoliko faza. Faze upravljanja projektom slijede jedna za drugom, osim procesa nadzora i kontrole koji se događaju paralelno s izvedbom.

- Pokretanje i osmišljavanje (postojanje dobrog razloga za pokretanje)
- Planiranje
- Izvođenje
- Kontrola i nadzor
- Zatvaranje projekta

Svedu li se teorije upravljanja projekta na najosnovnija načela, dolazi se do početnog zahtjeva: u svakom trenutku znati gdje se projekt nalazi. Vještine upravljanja projektima univerzalne su i primjenjive u svim granama ljudske djelatnosti. Opća načela i praksa upravljanja projektima su:

a) *Definiranje ciljeva projekta*- što uključuje očekivani ishod, potrebna sredstva (ukupna cijena), zadano vrijeme, (datum početka), sigurnost, i ukupnu kvalitetu. Česta i najbolja praksa u definiranju ciljeva projekta su S.M.A.R.T. (pametni) projektni ciljevi.

- **S**pecific (određeni)
- **M**asurable (mjerljivi)
- **A**ssignable (dodjeljivi)
- **R**ealistic (realistični)
- **T**ime related (vezani uz vrijeme)

- b) *Razvijanje plana za izvođenje projekta* – je vodič ta tim, odnosno identifikacija slijeda događaja potrebnih za ispunjenje projekta. Osnovni zahtjevi tima su: potrebne vještine, prepoznati pojedinci, definiranje zaduženja, edukacija i interpersonalna kompatibilnost. U praksi se prepoznaju četiri imperativa dobrog opsega projekta. Da su pisani, dobro definirani, lako razumljivi i dostižni.
- c) Definiranje temeljne baze kontrole – temeljni elementi sustava kontrole su: sustav nadgledanja koji mjeri izvedbu u odnosu na plan, sustav izvještavanja odstupanja od plana, sustav koji prenosi odstupanja pravim ljudima, korektivne radnje i predviđanje ishoda projekta (određivanje vremena i svih pojedinih aktivnosti koje čine ukupno vrijeme dovršenja projekta). Svi projekti razumne veličine doživljavaju poteškoće. Ciklus aktivnosti nadgledanja i kontrole projekta omogućava prepoznavanje i rješavanje problema u ranoj fazi tako da se projekt može nastaviti.
- d) Upravljanje rizikom – Izvori rizika mogu biti socioekonomski, financijski, tehnički, ugovorni. Proces upravljanja rizika uključuje: identificirati rizik, analizirati rizik, odgovoriti na rizik i dokumentirati.
- e) *Zatvaranje projekta* – podnošenje završnog izvještaja.

- Primjer iz prakse -

Projekt: Regionalizam kardiovaskularnih bihevioralnih rizika – model inervencije

Nositelj projekta: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja

„Andrija Štampar“

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Hrvatska komora medicinskih sestara

Suglasnost - Patronažna služba domova zdravlja Republike Hrvatske

Projektno istraživanje „Regionalizam kardiovaskularnih i bihevioralnih rizika – model intervencije“ započeto je 2003 godine a unutar njega provedena je „Hrvatska zdravstvena anketa 2003“ (HZA 2003). Istraživanje je bilo usmjereno na procjenu čimbenika rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti a provodilo se u sklopu strategije reforme zdravstvenog sustava. Istraživanje se provodilo putem ankete koja je uključivala mjerenja i intervju. Anketu su provele patronažne sestre na području Republike Hrvatske na reprezentativnom uzorku od 9070 građana.

Jedan od primarnih ciljeva projekta Regionalizam kardiovaskularnih bihevioralnih rizika - model intervencije, jest razviti sustav primarne prevencije za kardiovaskularne bolesti (KVB) na razini djelovanja javnozdravstvene patronažne službe domova zdravlja. Projekt je definiran kao kohortna studija 9070 ispitanika, pregledan i ocijenjen na kardiovaskularne faktore rizika ponašanja 2003. godine, zatim planirani ponovni pregled te ocjena ponašanja, i uspostava intervencija, po modelu na principu Case-based-underdasting (Case-based-reasoning) na lokalnoj razini 2008. godine.

Važnost provedbe istraživanja: osnova za kreiranje nacionalnog javnozdravstvenog modela intervencije za smanjenje KVR čimbenika, temeljenog na regionalnim osobitostima. Pretpostavlja se primjenjivost takvog modela i u drugim zemljama sa sličnim problemima.

Provoditelji projekta su i medicinske sestre u patronažnoj djelatnosti na području svih županija u Republici Hrvatskoj.

Plan provođenja projekta uključio je mobilizaciju svih medicinskih sestara u patronažnoj djelatnosti sa ciljem pripremanja logistike za provođenje projekta, što se odnosilo na :

1. Pripremanje i planiranje održavanje radionica u Zagrebu dvije, Rijeci, Splitu, Zadru, Varaždinu, Osijeku i Dubrovniku za sve patronažne sestre (oko 740), obavezno za one koje su sudjelovale u projektu 2003. godine.

Važnost održavanja radionica očitovalo se kroz potrebu što kvalitetnije edukacije patronažnih sestara, obzirom da HZA 2008 uključuje provedbu zdravstvene ankete, ali i kratku kvalitativnu procjenu rizičnosti ispitanika (mjerenjem), kao i izradu modela intervencija na temelju kvantitativne i kvalitativne procjene,

2. Planiranje izrade mreže za uspješnost provođenja projekta između nositelja projekta sa predstavnicima Županijskih centara, u cilju uspješne komunikacije tijekom provođenja projekta između projektnog tima i koordinatora projekta na terenu.

Patronažne sestre odgovarajućih domova zdravlja ponovno su obišle 9070 ispitanika po odgovarajućim županijama. U cilju provedbe primarno-sekundarne prevencije kardiovaskularnih bolesti u odraslih osoba, a u sklopu provedbe projekta **Hrvatska zdravstvena anketa** (HZA 2008). Po svršetku u svakoj županiji predaje se na statističku obradu i analizu.

Način provjere rezultata: evaluacija tijekom provedbe te po završetku projekta

Kao značajna dopuna u kohornoj studiji izrađena je **zdravstvena knjižica**.

Svrha knjižice je da patronažnoj sestri služi kao dokument o prevenciji kardiovaskularne rizičnosti ispitanika uključenih u projekt, te o dogovorenoj intervenciji i praćenju kroz godinu dana. Intervencija predstavlja samostalan dijagnostički postupak patronažne sestre. Podaci se prikupljaju mjerenjem i razgovorom između patronažne sestre i ispitanika.

Zdravstvena knjižica je izrađena po blokovima:

A. PROCJENA RIZIČNOSTI ISPITANIKA

1. Kardiovaskularni rizici dobiveni mjerenjem
2. Zdravstveno socijalni status
3. Procjena životnih navika nakon 2003 godine

B. SAMOPROCJENA: rizik, preporuke, motiviranost za promjenom rizičnog ponašanja i cilj zdravstvenih mjera

1. Procjena stila života rizičnosti
2. Samoprocjena – preporuke – motiviranost – cilj

C. MEĐUPOSJETE

1. preporuka da svaka tri mjeseca posjeti ispitanika te se informira kako ispitanik provodi dogovorenu intervenciju.

D. PROCJENA RIZIČNOSTI ISPITANIKA NAKON GODINU DANA

1. Patronažna sestra ponavlja procjenu kardiovaskularne rizičnosti onako kako je to radila prije godinu dana.

E. EPIKRIZA

1. Patronažna sestra opisuje slobodnim tekstom svoja zapažanja o cjelogodišnjoj intervenciji i postignutom uspjehu, te sa daje globalnu ocjenu uspjeha intervencije (od 1 do 3).

Kroz zdravstvenu knjižicu ispitanik se prati i nakon godinu dana, krajem 2009. godine, knjižica se predaje na obradu i evaluaciju instrumenta intervencije. U rizičnih ispitanika patronažna sestra dogovara intervenciju i prati ga prema potrebama kroz godinu dana nakon čega zaključuje knjižicu i predaje na obradu i analizu.

Prvi dio projekta „Hrvatska zdravstvena anketa 2008“ je završen u siječnju 2009. godine, kada je započeta analiza i mjerenje dobivenih rezultata. Planirani završetak projekta koji se odnosi na zdravstvenu knjižicu je siječanj 2010, kada će se učiniti analiza rezultata. Završetak ukupnog projekta planiran je u rujnu 2010 godine.

Zaključak

Svaki projekt je jedinstven. Isto tako sve djelatnosti unutar sustava zdravstva su jedinstvene po svojim pravilima i kompetencijama. Uobičajena praksa je da su projekti proizvod multidiscipliniranog rada. Takav pristup za sestrinsku djelatnost znači povezivanje i osnaživanje položaja medicinske sestre sa ostalim zdravstvenim i nezdravstvenim profesijama i djelatnostima. Jedna od ključnih riječi uspješnog projekta jest povezanost (eng. Connectivity). Jednako tako sestrinstvo kroz projektno djelovanje može unapređivati sestrinsku praksu. Primjerice, nakon završenog istraživanja gore navedenog projekta patronažna služba svoje preventivne programe može prilagoditi regionalnim specifičnostima.

Upravo pri osmišljavanju navedenog projekta polazilo se od hipoteze da postoje regionalno prepoznatljivi klasteri kardiovaskularni rizici (KVR), zavisno o okolini definiranoj životnim stilom, socio-ekonomskim i psihološkim čimbenicima rizika, te da su kao takvi povezani sa visokom prevalencijom kardiovaskularnog (KV) morbiditeta i mortaliteta. Javnozdravstvene programe valja usmjeriti smanjenju prevalencije multiplih i preklapajućih KVR te smanjenju KV mortaliteta i prilagoditi ih regionalnim specifičnostima.

Literatura:

1. Gojšić, J i dr. (2008): Upravljanje projektima (ilustrirani vodič). Intermedia. Zagreb
2. Projekt Management Institute: Combined Standard Glossary. Lokalizirana verzija – hrvatski, verzija 1.1. Udruga za projekt management – PMI oganak Zagreb
3. R. Atkinson, (1999): «Projekt management, cost,time and quality, two bestguesse and a ph enomenon, its time to accept succeaa criteria», International Journal of project Management.
4. Peter Drucker: (2007): Upravljanje u budućem društvu, M.E.P, Consult, Zagreb

STILOVI UPRAVLJANJA U SESTRINSTVU U HRVATSKOJ

Postoje različiti stilovi upravljanja općenito, ali i u sestrinstvu. Upravljanje uključuje pažljivo planiranje, uspostavljanje organizacijske strukture koja će pomoći u ostvarenju planova, te kadrovsko popunjavanje organizacije što kompetentnijim kadrovima. Upravljanje zahtijeva i održavanje okružja u kojem će pojedinci raditi zajedno na ostvarivanju zajedničkih ciljeva. Posao menadžera je prepoznati što ljude motivira, razumjeti ljudsku individualnost i osobnost. Upravljačka struktura mora voditi računa o tome da su pojedinci puno više od proizvodnog, u našem slučaju uslužnog čimbenika, oni su članovi potrošačkog sustava, obitelji, škola, crkava i političkih stranaka. Menadžeri motiviraju stvaranjem sredine koja će doprinosti organizacijskim ciljevima.

Ljudi koji upravljaju moraju posjedovati određene kvalitete kao što su: dominantnost, inteligencija, stručno znanje, vještine u ophođenju i visok radni kapacitet. Neophodno je poštovati i razumjeti sve članove tima, uvažavati različita mišljenja, kritične okolnosti ne riješavati potragom za krivcem nego definirati i strateški rješavati probleme. Mora znati prihvatiti svoje i tuđe nedostatke bez oholosti i ne dozvoljavati članovima tima nekontrolirane izljeve bijesa. Osvrt ovog rada su stilovi upravljanja s obzirom na autoritet koje možemo podijeliti na:

- autokratski
- demokratski
- laissez fair

Važnost upravljanja u sestrinstvu nije dovoljno obrađena u stručnoj literaturi, a kako Hrvatska postaje dio gospodarskih i drugih integracija, kako na regionalnoj tako i na globalnoj razini potrebno je voditi računa o našoj uklopljenosti u iste u budućnosti.

Namjera rada je utvrditi koji stil upravljanja prevladava u sestrinstvu u Hrvatskoj.

Upravljanje u sestrinstvu bit će razmotreno i u smislu nacionalne kulture s pripadajućim vrijednosnim stavovima i obrascima ponašanja.

Doprinos rada je bolje razumijevanje upravljanja kako bi se poboljšala efikasnost i povećalo zadovoljstvo zaposlenika i bolesnika, kao i moguća kretanja i utjecaje u budućnosti.

U istraživanju je sudjelovalo 189 medicinskih sestara i tehničara u dobi od 25 do 50 godina. Ispitanici su odabrani metodom slučajnog odabira. Podaci su prкупljeni anonimnom anketom koja je sadržavala 21 pitanje zatvorenog tipa. Mjesto istraživanja je Zagreb, a istraživanjem su obuhvaćene javne i privatne zdravstvene ustanove u Republici Hrvatskoj.

Rad uključuje pregled dostupne literature i spoznaje o dosadašnjem istraživanju o upravljanju u sestrinstvu.

Dobiveni podaci pokazuju da ispitane sestre spadaju u dobnu skupinu 40-50 godina. Nedostatak dugoročnog standardiziranog planiranja obrazovanja onemogućava im usavršavanje i napredovanje u svom poslu. Ekstenzivno planiranje obrazovanja, nepostojanje jasnih kriterija i standarda kvalitete obrazovanja i nejasna vizija sestrinstva budućnosti demotivira generacije sestara što je neke usmjerilo na traženje drugog, lakšeg puta u ostvarivanju svoje karijere. Bez obzira na edukaciju sestre ne mogu bitno promijeniti svoj status zbog vrednovanja struke u medicinskom sustavu i društvu. Što se tiče slobodnog vremena kojim sestre raspolažu, podaci nam pokazuju da medicinske sestre nemaju dovoljno vremena za obiteljski i privatni život što povećava mogućnost izgaranja na poslu (Burn out syndrom).

Pojava ovog sindroma nije nepoznata u pomagačkim zanimanjima. Zbog stalne izloženosti klijentu, prekomjerno i neujednačeno opterećenje te pretjerana strogost nadređenih, dovodi do povećane izloženosti sestrinske populacije ovom sindromu. Odgovori na pitanje o odnosu s nadređenim pokazuju da su sestre dobro savladale «komunikacijske vještine». Ovo pitanje pobuđuje sumnju u iskrenost ispitanika jer u odgovorima na pitanje o sigurnosti na poslu i o izražavanju neslaganja s odlukama nadređenih ispitanici su izrazili nemogućnost utjecaja na odluke nadređenih i veliku nesigurnost na poslu. Nadalje dobiveni podaci nam ukazuju na jednosmjernu komunikaciju, nesudjelovanje sestara u donošenju važnih odluka vezanih za posao koji obavljaju, neprepoznavanje važnosti edukacije i sustav neformalnog zapošljavanja. Novija istraživanja o upravljanju pokazuju da globalni trendovi idu prema smanjenju distance moći.

Živeći u dinamičnom društvenom okružju i uzimajući u obzir demografske trendove, kulturološke, vjerske, moralne vrijednosti, financijske resurse, način života, raspoloživost moderne tehnologije i ostale globalne trendove, sestre očekuje zahtijevna ali i uzbudljiva budućnost s puno prepreka koje će trbati savladati.

ZAKLJUČAK

Sestre bi u svom budućem radu trebale maksimalnu slobodu, mogućnost u sudjelovanju i kreiranju zdravstvene politike, budžeta i financijskih planova. Pretpostavka je da će setrinstvo u budućnosti doživjeti niz pozitivnih promjena, pri čemu sestrinska samostalnost stoji kao izravan preduvjet odgovornosti i naravno stalno inzistiranje na edukaciji i znanju kao uporištu koje će nas snažiti u budućnosti i olakšati nam rješavanje svih prepreka na koje ćemo nailaziti.

Rade Novičić, Dolores Štefančić, Tanja Lupieri, Miroslava Kičić, Maja Jelinčić, Mirjana Šafranec, Martina Dušak, Ksenija Mikulčić, Željka Gajski, Draženka Tenšek

NOVA STRATEGIJA SESTRINSKE PRAKSE U PRIMARNOJ I SEKUNDARNOJ PREVENCIJI KRONIČNOG VIRUSNOG HEPATITISA

- Ususret Svjetskom danu hepatitisa 19. svibnja 2009. -

SAŽETAK

Virusni hepatitis je jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u suvremenom svijetu. Prema podacima WHO oko 2 milijarde ljudi zaraženo je virusom hepatitisa B, oko 350 milijuna ljudi boluje od kronične HBV infekcije, oko 170 milijuna boluje od HCV infekcije, 3 - 4 milijuna ljudi godišnje se zarazi virusom hepatitisa C, oko 1,2 milijuna ljudi godišnje u svijetu umire od posljedica infekcije virusom hepatitisa B, a Europi je virusom hepatitisa B zaraženo 12 milijuna ljudi. Govori se o epidemiji koja bi prema procjeni trebala kulminirati između 2015. i 2017. godine.

Podaci o prevalenciji virusnog hepatitisa u Republici Hrvatskoj podudaraju se s podacima na svjetskoj i europskoj razini. Simptomi bolesti nisu specifični pa se virusni hepatitis otkriva kasno i nerijetko kada su već nastupila ireverzibilna oštećenja jetre kod kojih više nije moguće liječenje, a kod vrlo malog broja oboljelih preostaje još jedino transplantacija kao šansa za produljenje života. Liječenje kroničnog virusnog hepatitisa iziskuje značajne troškove. Imunoprofilaksa cijepljenjem protiv hepatitisa B dostupna je i vrlo učinkovita mjera zaštite. Cjepivo protiv hepatitisa C još uvijek nije dostupno i to ga čini naročito opasnim za nezaražene osobe.

Prevenција je, za sada, najefikasniji pristup u borbi protiv virusnog hepatitisa, a u sklopu prevencije, najbolja je edukacija. Edukaciju je potrebno provoditi u cjelokupnoj populaciji, a posebno je važno edukacijom obuhvatiti rizične skupine. Najveću i naznačajniju rizičnu skupinu čine intravenozni ovisnici o drogama, slijede ih ovisnici o alkoholu i promiskuitetne osobe. Najveća koncentracija osoba rizičnog ponašanja nalazi se u zatvorima.

Istraživanja, čiji prikaz se nalazi u ovom radu, pokazuju kolika opasnost prijete općoj populaciji u Republici Hrvatskoj. Aproximacijom i projekcijom pokazatelji upućuju da će u slijedećih deset godina iz

hrvatskih zatvora izaći oko 30 000 osoba zaraženih virusom hepatitisa. U prevenciji, kako primarnoj tako i sekundarnoj, medicinske sestre, kao najbrojnija skupina zdravstvenih stručnjaka, u svijetu imaju značajnu ulogu. U Republici Hrvatskoj medicinske sestre i medicinski tehničari trebaju sadašnji inertni oblik rada hitno promijeniti u aktivno djelovanje i koncipirati strategiju za sudjelovanje u rješavanju ovako velikog javnozdravstvenog problema.

To nezaobilazno iziskuje promjenu sestrinske prakse u primarnoj i sekundarnoj prevenciji ove opake bolesti. Na djelu već imamo koncept koji je jedinstven, ne samo u Hrvatskoj već i u Europi i u širim razmjerima. Cilj ovog rada je potaknuti medicinske sestre i tehničare na aktivno djelovanje na području primarne i sekundarne prevencije virusnog hepatitisa u Republici Hrvatskoj.

Ključne riječi: virusni hepatitis, prevencija, sestrinska praksa, strategija

UVOD

Virusni hepatitisi prepoznati su kao globalni problem. Kao rezultat toga u posljednje vrijeme zapažene su akcije na svjetskoj političkoj sceni. WHO, Europski parlament, a u posljednje vrijeme i Hrvatski sabor i vlada donose deklaracije i akcijske planove za borbu protiv virusnih hepatitisa, naročito HCV. U prilog tome ide i Prijedlog Rezolucije Hrvatskog sabora čiji je nacrt donešen na saborskom Odboru za zdravstvo i socijalnu skrb 18.ožujka 2009. Ova Rezolucija u skladu je s istom takvom Rezolucijom Europskog parlamenta koja je na snazi od 2007. godine. U obrazloženju Rezolucije navodi se sljedeće:

„U Republici Hrvatskoj virusni hepatitis prepoznat je kao hitna zdravstvena tema i stoga mu se posvećuje posebna pozornost. Usvajanjem Prijedloga Rezolucije i Prijedloga zaključka Odbora za zdravstvo i socijalnu skrb, kojim se Vladi Republike Hrvatske preporuča da odredi prioritetne akcije i odgovarajuće provedbene programe, dovesti će do poboljšanja i usavršavanja sustava, kao i općenitog povoljnijeg ozračja za borbu protiv ove opake bolesti.“

Važno je naglasiti da ova rezolucija nije novost. Naime, u Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti Republike Hrvatske, virusni hepatitisi navedeni su kao zarazne bolesti čije je sprječavanje i suzbijanje od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku. Medicinske sestre i medicinski tehničari, brojčano najzastupljenija grupacija zdravstvenih stručnjaka u Republici Hrvatskoj, moraju se aktivno uključiti u aktivnosti prevencije i suzbijanja virusnog hepatitisa kako u kliničkim uvjetima rada tako i u izvan kliničkim uvjetima djelovanja, naročito na području primarne i sekundarne prevencije.

Epidemiološke značajke kroničnog aktivnog virusnog hepatitisa

Najveći broj kroničnih hepatitisa u novije vrijeme uzrokovan je virusima hepatitisa B i C. Najopasniji oblik hepatitisa je onaj uzrokovan virusom tipa C koji može ostati asimptomatski čak 10 do 20 godina. Podaci o prevalenciji kroničnog virusnog hepatitisa C ne odražavaju stvarno stanje zato što nositelji virusa, zbog izostanka simptoma, nisu svjesni nositeljstva pa nesvjesno šire infekciju u svojoj okolini. Ukoliko se na vrijeme ne prepozna i ne započne eradikacija virusa, nakon duljeg vremena dovodi do pojave ciroze jetre, a za posljedicu može imati hepatocelularni karcinom.

Godišnje u svijetu umire od 500 000 do 1 200 000 ljudi. U slučaju razvoja ciroze jetre, kao izbor u liječenju, još preostaje transplantacija jetre. Međutim vrlo mali broj pacijenata, u odnosu na ukupan broj oboljelih kojima je potreban ovakav zahvat, ima odgovarajuće kriterije za transplantaciju jetre. Jednako tako, vrlo mali broj pacijenata doživi operativni zahvat koji je moguć tek nakon velikog broja imunoloških testiranja radi adekvatnosti transplantata, a preživljavanje nakon transplantacije također je ograničeno zbog infekcije transplantata virusom koji je zaostao u organizmu.

Virusni hepatitis B

Virusni hepatitis tipa B je infektivna bolest jetre uzrokovana virusom koji pripada skupini DNA virusa, a svrstan je u porodicu *hepadnavirida*. Inkubacija je dugotrajna i traje prosječno 100 dana. Bolest često počinje bez jasnih simptoma, ima teži oblik kod odraslih osoba, gdje ima i lošiju prognozu. Tek kod 10 – 20 % bolesnika javljaju se nespecifični simptomi u obliku povišene tjelesne temperature, upale i boli u zglobovima (naročito malim zglobovima), urtikarije i makulopapuloznog osipa, a potom se javlja ikterus, kao prvi simptom koji ukazuje na opstrukciju protoka žuči i poremećaja funkcije jetre. Ovi simptomi traju oko 10 dana i prolaze bez, za bolesnika, vidljivih posljedica. Dijagnoza bolesti postavlja se na osnovi pozitivnih virusnih markera. U početku bolesti, naročito u njezinoj akutnoj fazi, serološkim pretrgama mogu se ustanoviti HbsAg, HBV-DNA, HbeAg.

Nakon ovih markera pojavljuju se anti-HBc IgM klase, a nakon toga mogu se detektirati anti-HBc IgG klase. U daljnjem tijeku bolesti gube se HbsAg, HbeAg, a ostaju anti-HBc IgG. Isčeznuće anti-HBc i pojava anti-HBs označava razvoj imuniteta. Imunitet koji se razvije preboljenjem bolesti ima doživotno trajanje (90-95 % izliječenih). U oko 5 - 10 % slučajeva oboljelih, nakon akutne faze, razvija se trajno kliconoštvo. Nakon preboljenja akutne faze bolest može prijeći u kronični oblik. Osnovni kriterij za ocjenu kroniciteta je trajanje bolesti dulje od 6 mjeseci. Kronični oblik hepatitisa ima dva oblika, perzistentni i aktivni. Perzistentni hepatitis B ima blagi karakter i dobru prognozu. Aktivni

kronični hepatitis B može imati blagi karakter ali nerijetko bolest napreduje do potpune jetrene disfunkcije i razvoja ciroze.

Na Medicinskom fakultetu i Transplantacijskom institutu „Baylor“ u Dalasu, SAD, provedena je retrospektivna studija na 239 bolesnika s HCC. Kod 17% ispitanika uzrokom ciroze jetre i primarnog HCC smatra se HBV infekcija. Bolest se prenosi perkutanom i neperkutanom putem. Najugroženije skupine su intravenozni ovisnici o opijatima, alkoholičari, promiskuitetne osobe, bolesnici na hemodijalizi i zdravstveni djelatnici. Najveću opasnost za prijenos infekcije su kronični kliconoše, posebno one osobe koje nemaju saznanja o svom kliconoštvu, a ovdje je važno naglasiti vertikalni put prijenosa. Virus hepatitisa B otporan je na visoke temperature, odnosno može opstati čak 30 minuta na temperaturi 60°C. Mortalitet kod HBV bolesti je oko 0,02 – 0,04 na 100 000 ljudi, a letalitet je oko 1 %.

Čovjek je jedini pravi rezervoar bolesti (u laboratorijskim uvjetima bolest je moguće prenijeti na laboratorijske majmune). Mjere primarne prevencije najznačajnije su u sprječavanju širenja bolesti. Prije svega tu je edukacija koju naročito treba provoditi u rizičnim skupinama. Testiranje krvi prikupljene od dobrovoljnih darivatelja efikasna je metoda prevencije prijenosa hematogenim putem u hospitalnim uvjetima. Međutim, testiranjem je potrebno obuhvatiti i rizične skupine, što je zbog njihove nedostupnosti teško provesti u praksi.

Cijepljenje je osobito efikasna metoda prevencije bolesti u izloženim grupacijama, naročito zdravstvenih djelatnika i ostalih osoba koje rade na poslovima prometa komunalnim otpadom te radnika u proizvodnji i distribuciji hrane. Od 2000. godine cijepljenje protiv HBV uvedeno je u kalendar obveznog cijepljenja u šestim razredima osnovne škole, a od 2007. godine provodi se obvezno cijepljenje novorođenčadi.

Iako će obvezno cijepljenje rezultirati eradikacijom bolesti u općoj populaciji, za to će biti potrebno, po najboljim procjenama, dvadeset i više godina. Stoga ostaje problem netestiranih i necijepljenih osoba koje predstavljaju veliki, prikriveni i dugotrajni rezervoar infekcije, odnosno bolesti.

Virusni hepatitis C

Virusni hepatitis C prema kliničkim karakteristikama i putovima prijenosa ne razlikuje se značajno od hepatitisa B, odnosno, hepatitis C također je virusna upalna bolest jetre. Pojavnost kroničnog tijeka bolesti nešto je izraženija od one kod hepatitisa B. Virus hepatitisa C pripada skupini RNA virusa, a svrstan je u porodicu *flaviviridae*. U različitim dijelovima svijeta zastupljeni su tipovi virusa koji se međusobno razlikuju po svom genotipu. Do danas je detektirano 6 osnovnih genotipova virusa koji se označuju rednim brojevima 1 – 6. Međutim, RNA virus hepatitisa C unutar pojedinog genotipa nema jedinstvenu strukturu već se mijenja,

a varijacije unutar jednog genotipa nazivaju se podtipovi. Do danas je detektirano više od 50 podtipova. Virus je u vanjskoj okolini otporniji u odnosu na virus hepatitisa B. Putovi prijenosa bolesti, kao i kod HBV mogu biti perkutani i neperkutani. Inkubacija nakon infekcije traje od 15 do 50 dana, prosječno 6 tjedana.

Genski materijal virusa (HCV-RNA) u serumu može se naći nakon 10 – 14 dana, a pojava anti-HCV može se registrirati 8 – 9 tjedana nakon infekcije. Akutni oblik bolesti vrlo se rijetko bilježi, a akutna faza bolesti u biti je asimptomatski preiod prijelaza iz akutne u kroničnu fazu bolesti. U oko 85 % svih inficiranih osoba bolest poprima kronični i to perzistentni kronični tijek bolesti. Osnovni kriterij za svrstavanje bolesti u kronični oblik jest njeno trajanje najmanje 6 mjeseci, odnosno dulje. Akutnu fazu bolesti prate nespecifični simptomi kao i kod HBV. Simptomi se opisuju kao simptomi slični blažem obliku gripe, a prisutni su i umor, mučnina, povraćanje, umjereno povišena tjelesna temperatura, osjećaj boli ili pritiska u gornjem desnom kvadrantu abdomena. Fulminantni oblik HCV s pojavom ikterusa javlja se tek u 20 % slučajeva.

Ovo je osnovni razlog obilježavanja HCV kao bolest „*tihi ubojica*“. I ovaj tip virusnog hepatitisa izravno se povezuje s razvojem primarnog HCC. Već kod virusnog hepatitisa B spomenuta retrospektivna studija koja je provedena na Medicinskom fakultetu i Transplantacijskom institutu „Baylor“ u Dalasu, SAD, upućuje na to da je kod 55% ispitanika uzrokom ciroze jetre i primarnog HCC HCV infekcija. Naime, oboljeli najčešće nisu svjesni svoje zaraženosti HCV, a to je osobito bitno stoga što takve osobe nesvjesno šire infekciju u svojoj okolini. Dijagnostički, konkretnije, biopsijom jetre (još uvijek najbolji postupak za određivanje aktivnosti hepatitisa), odnosno patohistološkom analizom biopsata, utvrđuje se prisutnost nekroinflammatoryh promjena na jetri i stupanj fibroze (od 1 – 6). Osim serološkim dokazivanjem prisutnosti anti-HCV (nije dokaz prisutnosti antigena), molekularnom dijagnostikom (PCR) utvrđuje se prisutnost HCV-RNA, a to je ujedno najpouzdanija dostupna metoda dokazivanja HCV infekcije, odnosno prisutnosti bolesti. Prema podacima WHO u svijetu je zaraženo oko 170 milijuna ljudi, što čini oko 3 % ukupne svjetske populacije.

Procijenjeno je da u Europi od HCV bolesti boluje oko 12 000 000 ljudi. U Hrvatskoj je HCV infekcijom obuhvaćenost oko 1,7 %. U novije vrijeme bilježe se nešto veći postoci zaraženosti, a to je stoga što se intenzivnije provode akcije testiranja u različitim rizičnim skupinama. Godišnje se u Hrvatskoj otkrije oko 300 do 400 novooboljelih i oko 200 novootkrivenih kroničnih nositelja HCV. Kronični hepatitis C danas je obilježen kao jedan od najvećih javnozdravstvenih problema na svjetskoj razini pa se ovoj bolesti posvećuje velika pozornost u smislu preventivnih akcija ali i liječenja.

U prevenciji najznačajniju funkciju ima screening, naročito u rizičnim skupinama. Probirom se utvrđuje prisutnost anti-HCV, a kod pozitivnog nalaza provodi se molekularna dijagnostika s ciljem potvrđivanja prisutnosti HCV-RNA. Obje ove dijagnostičke metode uz biopsiju jetre prethode liječenju kronične bolesti. U praksi se primjenjuju brze metode testiranja.

To su uglavnom brzi imunokromatografski testovi za kvalitativno otkrivanje bilo površinskog antigena hepatitisa B ili antitijela na virus hepatitisa C. Ove metode testiranja pogodne su za široki probir. Isto tako pogodne su za testiranje u situacijama kada je poželjno dobiti rezultat u što kraćem vremenu (15-20 minuta) radi određivanja statusa testirane osobe jer postoji mogućnost da se ova osoba neće vratiti po nalaz (intravenozni ovisnici, promiskuitetne osobe) jer ne želi otkriti svoju pripadnost rizičnoj skupini ili bavljenje aktivnostima koje su u suprotnosti sa zakonom. Međutim, važno je naglasiti da su serološke i molekularne laboratorijske metode dijagnostike anti-HCV i HCV-RNA PCR tehnikom jedine egzaktno metode dijagnosticiranja prisustva virusa.

Kod brzih tehnika testiranja postoji određeni postotak lažno pozitivnih i, što je lošija varijanta, lažno negativnih rezultata. Liječenje se može provesti kod osoba kod kojih dosegnuti stupanj oštećenja jetrenog tkiva to dopušta i kod kojih je izvjesno da će se zaustavljanjem bolesti spriječiti teže kliničke komplikacije bolesti i izbjeći progresija bolesti do hepatalne ciroze i eventualna pojava hepatocelularnog karcinoma. Cjepivo protiv HCV još uvijek nije dostupno, a razlog tome je što još uvijek nije pronađena odgovarajuća kultura stanica za razmnožavanje *in vivo*, a jednako tako i velika sklonost mutacijama samog virusa.

Rizični čimbenici i rizične skupine

U pristupu prevenciji i liječenju virusnog hepatitisa važno je znati koji su to rizični čimbenici za infekciju i skupine u populaciji koje se kategoriziraju kao rizične skupine.

Rizični čimbenici za infekciju:

- intravenska narkomanija
- transfuzije krvi
- seks s intravenskim narkomanom
- boravak u zatvoru duži od tri dana
- namjerne ozljede kože iz religijskih razloga
- ubod ili porezotina nanešena krvavim predmetom
- bušenje ušiju i drugih dijelova tijela (piercing)
- injekcije imunoglobulina

Rizične skupine:

- intravenozni ovisnici o opijatima
- alkoholičari
- promiskuitetne osobe
- bolesnici na hemodijalizi
- zdravstveni djelatnici.

Epidemiološki ali i klinički značaj virusnog hepatitisa izuzetno je velik posebno stoga što se ove bolest, odnosno infekcija prenosi neperkutanim i perkutanim načinom prijenosa, obje vrste imaju relativno dugo trajanje inkubacije, a bolest najčešće ima nespecifične simptome i tijek koji ne ukazuje na njezinu prisutnost zbog čega nosi naziv „tihi ubojica“. Poglavito se to odnosi na virusni hepatitis C.

Zbog svega navedenog teško je utvrditi broj inficiranih osoba, a oboljeli se otkrivaju najčešće kada je već nastupila kronična faza bolesti bilo perzistentnog ili pak aktivnog kroničnog tipa. Osobe koje su nosioci virusa, često nemaju spoznaju o svojoj zaraznosti za okolinu pa infekciju šire bilo predmetima bilo seksualnim putom, dakle ekspozicija zdrave okoline je velika i nesvjesna. Epidemiološki podaci o proširenosti virusnih hepatitisa temelje se na rezultatima predtransfuzijskih testiranja i na podacima dijagnostičke obrade pacijenata kod kojih predstoji kirurško liječenje ili se dijagnostički obrađuju u sumnji na postojanje neke druge bolesti. Tek posljednjih 10 – 15 godina radi se probir rizičnih skupina osoba. Tako dobiveni podaci ukazali su na stvarni razmjer epidemije pa se danas već govori o epidemiji globalnih razmjera.

Na temelju ovakvih epidemioloških podataka zdravstveni stručnjaci, posebno epidemiolozi i kliničari, uspjeli su polučiti svjesnost o problemu virusnog hepatitisa kod političkih struktura, a naročito stoga što ova bolest, kada nije na vrijeme dijagnosticirana ili se njezinoj priustnosti ne pristupa s posebnom pozornosti, uzrokuje značajne financijske izdatke za liječenje komplikacija koje je pak dugotrajno i, u konačnici, nakon dugotrajnog liječenja završava letalnim ishodom. Rad epidemiološke službe od izuzetnog je značaja na području primarne, a trenutno najviše na području sekundarne prevencije. Ovaj rad, prije svega, obuhvaća edukativne akcije, a potom i dijagnostički probir, naročito u rizičnim skupinama. Budući je cjepivo dostupno samo za HBV, epidemiološka služba uspjela je u posljednjih 8 – 9 godina pokrenuti donošenje odluke zdravstvenih vlasti o obveznom cijepljenju protiv HBV školske djece i novorođenčadi i osoba koje putuju u rizična područja ili su izložene riziku zaraze ovim virusom na bilo koji drugi način.

U cijelom sklopu treba navesti medicinske sestre i medicinske tehničare koji, iako su i sami eksponirani infekciji, nisu značajnije angažirani na polju prevencije virusnih hepatitisa. Ovo je najbrojnija skupina zdravstvenih profesionalaca i djeluje u svim skupinama

stanovništva. Međutim, njihov rad, osim u izuzetnim slučajevima, nije značajnije uočljiv na području prevencije. Na ovom području veću ulogu imaju civilne udruge koje su dobro organizirane i odlično surađuju sa zdravstvenim stručnjacima i zdravstvenim vlastima. Njihovo osnivanje i organiziranje potaknuto je od strane bivših i aktualnih bolesnika. Nesretna, ali pozitivna okolnost je to što su osnivači ponekad zdravstveni profesionalci koji su i sami prošli kroz „pakao“ ovih bolesti.

Budući da medicinske sestre i medicinski tehničari čine 50% svih zdravstvenih djelatnika u Republici Hrvatskoj, njihov pojačani angažman i djelovanje na području primarne i sekundarne prevencije u izvanbolničkim uvjetima bio bi od izuzetne koristi.

Istraživanja o proširenosti virusnog hepatitisa u Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj provedeno je i trenutno se provodi više različitih istraživanja o virusnom hepatitisu. Istraživanja se provode s različitim ciljevima. Određena istraživanja za cilj imaju utvrđivanje proširenosti virusnog hepatitisa u općoj populaciji, druga kao cilj imaju proširenost virusnih hepatitisa u rizičnim skupinama stanovništva, a neka, posebno klinička istraživanja za cilj imaju odrediti seroprevalenciju određenih tipova virusnih hepatitisa u općoj populaciji ili pak u rizičnim skupinama. Kod prezentacije rezultata istraživanja rijetko ili gotovo nikad se ne navode medicinske sestre koje su participirale u njihovu provođenju iako pojedini operativni poslovi kao što su vađenje uzoraka krvi, prikupljanje anamnestičkih podataka od testiranih osoba i primarna obrada podataka ovise najvećim dijelom o radu medicinskih sestara i medicinskih tehničara.

Jedno od najvećih istraživanja na polju proširenosti virusnih hepatitisa, koje je po svojim kvalitativnim i kvantitativnim značajkama privuklo pažnju medicinskih stručnjaka u zemlji i svijetu, provedeno je u zatvorskom sustavu Republike Hrvatske. Radi se studiji čiji je cilj bio utvrditi proširenost virusnog hepatitisa u zatvorskoj populaciji. Studija je provedena u suradnji Zatvorske bolnice u Zagrebu i Odjela kliničke imunologije Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ u Zagrebu, a trajala je gotovo tri godine. Istraživanjem je obuhvaćeno 4 800 ispitanika iz svih zatvorskih ustanova u Republici Hrvatskoj.

Značajno je istaknuti da je u operativnom dijelu istraživanja jednu od nezaobilaznih funkcija imala sestrinska struka. Tijekom trajanja studije vađenje uzoraka krvi, vođenje i bilježenje anamnestičkih intervjua, pohrana i dostava uzoraka u odgovarajuće laboratorije, organiziranje elektroničkih baza podataka, evidentiranje rezultata te prijepis i izdavanje nalaza organizirano je na jedinstven i maksimalno efikasan način uz minimalne kadrovske i materijalne resurse, a sve to zahvaljujući stručnom i predanom radu kako liječničke tako i sestrinske službe.

Na ovaj način sestrinska struka poduprla je provođenje istraživanja čiji rezultati su zapaženi na europskom nivou. Rezultati studije poslužili su kao osnova za daljnje stručno djelovanje na području virusnih hepatitisa u zatvorskom sustavu pa je u veljači 2007. godine u okviru zatvorskog sustava, konkretnije u sklopu Internog odsjeka Zatvorske bolnice u Zagrebu, osnovano Savjetovalište za virusne hepatitise čiji rad objedinjuje prevenciju, dijagnostiku i liječenje virusnih hepatitisa u okviru zatvorskog sustava. Kao posebnu značajku djelovanja Savjetovališta za virusne hepatitise valja izdvojiti osnivanje i vođenje registra. Registar se vodi u elektroničkom obliku, a obuhvaća podatke svih osoba koje su testirane, bilo u vrijeme provođenja studije ili pak od početka djelovanja Savjetovališta.

Osim testiranih osoba u registru se nalaze podaci o osobama koje su cijepljene protiv HBV i podaci osoba koje se liječe od kroničnog hepatitisa ili se nalaze na listi čekanja za liječenje. Registar je konstruiran od nekoliko različitih baza podataka, a pretraživanje svih baza podataka vrši se s jednog mjesta pomoću identifikacijskih podataka osobe. Za potrebe edukacije, osim predavanja popraćenih kvalitetnim powerpoint prezentacijama, osmišljen je i tiskan promotivni materijal u obliku informativnih letaka i plakata. Idejna osnova i informatička kreacija registra plod je rada sestrinske struke, liječnička struka ovdje je odradila stručnu superviziju.

Provođenjem testiranja, imunoprofilakse HBV, edukacije zatvorenika i djelatnika zatvorskog sustava te liječenja kroničnog virusnog hepatitisa ostvaren je projekt koji je po svojim karakteristikama jedinstven u europskim razmjerima. Osim uposlenika i zatvorenika, tretmanom su obuhvaćene i njihove obitelji koje se upućuju u odgovarajuće institucije javnog zdravstva. Naime ovakav sveobuhvatan oblik rada na području suzbijanja kroničnog virusnog hepatitisa ne postoji nigdje u Europi, a do sada nije zabilježen niti u svjetskim razmjerima. Ova tvrdnja temelji se na iskustvima naših medicinskih stručnjaka koji su do ovakvih saznanja došli prezentacijom rezultata istraživanja i načina rada na prevenciji i liječenju virusnog hepatitisa unutar zatvorske populacije u Republici Hrvatskoj na europskim i svjetskim stručnim skupovima vezanim za temu virusnog hepatitisa u Lisabonu, Milanu, Amsterdamu i Los Angelesu. Rezultati istraživanja i koncept prevencije, dijagnostike i liječenja virusnog hepatitisa u zatvorskom sustavu prezentirani su eminentnim stručnjacima za ovo područje u Republici Hrvatskoj pa je Zatvorska bolnica u Zagrebu uključena u Hrvatsku konsenzus konferenciju za virusni hepatitis.

Nakon što je liječnička struka postavila strategiju djelovanja i provodi kliničku djelatnost cijelog projekta, sestrinska struka obavlja ključnu operativnu i koordinacijsku djelatnost. Rad sa zatvoreničkom populacijom ima izuzetan značaj stoga što nju čine ljudi koji pripadaju

raznim rizičnim skupinama u zdravstvenom smislu, odnosno skupinama koje u punom smislu predstavljaju rezervoar infekcije. Intervjuiranjem ovih ljudi dolazi se do mnoštva korisnih informacija o njihovu obrascu zdravstvenog ponašanja, a ti podaci i saznanja upotrebljivi su u pristupu pripadnicima rizičnih skupina koji se nalaze izvan zatvorskog sustava.

Rezultati istraživanja

Rezultati koji su dobiveni provođenjem studije o proširenosti virusnih hepatitisa u zatvorskom sustavu Republike Hrvatske, a i podaci iz registra Savjetovaništa za virusne hepatitise Internog odsjeka Zatvorske bolnice u Zagrebu su slijedeći:

- u zatvorskom sustavu Republike Hrvatske na izdržavanju kazne zatvora prosječno se nalazi oko 5000 zatvorenika
- hepatitisom B zaraženo je oko 17 % ili 850 osoba od ukupnog broja zatvorenika, a u ovisničkoj populaciji zaraženo je 30 % zatvorenika
- hepatitisom C zaraženo je oko 14,5 % od ukupnog broja zatvorenika, a u ovisničkoj populaciji zaraženo je 50 % zatvorenika
- HIV je do sada zabilježen u 3 slučaja ili 0,06 %
- na listi čekanja za liječenje kronične HCV infekcije prosječno je registrirano 250 zatvorenika ili 5 % od prosječnog ukupnog broja zatvorenika

Usporedba s općom populacijom:

- hepatitisom B zaraženo je oko 3 % stanovništva ili oko 133 000 osoba
- hepatitisom C zaraženo je oko 1,7 % stanovništva ili oko 75 000 osoba
- godišnje se dijagnosticira 300 – 400 novooboljelih od kronične HCV
- godišnje se dijagnosticira oko 200 novih kroničnih nositelja HCV

Statistički pokazatelji u svijetu:

- 3 % ili 170 000 000 – hepatitis C (Europa – 12 000 000)
- 6 % ili 350 000 000 – hepatitis B
- 0,7 % ili 40 000 000 – HIV

Iz dobivenih rezultata i njihove usporedbe s podacima iz opće populacije potpuno jasno se vidi o kakvom problemu i o kakvim

opasnostima se radi kada se govori o proširenosti virusnih hepatitisa u zatvorskoj populaciji. Stručnjaci, koji su vodili istraživanje u zatvorskome sustavu, na osnovi dobivenih rezultata postupcima aproksimacije i projekcije došli su do zaključka da će u slijedećih 10 godina iz zatvorskog sustava izaći oko 30 000 osoba zaraženih hepatitisom. Na temelju ovih pokazatelja zaključili su da prevencija i edukacija imaju ključnu funkciju u suzbijanju širenja hepatitisa, kako u zatvorskoj tako i u općoj populaciji. Upravo prevencija i edukacija su područja rada na kojima se medicinske sestre, kao zdravstveni stručnjaci, mogu i trebaju angažirati.

To su područja za koja su medicinske sestre i medicinski tehničari educirani i za obavljanje ovih djelatnosti imaju potrebne kompetencije.

Testiranje i edukacija

Aktivnosti usmjerene na testiranje i edukaciju na nivou Europske unije za sada su uglavnom na deklaratornoj razini. Zapravo, još uvijek se dogovara strategija pristupa ovim aktivnostima i pokušaj zdravstvenih stručnjaka da potaknu politički *establishment* na osiguravanje i izdvajanje više novca u fondove iz kojih bi se financirale aktivnosti usmjerene na prevenciju virusnog hepatitisa. Jedan od pokušaja je i slogan pod nazivom „*Jesam li ja broj 12*“ promoviran povodom svjetskog dana hepatitisa 2008. godine, a upućuje na činjenicu da je svaka dvanaesta osoba u svijetu zaražena virusom hepatitisa.

Osim ove činjenice, zdravstveni stručnjaci neprestano ukazuju na to da je prevencija, koliko god da je skupa još uvijek daleko jeftinija od troškova liječenja zdravstvenih komplikacija koje uzrokuje virusni hepatitis. Osim problema financiranja postoji i problem dostupnosti pripadnika rizičnih skupina i njihova uključivanja u akcije testiranja i imunoprofilakse ili liječenja kada je to indicirano. Prije svega ovdje se misli na ovisnike o drogama i osobe rizičnog seksualnog ponašanja. Socijalna stigmatizacija i opasnost od kaznene odgovornosti glavne su prepreke u pristupu osobama rizičnog ponašanja. Neodgovorno ponašanje prema vlastitom zdravlju velikim dijelom je karakteristično za osobe koje pripadaju rizičnim skupinama.

Ove osobe najčešće ne razmišljaju o vlastitoj budućnosti, važno im je samo trenutno zadovoljavanje potreba za drogom, seksualnim odnosom ili novcem neophodnim za preživljavanje, a koji zarađuju upražnjavajući aktivnosti koje predstavljaju rizično ponašanje. Ekonomsko siromaštvo stanovništva, naročito istočnoeuropskih, azijskih i afričkih zemalja generator je za prostituciju, a nerijetko i posljedično ovisništvo o drogama. U navedenim regijama virusni hepatitis ima endemijski karakter. Trgovina ljudima i ilagane migracije ljudi iz ovih zemalja i njihov nelegalni transfer u zemlje Europe i Sjeverne Amerike u zdravstvenom smislu ima dalekosežne posljedice za domicilno stanovništvo.

Ovaj problem je globalni kako u ekonomskom tako i u zdravstvenom smislu i svaka država ga pokušava riješiti vlastitim snagama. Testiranje, imunoprofilaksu, a naročito izolaciju i liječenje ilegalnih imigranata teško je i gotovo nemoguće obaviti zbog njihove nedostupnosti. Stručna i financijska pomoć zemljama iz kojih dolaze imigranti omogućila bi značajno smanjenje prevalencije bolesti u tim zemljama, a time i prelijevanje bolesti u zemlje Europe i Sjeverne Amerike. Međutim bogati nerado izdvajaju novac za ove aktivnosti pa se njihovo obavljanje svodi na ograničene mogućnosti intervencija UN-a odnosno WHO i drugih humanitarnih organizacija koje imaju relativno mala i ograničena sredstva u odnosu na potrebe.

U Republici Hrvatskoj služba javnog zdravstva je dobro organizirana pa je zakonskom regulativom i širokim obuhvatom stanovništva preventivnim cijepljenjem protiv virusnog hepatitisa B posljednjih godina učinjeno izuzetno mnogo. Ostaje problem virusnog hepatitisa C koji se, kao i drugdje u Europi i šire, detektira tek kada je nastupio kronicitet ili kada je disfunkcija jetre takva da se oboljeli zbog komplikacija bolesti sami javljaju liječniku. Testiranja se obavljaju u sklopu šire dijagnostičke obrade pojedinog pacijenta, a obvezna su testiranja trudnica, doza krvi prikupljenih od dobrovoljnih darivatelja krvi dok zakonska obveza cijepljenja protiv virusnog hepatitisa B postoji samo za kategorije osoba koje su pod povećanim rizikom od zaraze. Međutim, obveza cijepljenja ne znači da osoba koja se nije cijepila to uistinu mora učiniti već je to mogućnost koju po zakonu može iskoristiti na teret poslodavca kod kojeg je u radnom odnosu. Na ovom području treba učiniti mnogo više, a to je zadaća ne samo liječničke već u velikom dijelu i sestrinske struke.

Već ranije je opisan koncept rada unutar zatvorskog sustava u Republici Hrvatskoj. Ovdje valja dodati da je cijepljenje u ovoj sredini također dobrovoljno za zatvorenike, a za zaposlenike postoji mogućnost cijepljenja kako u Savjetovalištu za virusne hepatitise zatvorskog sustava, tako i u institucijama javnog zdravstva sukladno Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti. Valja naglasiti da Savjetovalište za virusne hepatitise zatvorskog sustava prije svakog cijepljenja obvezno provodi testiranje i edukaciju svake osobe koja pristupi u Savjetovalište, neovisno o tome radi li se o uposleniku sustava ili zatvoreniku. Nakon izvršenog cijepljenja provodi se kontrola uspješnosti cijepljenja određivanjem titra antitijela na HBV. U slučajevima kada je to indicirano provodi se docjepljivanje i kontrola titra antitijela na HBV nakon docjepljivanja.

Edukacija o virusnom hepatitisu unutar zatvorskog sustava Republike Hrvatske već je opisana u osnovnim crtama. Liječnička struka ovdje je zastupljena s predavanjima i individualnim savjetovanjem uposlenika i zatvorenika te ponekad i obitelji oboljelih, a sestrinska struka

provodi individualno savjetovanje najšire populacije zatvorenika i oboljelih od kroničnog hepatitisa. Sestrinska struka edukaciju provodi uvijek i na svakom mjestu što je ujedno najširi i najdostupniji oblik edukacije. Organizirana su i stručna sestrinska predavanja u Ztvorskoj bolnici u Zagrebu.

Edukacija za najšire slojeve pučanstva Republike Hrvatske dobro je organizirana, a provodi je više izvrsno organiziranih udruga kroz vlastita savjetovišta i na organiziranim javnim tribinama, seminarima, simpozijima i drugim javnim skupovima i akcijama organiziranim radi promocije svjesnosti o virusnom hepatitisu. Na ovim skupovima predavači su eminentni stručnjaci s područja infektologije i gastroenterologije odnosno hepatologije. Mogućnost testiranja također je vrlo dostupna u Republici Hrvatskoj, a testiranja se mogu obaviti uz liječničku uputnicu ali i anonimno.

Osnovni problem koji se javlja nakon obavljenih anonimnih testiranja jest taj što se osobe koje su dale uzorak za testiranje vrlo često ne vrate po nalaz ili nakon preuzimanja eventualno pozitivnog nalaza testiranja ne nastave s preporučenom daljnjom dijagnostičkom obradom koja bi trebala rezultirati liječenjem. Osobe koje se na ovaj način testiraju nerijetko pripadaju rizičnim skupinama. Pripadnici rizičnih skupina u značajnom broju nemaju zdravstveno osiguranje pa time niti uvjeta za eventualno indicirano liječenje, a njihovo eventualno pojavljivanje u liječničkim ordinacijama u manjim i relativno zatvorenim sredinama predstavlja opasnost za stigmatizaciju i segregaciju sve do socijalnog isključenja kako njih osobno tako i njihovih obitelji.

Budući da vrlo često nemaju trajne izvore prihoda ove osobe nastavljaju s aktivnostima koje ujedno predstavljaju rizično ponašanje i na taj način šire zarazu u svojoj okolini. Kako se uglavnom radi o ljudima nižeg socijalnog statusa i nižeg obrazovanja, njihov odnos prema zdravlju prilično je nedostatan, a nisu skloni primiti poruke koje su dostupne kroz medije i tiskane materijale niti promijeniti svoje nezdravstveni obrazac ponašanja.

Prethodno navedene činjenice izvedene su iz oko 2000 obavljenih razgovora s osobama rizičnog zdravstvenog ponašanja koji su vođeni tijekom anamnestičkih intervjua testiranih u zatvorskom sustavu. Ono što nedostaje u cijelom segmentu edukacije šire populacije u Republici Hrvatskoj je edukativni pristup mladima, naročito osnovnoškolskoj i srednjoškolskoj populaciji, a nije odviše pretenciozno da je edukaciju potrebno provoditi već od vrtićke dobi. To su područja na kojima je potrebno začeti intenzivan edukativni rad. U dječjoj i mladalačkoj populaciji nalazi se sivo područje znanja i svjesnosti o virusnom hepatitisu. Sestrinska struka ima potrebne kompetencije za edukativni rad s ovom populacijom. Edukativni pristup na polju edukacije o virusnom hepatitisu djeci i mladima predstavlja jedan od najznačajnijih zadataka

koji sestrinska struka treba inicirati i provoditi u suradnji sa stručnjacima drugih profila.

Trenutna aktivnost sestrinske struke na području prevencije virusnog hepatitisa

Sestrinska struka trebatno u Republici Hrvatskoj nije značajnije angažirana na području primarne i sekundarne prevencije virusnog hepatitisa. Zapravo ovaj angažman ograničen je isključivo na područje uskog profesionalnog područja djelovanja u smislu prevencije širenja intrahospitalnih infekcija, održavanje nastave u školama za medicinske sestre te na studijima sestrinstva. Medicinske sestre najčešće ne prepoznaju potrebu za širim društvenim aktiviranjem na polju ove problematike i vrlo često sebe ne smatraju kompetentnima za ovaj rad unatoč obrazovanju i iskustvima koja posjeduju.

Sestrinska struka ima potrebne kompetencije i sposobna je meritorno javno progovoriti o ovoj problematici i svoja znanja prenijeti široj društvenoj zajednici. Važno je napomenuti da su upravo medicinske sestre i medicinski tehničari profil zdravstvenih djelatnika koji je najčešće i najviše profesionalno izložen infekciji. Zbrinjavanje pacijenata na svim razinama zdravstvene zaštite u smislu pružanja neposredne zdravstvene njege, a jednako tako i u smislu uzimanja uzoraka za laboratorijsku dijagnostiku, primjene ordinirane parenteralne terapije te rad s infektivnim materijalima čini pretežiti dio rada medicinskih sestara i medicinskih tehničara. Upravo su medicinske sestre i medicinski tehničari zdravstveni profesionalci među kojima je zabilježen najveći broj inokulacijskih incidenata i obolijevanja od virusnog hepatitisa. Ovaj podatak je sam po sebi dovoljno zabrinjavajući.

Međutim, pripadnici sestrinske profesije, kada postanu bolesnici s virusnim hepatitisom tiho i samozatajno prolaze kroz agoniju bolesti dok se ostatak profesionalne grupacije nerijetko ponaša jednako kao i nezdravstvena populacija, odnosno zapaža se sklonost stigmatizaciji, profesionalnom isključivanju oboljelih kolegica i kolega ili pak ignoriranju značaja problema za koji se msili da se događa nekom drugom.

Što može učiniti sestrinska struka u prevenciji virusnog hepatitisa?

Iz svega što je do sada napisano u ovom radu mogu se postaviti određeni zaključci o tome što sestrinska struka može učiniti na polju prevencije virusnog hepatitisa. Unutar zatvorskog sustava na polju sestrinskog djelovanja na prevenciji ali i eradicaciji virusnog hepatitisa u redovitoj suradnji s liječničkom strukom ostvaren je jedinstven koncept rada i predstoji njegovo daljnje usavršavanje. Međutim zatvorski sustav je zatvorena cjelina unutar kojeg je doseg djelovanja ograničen na populaciju koja se u njemu nalazi pa je moguće efikasno djelovanje.

Problem koji se javlja jest velika fluktuacija zatvorenika kroz zatvorski sustav pa je djelovanjem nemoguće obuhvatiti sve osobe koje uđu u zatvorski sustav i tamo borave kraće vrijeme. U tom svjetlu od velikog značaja bila bi suradnja sa medicinskim sestrama patronažnih službi. Ova suradnja još nije ostvarena pa je to aktivnost koju treba isplanirati i pokrenuti. U tom smislu sestrinska struka mogla bi učiniti određene pomake u obuhvatu osoba koje pripadaju skupinama rizičnog ponašanja ili kod njih postoji bolest koja je detektirana tijekom boravka u zatvoru pa je potrebna aktivnost na polju sekundarne prevencije.

U tom dijelu postoje određene barijere koje se odnose na znanja i etičke stavove medicinskih sestara i medicinskih tehničara o liječenju zatvorenika. Istraživanje o tome provedeno je 2004. godine na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu za potrebe izrade diplomskog rada, a provedeno je na uzorku od 85 ispitanika u četiri zagrebačke bolničke ustanove i u jednoj ustanovi socijalne skrbi. Sudjelovale su medicinske sestre i medicinski tehničari iz KBC „Zagreb“, KB „Dubrava“, Klinike za plućne bolesti „Jordanovac“, Zatvorske bolnice u Zagrebu i Doma za starije i nemoćne osobe „Maksimir“. Rezultati su da 95 % sestrinske struke nema dovoljno znanja o djelatnostima zatvorskih ustanova što je uzrok predrasudama i neetičnosti u pristupu zdravstvenom zbrinjavanju bolesnih zatvorenika. 50% ispitanika ukazalo je na osjećaj nelagode u prisutvu zatvorenika, 42,3% ukazalo je na osjećaj straha u istim okolnostima. 8% od ukupnog broja ispitanika ili svaki dvanaesti ispitanik izrazio je ekstremno negativna stajališta prema zatvorenicima.

Ako se i ovdje poslužimo metodom aproksimacije, iako to u ovom primjeru nije egzaktni pokazatelj, dolazi se do zabrinjavajuće spoznaje o tome da bi čak 2400 medicinskih sestara i tehničara moglo imati ekstremno negativno stajalište o zatvorenicima, a više od 13 000 ima osjećaj straha pri radu sa zatvorenicima.

U školama u Republici Hrvatskoj ne postoji školska sestra, što je u zapadnim zemljama uobičajeno. To je još jedno područje na kojem bi sestrinska struka mogla potaknuti promjene i ostaviti značajan pomak u prevenciji ne samo virusnog hepatitisa već i brojnih drugih bolesti. Školska sestra imala bi mogućnost kroz svakodnevno prisustvo u školi i participiranje u nastavi neposredno djelovati u primjeni zdravstvene edukacije i zdravstvene prevencije na osnovnoškolsku i srednjoškolsku populaciju mladih, a to bi imalo konkretan i neprocjenjiv utjecaj na mlade. Dokazano je da informacije koje prime djeca i mladi imaju značaj za budući život i utječu, kako na buduće zdravstveno ponašanje tako i u određenoj mjeri na formiranje životnog stila u cjelini.

Uz obvezno cijepljenje protiv VHB kojim su obuhvaćena novorođenčad i djeca osnovnoškolske dobi, preventivni rad kroz edukaciju mladih u velikoj mjeri utjecao bi na smanjenje epidemioloških razmjera virusnog hepatitisa. Javna promocija svjesnosti, kako o

virusnom hepatitisu, tako i o promijenjenoj kvaliteti života kada je virusni hepatitis već dijagnosticiran, u široj populaciji kroz aktivnosti postojećih civilnih organizacija upotpunio bi djelovanje ovih organizacija stručnjacima s područja sestrinstva. Sestrinska struka treba se aktivno uključiti u rad ovih organizacija. Specijalizacija medicinskih sestara na području hepatologije, po ugledu na medicinske sestre i medicinske tehničare u Europi, SAD, Kanadi i Australiji, omogućila bi sestrinskoj struci stjecanje specifičnih znanja i kompetencija potrebnih za rad na prevenciji ali i sudjelovanje u liječenju virusnog hepatitisa u smislu specifičnih postupaka i intervencija zdravstvene njege.

ZAKLJUČAK

Medicinske sestre i medicinski tehničari nesumnjivo imaju svoje mjesto u borbi protiv epidemije virusnog hepatitisa. Njihov veći angažman na području primarne i sekundarne prevencije najefikasniji bi bio u populaciji djece i mladih osnovnoškolske i srednjoškolske dobi. Potrebno je osmisliti i realizirati koncept suradnje sa sestrinskom strukom koja djeluje unutar zatvorskog sustava kako bi se mogao ostvariti efikasniji nadzor nad kretanjem epidemije unutar pripadnika rizičnih skupina koji nerijetko višekratno borave u zatvorima i izlaze iz njih. Informiranjem i edukacijom unutar sestrinske struke treba ukloniti psihološke barijere koje bi se mogle pojaviti u pristupu osobama koje su boravile u zatvoru.

Podatak dobiven aproksimacijom i projekcijom rezultata istraživačke studije provedene u zatvorskom sustavu koji govori da bi u sljedećih deset godina iz zatvorskog sustava moglo izaći 30 000 osoba zaraženih virusom hepatitisa, sam po sebi dovoljan je razlog da sestrinska struka poduzme veće napore u sprječavanju ove moguće pojave. Specifična edukacija medicinskih sestara i medicinskih tehničara o virusnim hepatitisima kao i njihova specijalizacija na području zdravstvene njege u hepatologiji i infektologiji omogućili bi njihov sveobuhvatni i kvalitetniji pristup smanjenju učinaka epidemije virusnog hepatitisa i u konačnici sudjelovanju u njenom uklanjanju. Sestrinska struka kvantitativno je najizloženija grupacija zdravstvenih djelatnika kojoj prijeti opasnost od profesionalnog obolijevanja od virusnog hepatitisa.

U prevenciji ovakvih pojava sestrinska struka sama mora poduzeti odgovarajuće korake. U Europskoj uniji, SAD i Kanadi već dulje vrijeme postoje primjeri dobre sestrinske prakse u pristupu prevenciji i općenito postupcima zdravstvene njege kako u općoj populaciji tako i među pripadnicima rizičnim skupinama. Ovu dobru sestrinsku praksu domaća sestrinska struka treba preuzeti i primijeniti kod kuće.

Zauzvrat sestrinska struka svoja iskustva treba plasirati izvan državnih granica. Budući je razvoj sestrinske struke u Republici Hrvatskoj

vrlo dinamičan možemo očekivati da će se promjene koje su ovdje predložene dogoditi uskoro u vremenu koje je pred nama.

Literatura:

1. World Health Organization. Global prevalence of hepatitis A, B, and C. Weekly Epidemiological Record 2002; Vol 77
2. Ostojić, R. Hepatitis C, Medicus 2006, Vol.15, No. 113 - 120
3. Puntarić, D., Grgić, M. Sažetak novijih spoznaja o epidemiologiji virusnih hepatitisa. Hrvatski časopis za javno zdravstvo, Vol. 4, Broj 15, 7. srpnja 2008.
4. Puntarić, D., Ropac, D. i sur. Epidemiologija, Zdravstveno veleučilište, Zagreb 2006.
5. Vucelić, B., Hrستیć, I., Begovac, J. i sur. Virusni hepatitis: Hrvatska konsenzusna konferencija. Acta Medica Croatica 2005; 59:359-75
6. Grahovac, I. Hadžisejdić, I. Molekularna dijagnostika hepatitisa C, Medicina 2007; 43 – 132 - 137
7. Palmović, D. Virusni hepatitis. Školska knjiga, Zagreb 1995.
8. Vucelic, B. Hrstic, I. Begovac, J. Bradaric, N. Burek, V. Colic-Cvrlje, V. Duvnjak, M. Kekez, A. J. Kes, P. Lesnikar, V. Virusni hepatitis: Hrvatska konsenzus konferencija, ACTA MEDICA CROATICA, 2005, VOL 59; PART 5, pages 359-376
9. Hepatitis C, dostupno na internet stranicama <http://www.medicina.hr>
10. Hepatitis B, dostupno na internet stranicama <http://www.medicina.hr>
11. Komplikacije kroničnog hepatitisa C, ciroza, HCC i transplantacija jetre, objavljeno 29.09.2006., dostupno na internet stranicma <http://www.pliva.med.hr>
12. Funkcija i bolesti jetre, objavljeno 06.06.2008., dostupno na internet stranicma <http://www.pliva.med.hr>
13. <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/gi/hepB.html>
14. <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/gi/hepC.html>
15. <http://www.bradley.edu/eddev/cwc/Hepatitis%20page.html>
16. <http://www.all-about-hepatitisc.com/readytolearn/>
17. National Nurses Advisory Council for Liver Wellness & Viral Hepatitis, SAD, dostupno na stranicama www.hepfi.org/nnac/index.htm
18. Robert Pratt RN, RNT, BA,MSc, FRCN, Prevention and control of viral hepatitis, Nursing Standard, april 30/vol17/no33/2003, dostupno na stranicama www.richardwellsresearch.com/richardwells
19. Dawes Y., Hepatitis Nurse Specialist, Hepatitis C Management in West Surrey "The Wider Approach to Care" , UK Hepatitis C Nursing

Conference Glasgow Royal Infirmary, Scotland, October 2005,
dostupno na stranicama www.svhng.co.uk

20. Novičić, R. Znanja i etički stavovi medicinskih sestara i medicinskih tehničara o liječenju bolesnika u zatvorima, Diplomski rad, Visoka zdravstvena škola u Zagrebu, Zagreb 2004.

TIMSKI RAD I UPRAVLJANJE KVALITETOM U SESTRINSTVU

UVOD

U zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske se učestalo javljaju zahtjevi i potrebe za unaprjeđenjem, odnosno za uvođenjem principa kvalitete i sigurnosti u zdravstvene ustanove, posebice u bolničke. Medicinske sestre čine veliki dio tog sustava, a osim toga u velikoj mjeri pružaju direktnu skrb bolesnicima, te njihove usluge značajno utječu na njegovo funkcioniranje. To je razlog zbog kojeg medicinske sestre moraju kontinuirano tražiti načine za unaprjeđenje kvalitete svog rada i povećanje sigurnosti bolesnika.

U radu su opisane aktivnosti koje medicinske sestre provode na Internoj klinici K. B: „Sestre milosrdnice“ u Zagrebu s ciljem da povećaju sigurnost bolesnika i unaprijede kvalitetu zdravstvene njege.

RAZRADA

Upravljanje kvalitetom zdravstvene njege

U RH medicinske sestre čine više od 50% zdravstvenih djelatnika.

(1) Kao dio zdravstvenog sustava i medicinske sestre imaju značajan doprinos u njegovu unaprjeđenju. Područje rada medicinske sestre je zdravstvena njega, pa je tako i zadaća medicinskih sestara upravljanje kvalitetom zdravstvene njege, ali i suradnja s ostalim zdravstvenim profesionalcima na ostvarivanju i unaprjeđenju kvalitete cijelog sustava.

(2) Upravljanje kvalitetom zdravstvene njege je mjerenje i ispravljanje svih postupaka u cjelokupnom procesu rada, u skladu s prihvaćenim planom i ciljevima zdravstvene njege.

(3) Sestre kao pružatelji skrbi su uključene u izazove povezane s kvalitetom: kako je definirati, mjeriti i unaprjeđivati. Unaprjeđenje kvalitete je povezano s evaluacijom skrbi i odgovornošću prema društvu, a uključuje: prikupljanje podataka, statistiku, analizu, i primjenu znanja u rješavanju problema

Unaprjeđenje kvalitete u prevenciji pada i dekubitusa

Da bi kvalitetu mogli unaprjeđivati potrebno je najprije izvršiti njenu procjenu. Vrlo koristan alat koji nam u tome pomaže su indikatori kvalitete. To su kvantitativne mjere jednog važnog aspekta usluge koji određuju da li usluga zadovoljava postavljene standarde ili zahtjeve.

(4) „Indikatori kvalitete zdravstvene njege su oni indikatori koji se odnose na dio skrbi ili njene ishode, koji su posljedica djelovanja medicinskih sestara.

(5) U indikatore kvalitete zdravstvene njege se ubrajaju, između ostalog, dekubitus i padovi bolesnika.

Pad je nehotična promjena položaja bolesnika koja rezultira time da se osoba nađe na podu ili niže od položaja u kojem je bila prethodno.

(10) Padovi i njima uzrokovane ozljede su nerješiv problem u ustanovama zdravstvene skrbi, ali i u zajednici. Uobičajeni su kod bolničkih pacijenata.

(6,7) Postoje različiti podaci, a navodi se da je učestalost padova 2,9-13 pada na 1000 dana ležanja bolesnika.(13.ibidem)

Padovi, osim ozljeda, mogu uzrokovati i cijeli niz psiholoških stanja (tjeskoba, stres) koja također utječu na kvalitetu života i neovisnost.(6.ibidem,8) Vrlo često dovode do produženja hospitalizacije i povećanog broja otpusta u ustanove dugotrajne institucionalne skrbi.(6.ibidem,9)

Osim toga zbog posljedica pada, psihološkog i fizičkog utjecaja na pojedinca dovode zbog značajnog povećanja troškova koji su posljedica zbrinjavanja takovih bolesnika.(10.ibidem) Padovi su u skladu s definicijom medicinskih grešaka, te se zahtjeva da se takva vrsta pogrešaka mora sustavatski uklanjati iz bolničkih okruženja.(9.ibidem)

Vidljivo je da postoje brojni razlozi zbog kojih je potrebna procjena rizika za pad i implementacija i evaluacija programa prevencije pada.(9.ibidem) Provedena su brojna istraživanja i studije usmjerene prevenciji pada i poboljšanju intervencija usmjerenih smanjenju padova i njihovih posljedica. Jedan pristup naglašava potrebu za prikupljanjem podataka, otkrivanjem rizika, promjenama u praksi, okolini, opremi, te potrebu za edukacijom osoblja. Prikupljanje podataka se predlaže da bi se utvrdile okolnosti pada, te identificirale kritične točke, te na osnovu toga izvršile promjene. Navodi se da takva inicijativa osvještava problematiku padova, a zbog smanjenja padova i ozljeda dovodi i do porasta zadovoljstva osoblja.(10.ibidem)

Dekubitus je oštećenje kože nastalo kao posljedica pritiska i rezultira oštećenjem tkiva, mnogi ga danas smatraju vodećim zdravstvenim problemom.(11) Potpuni učinak dekubitusa u ustanovama akutne skrbi je teško mjerljiv. Uz povećanje troškova on može imati dugotrajni učinak na bolesnikovo zdravlje i oporavak.(12,13) Poznato je da su troškovi liječenja dekubitusa i njegova prevalencija u porastu.(14) Pojedini izvještaji navode da je prevalencija u ustanovama akutne skrbi 3,5-29,5%, sa sličnom incidencijom.(11.ibidem)

Ono što se može kontrolirati i smatrati indikatorom kvalitete je broj bolničkih dekubitusa. (12.ibidem) Jedan izvor navodi da je incidencija

dekubitusa nastalih u ustanovama akutne skrbi bila od 9% u 2000 da 7% u 2004.g.(15) Definicija dekubitusa kao indikatora kvalitete navodi da je to sekundarna dijagnoza koja prati brojna stanja na 1000 otpusta sa dužinom boravka u bolnici većom od 4 dana.(16) Za bolnice koje prijavljuju više od 23 dekubitusa na 1000 visokorizičnih bolesnika smatra se da značajno ugrožavaju sigurnost bolesnika. (16.ibidem)

Zbog brojnih posljedica koje može imati nastanak dekubitusa na bolesnika, zdravstvene radnike koji za njih skrbe, zdravstvene ustanove, ali i cjelokupni zdravstveni sustav njegova prevencija je najvažnija. Preporučene su najvažnije točke prevencije. One su: procjena rizika, njega kože, prehrana, rasterećenje pritiska (okretanje bolesnika po protokolu, te korištenje raznih pomagala za raspodjelu pritiska), edukacija (primjena prikladnog edukacijskog programa na svim razinama).(17) Za unaprjeđenje kvalitete u prevenciji dekubitusa potrebne su razne strategije. U preporukama se navodi potreba za prikupljanjem podataka o incidenciji i prevalenciji. (18) Dobivene informacije se moraju analizirati, kako bi se olakšala komunikacija i razumijevanje problema.(19)

Nažalost, nastanak svih dekubitusa nije moguće spriječiti. On može nastati kod jako oslabljenih bolesnika, sa multiorganskim zatajenjima unatoč svim provedenim preventivnim mjerama. U slučaju da se dekubitus razvije intervencije moraju biti usmjerene minimaliziranju oštećenja. Problem treba uočiti čim ranije, provoditi potrebne mjere, tretirati bol i nelagodu, izvršiti procjenu oštećenja i faktora rizika. (12.ibidem) Potrebno je također utvrditi uzroke koji su doveli do nastanka oštećenja kože.(20) Za učinkovito zbrinjavanje dekubitusa je neophodan multidisciplinarni tim.(21,12.ibidem) Za mnoge bolesnike pojava dekubitusa se može izbjeći ako bolnički sustav međusobno surađuje. (12.ibidem)

Pri uvođenju sustava kvalitete su potrebni standardi, protokoli i organizacijska kultura koja će poticati primjenu znanja u praksi. Kad se uvedu određene promjene potrebna je edukacija i praćenje njihova razumijevanja, te prihvaćanje standarda kvalitete.(12.ibidem) Za unaprjeđenje kvalitete u prevenciji padova i oštećenja kože je važna i spremnost da se promjeni trenutna praksa, te odgovarajuća sredstva i osoblje, oprema, pomagala.(11.ibidem) Mora se težiti i kontinuiranoj skrbi kroz primarnu, sekundarnu i tercijarnu skrb, a od velike važnosti su istraživanja, te primjena saznanja dobivenih istraživanjem u svakodnevnu praksu (evidence-based nursing practice) (11.ibidem) Za svako unaprjeđenje skrbi bolesnika su važne medicinske sestre, njihovo znanje i stavovi. (22)

Timski rad

U prošlosti je kvaliteta zdravstvene skrbi ovisila o djelovanju pojedinaca, a u današnje vrijeme uslijed brojnih razloga ta skrb je sve složenija i timski rad postaje značajan faktor za unaprjeđenje kvalitete skrbi i sigurnosti.(23) Timski rad je interaktivni, trajni proces skupine ljudi koji međusobno uče, rade ili se izgrađuju kako bi ostvarili zajedničke ciljeve.(24) Timovi su više nego grupa osoba, ali nisu sve grupe timovi. Razlika je u tome da li zajednički rad dovodi do zajedničke svrhe. (25) U timskom radu se stvaraju zamisli, one se primjenjuju, te se rad u timu integrira i procjenjuje. Da bi timovi bili djelotvorni članovi moraju biti predani obavljanju zadatka, moraju otvoreno i slobodno komunicirati, razvijati međusobno povjerenje. Osim toga, svi članovi moraju sudjelovati, međusobno pregovarati i surađivati, uz suradnju mogu se međusobno i natjecati, stvarati vezu s timom, preuzeti zadatak i uloge, razviti osjećaj odgovornosti i biti predani odlukama. Vrlo važno je odgovarajuće vodstvo, te procjena vlastite učinkovitosti. Može se raditi pojedinačno ili u parovima, a individualnu nadarenost treba svakako priznati. Timovi se izgrađuju, razvijaju, određuju uloge, te se ocjenjuju članovi, vodstvo, ostvarenje ciljeva, međusobni odnosi.(24.ibidem) Timovi koji su formirani moraju biti učinkoviti. Način na koji ljudi rade zajedno je pod utjecajem brojnih faktora (karakteristike ljudi, međusobni odnosi, radni uvjeti, ciljevi i sl) a oni mogu značajno utjecati na timski rad.(26)

Zdravstveni su timovi grupa profesionalaca, različitih disciplina koji imaju zajedničku zamisao, dijele zajedničke vrijednosti i specifični cilj, a to je dobrobit bolesnika. Oni mogu biti multidisciplinarni i interdisciplinarni. U interdisciplinarnim timovima pojedinci u timu ne koriste samo svoje vještine nego djeluju kao sinergistička grupa i ulažu napore u interesu bolesnika, doprinoseći puno više nego da rade kao pojedinci. U modernoj, složenoj zdravstvenoj skrbi timski rad sprječava rascjepkanost skrbi, važan je za unaprjeđenje kvalitete i sigurnosti, a takav način rada se mora također učiti i razvijati.(23.ibidem) Uvođenje učinkovitih timova u zdravstvenom sustavu, koji će doprinosti unaprjeđenju kvalitete i povećanju sigurnosti bolesnika, planiranje ljudskih resursa, uvjeta rada, vođenje i komunikacija, danas su imperativ.(26.ibidem)

Medicinske sestre su u velikoj mjeri uključene u timski rad. Timovi mogu biti sačinjeni samo od medicinskih sestara, a one su sve više uključene i u multidisciplinarne timove. Sestre su više od ostalih uključene u cjelokupnu skrb za bolesnika i zbog toga moraju razvijati i razumijevati vještine rada u grupi. Danas je potpuno jasno da su suradnja i timski rad neophodni za postizanje visoke kvalitete, radnih ciljeva i kontrolu troškova i u zdravstvenoj njezi.(27)Timovi koji imaju inicijative vezane uz kvalitetu zdravstvene njege ili njezino uvođenje (ili

projekte) mogu biti primjer ad hoc (formiraju se u određenim slučajevima) timova. (28) Kod raznih oblika unaprjeđenja kvalitete od medicinskih sestara se očekuje da više sudjeluju u multidisciplinarnim timovima. Osim toga posljedice zajedničkog rada imaju značajan utjecaj i na povećanje zadovoljstva medicinskih sestara.(29)

Zdravstveni sustav koji podržava uspješan timski rad može unaprijediti kvalitetu skrbi, povećati sigurnost bolesnika, smanjiti radno opterećenje i izgaranje na poslu zdravstvenih radnika.(30)

Naša iskustva vezano uz timski rad i unaprjeđenje kvalitete

Na Internoj klinici K. B. "Sestre milosrdnice" aktivnosti vezane za unaprjeđenje kvalitete imaju dugogodišnju tradiciju u području prevencije pada i dekubitusa. Već 10 godina za svakog bolesnika se ispunjava sestrinska dokumentacija (sestrinska anamneza koja sadržava skalu procjene rizika pada i dekubitusa, trajno praćenje bolesnika s dekubitusom, sestrinsko izvješće bolesnika nakon pada) koja je dio povijesti bolesti bolesnika. Izrađeni su i protokoli za prevenciju dekubitusa i pada, a sve sestre prošle su edukaciju koja se kontinuirano provodi za sestre pripravnice. Svi bolesnici sa rizikom ili prisutnim oštećenjem kože prijavljuju se glavnoj sestri klinike, a svaki pad se evidentira na posebnom izvješću.

Na inicijativu glavne sestre 2007.g okupljen je tim medicinskih sestara s ciljem da se dodatnog unaprijeđivanja kvalitete sestrinske skrbi u prevenciji dekubitusa i padova. U timu uz glavnu sestru (koja je i vođa i koordinator tima) su jedna diplomirana medicinska sestra i tri medicinske sestre prvostupnice. Članovi tima su raspodijelili zadatke (obilazak bolesnika, praćenje rada medicinskih sestara, prikupljanje podataka, analiza i izvještavanje, nabava pomagala, edukacija medicinskih sestara) te se redovito sastaju zbog razmjene iskustava i planiranja daljnjih aktivnosti.

Za bolesnike s dekubitusom i rizikom za njegov nastanak formiran je registar (baza podataka) u koji se prijavljuje na, za tu svrhu, posebno izrađenoj dokumentaciji svaki bolesnik koji se zaprimi na Kliniku. Postoje posebni obrasci na kojima se dokumentiraju podaci vezani za prevenciju oštećenja kože kod visokorizičnih bolesnika, a za one s prisutnim oštećenjem su izrađene posebne liste s mogućnošću detaljnije procjene oštećenja, te cjelokupnog stanja bolesnika. Uvedena je i fotodokumentacija koja također služi za praćenje uspješnosti tretmana, ali i za zaštitu od mogućih tužbi.

Svi ovi podaci se bilježe, analiziraju, te se o tome izvještavaju glavne medicinske sestre na redovitim sastancima. Nabavljena su i brojna pomagala namijenjena prevenciji dekubitusa, a za zbrinjavanje dekubitalnog oštećenja koriste se sredstva za vlažno cijeljenje rane po uzoru na suvremene standarde zbrinjavanja.

Na Klinici se od 2002. provodi posebna strategija prevencije pada bolesnika. Svim bolesnicima se procjenjuje rizik za pad putem bodovane tabele koja se nalazi na sestrinskoj anamnezi. Kod rizičnih bolesnika se provode specifične intervencije prevencije pada po protokolu koji je izrađen za internu upotrebu na našoj Klinici i dio je sestrinske dokumentacije na svakom odjelu.

Ako bolesnik padne ispunjava se sestrinsko izvješće. Ono je pisani dokument o događaju i dio je bolesnikove povijesti bolesti. Izvješće daje i mogućnost istraživanja i analize podataka o uzrocima i okolnostima pada, te eventualnim ozljedama ako su nastupile. 2002. je početna godina od koje se vrši sustavna evidencija padova i njihovih karakteristika ali i sestrinskih aktivnosti provedenih u svrhu prevencije.

Od 2002. osim izvještavanja i analize padova provodile su se i druge mjere sa svrhom unaprjeđenja kvalitete. Te mjere podrazumijevaju edukaciju medicinskih sestara, a ta edukacija se trenutno usmjerava i na bolesnike i sve koji brinu za njega. Na svim odjelima su postavljeni posteriji kojima je cilj ukazivati na važnost prevencije pada, te leci koji će biti podijeljeni bolesnicima s rizikom za pad.

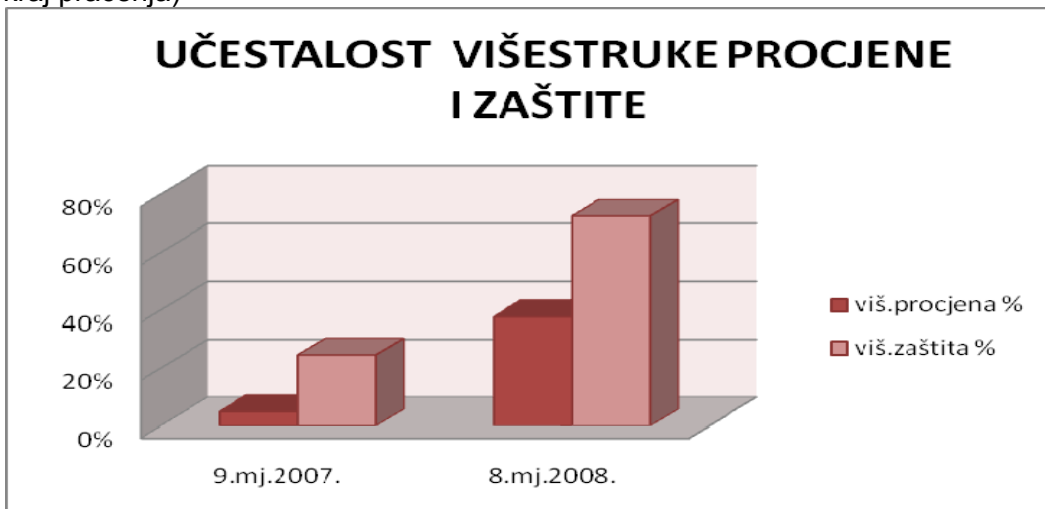
Početkom 2009. naše aktivnosti vezane za prevenciju i praćenje dekubitusa i padova, su prijavljene i odobrene od Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, te postale Projekt Klinike za unutarnje bolesti pod pokroviteljstvom Ministarstva. To nam je dodatni poticaj i zadatak da kvalitetu zdravstvene njege i dalje unaprjeđujemo, njegujemo praksu koja se do sada pokazala uspješnom, te da pronalazimo nove načine za poboljšanja.

Naši dosadašnji rezultati vezano uz timski rad i unaprjeđenje kvalitete

Na Klinici je u razdoblju od godinu dana primljeno na bolničko liječenje 10 516 bolesnika. Prijavljeno je i praćeno 867 bolesnika s visokim rizikom za nastanak oštećenja kože. Od tih bolesnika 169 je osim visokog rizika imalo i oštećenje kože, a ta su oštećenja kod velikog broja bolesnika (58%) bila višestruka.

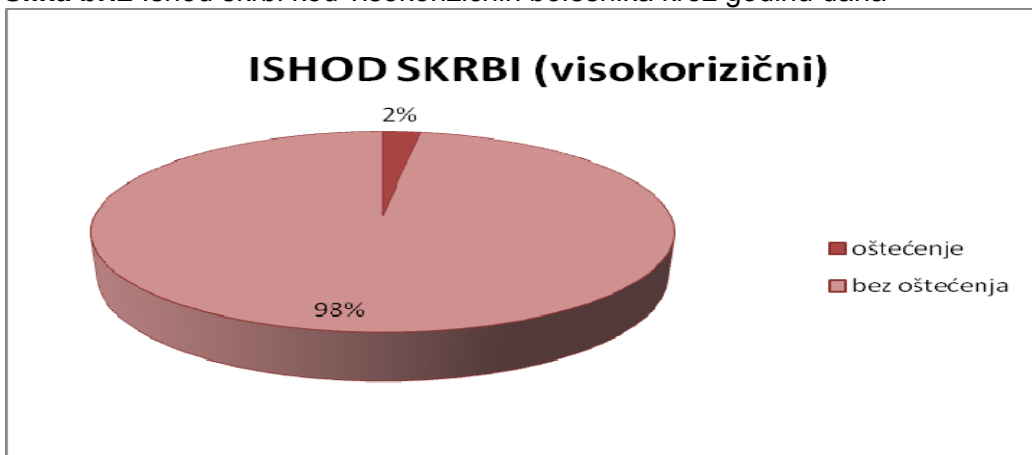
U razdoblju od godinu dana sustavno smo prikupljali, dokumentirali i analizirali brojne podatke vezane uz rad medicinskih sestara, specifičnosti vezane uz zdravstvenu njegu, te ishode skrbi. Tako smo pratili: korištenje pomagala u prevenciji oštećenja kože, provođenje općih preventivnih mjera, te učinak promjena koje smo nastojali uvesti u praksu medicinskih sestara.

Slika br.1 Učestalost višestruke procjene i višestruke zaštite (početak i kraj praćenja)



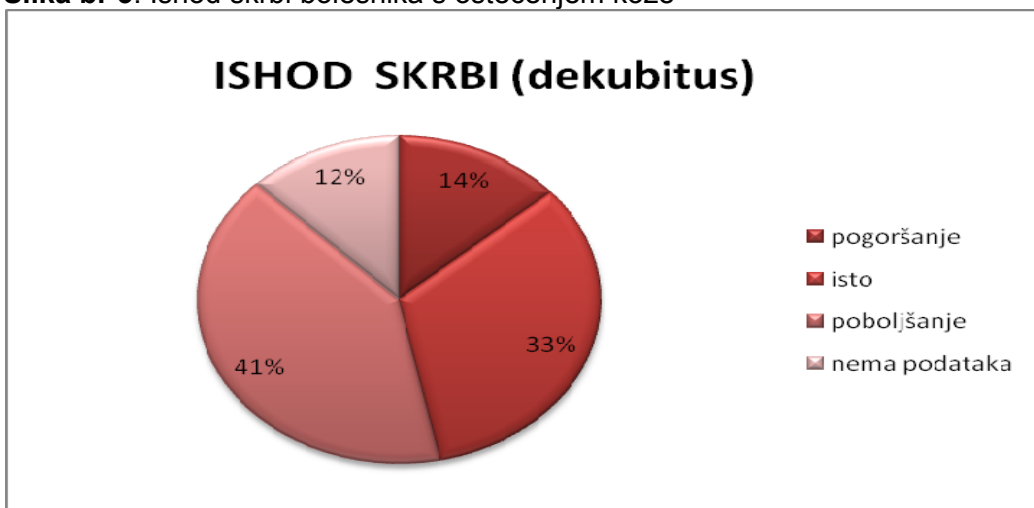
Iz prikaza je vidljivo da su nakon godinu dana medicinske sestre kod većeg broja bolesnika (25% u odnosu na 5% na početku praćenja) vršile višestruku procjenu (više od dvije procjene tijekom boravka na Klinici). Povećan je postotak bolesnika sa 38% na 72% koji su imali višestruku zaštitu (3 i više zaštitnih mjere).

Slika br.2 Ishod skrbi kod visokorizičnih bolesnika kroz godinu dana



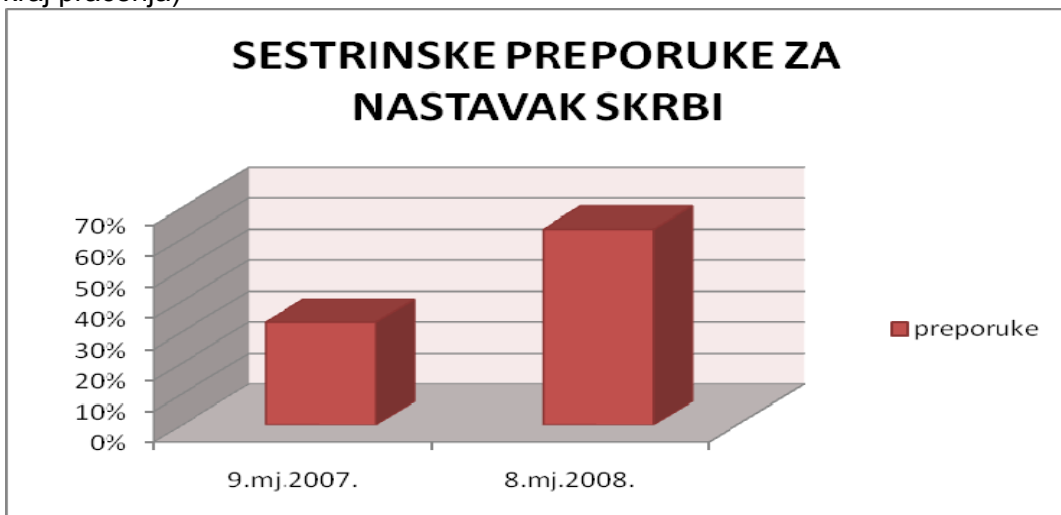
Iz prikaza je vidljivo da je kod samo 2% bolesnika koji su na Kliniku primljeni bez oštećenja kože, a imali su visoki rizik za njegov nastanak, došlo do oštećenja. Ta oštećenja su bila maksimalno 2. stupnja. Cjelokupni postotak oštećenja kože nastalih na našoj Klinici (bolničkih dekubitusa) iznosi 4% .

Slika br 3. Ishod skrbi bolesnika s oštećenjem kože



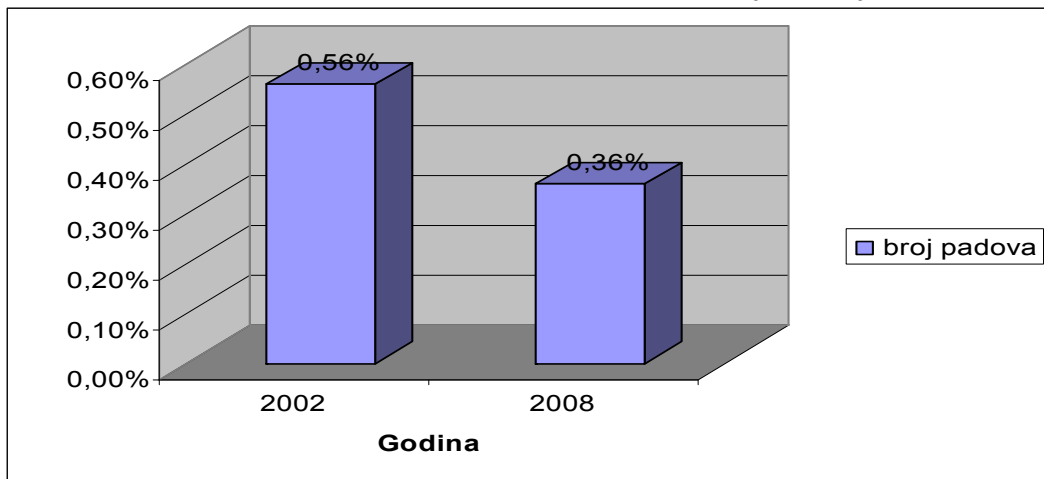
U zbrinjavanju oštećenja kože se primjenjuje multidisciplinarni pristup. Liječnik određuje terapiju, sestra je primjenjuje i prati stanje bolesnika i o njemu izvještava. S obzirom da su bolesnici bili teški i sa višestrukim oštećenjima zadovoljavajući je postotak onih kod kojih je došlo do poboljšanja oštećenja ili nije došlo do daljnjeg pogoršanja (74%). Osim toga, treba imati na umu da je za napredak u cijeljenju takovih oštećenja potreban dugotrajni vremenski period, a naši bolesnici sve kraće borave u bolnici. Kod 14% bolesnika je došlo do pogoršanja.

Slika br.4 Učestalost sestrinskih otpusnih pisama:dekubitus (početak i kraj praćenja)



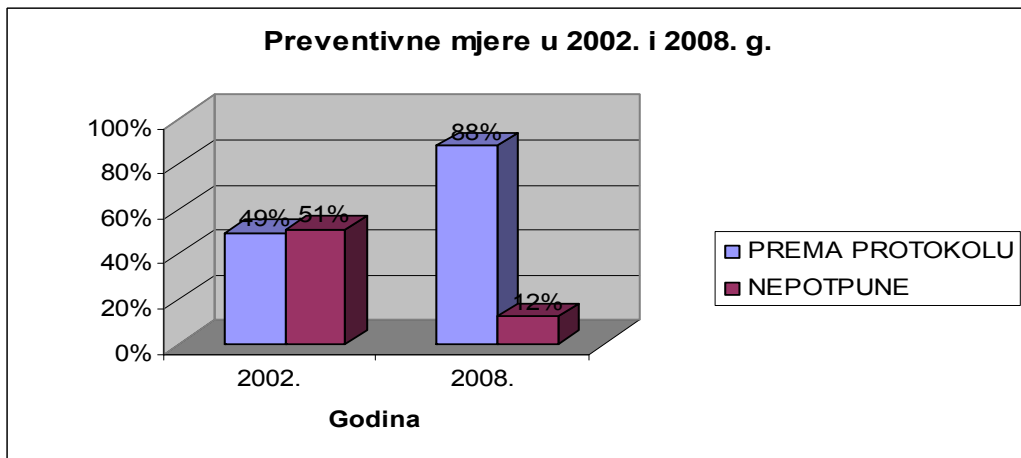
Iz prikaza je vidljivo da je u razdoblju od godine dana značajno povećan broj sestrinskih preporuka za nastavak skrbi kod bolesnika s oštećenjem kože. Na početku praćenja 33% medicinskih sestara je pisalo preporuku za nastavak skrbi po otpustu bolesnika, te je vidljivo značajno povećanje (63%) preporuka nakon godine dana.

Slika br.5 Učestalost padova: 2002. i 2008. (početak i kraj praćenja)



Iz prikaza je vidljivo da je u razdoblju od 7 godina broj padova smanjen sa 0,56% na 0,36%. Učestalost padova je smanjena za 37%, a ozljeda za 37%. Osim broja došlo je i do smanjenja težine tih ozljeda.

Slika br.6. Usporedba preventivnih mjera:2002.g i 2008.g. (početak i kraj praćenja)



U provođenju preventivnih mjera je također došlo do napretka. Analizom izvješća iz 2002.g. je utvrđeno da u velikom broju izvješća nisu navedene preventivne mjere ili su medicinske sestre navodile da one

nisu potrebne. 2008.g. u 88% izvješća navedene su preventivne mjere u skladu s protokolom.

U praćenju bolesnika sa rizikom za nastanak oštećenja kože i bolesnika s već prisutnim oštećenjem osim intervencija i ishoda pratili smo i njihove karakteristike. Na osnovu toga smo došli do podataka koji nam mogu biti putokaz za daljnje promjene koje je potrebno provoditi. Tako smo utvrdili da je veliki broj naših bolesnika s oštećenjem kože primljen od kuće, a znatan dio premješten na druge odjele ili otpušten s oštećenjem. To nameće za potrebu da daljnja nastojanja usmjerimo na sustavnu edukaciju bolesnika/njegovatelja, te da težimo kontinuitetu zdravstvene njege (sestrinska preporuka po otpustu).

Program prevencije padova provodi se u znatno dužem razdoblju i tu smo također postigli zadovoljavajuće rezultate. Primjenjivali smo različite pristupe, uvažavajući iskustva ostalih i po uzoru na najbolje prakse. Njihove preporuke navode da se kvalitetu i zadovoljavajuće ishode u prevenciji pada može i dodatno poboljšati uz multidisciplinarni pristup (uključivanje i drugih profila zdravstvenih radnika). To nam može biti smjernica za buduće aktivnosti.

ZAKLJUČAK:

Na osnovu analize ova dva indikatora zdravstvene njege u možemo zaključiti da se praksa medicinskih sestara na našoj Klinici provodi u skladu sa svjetskim smjernicama, a za to su ostvareni i brojni uvjeti (dovoljan broj pomagala, provedena edukacija osoblja, sestrinska dokumentacija, protokoli i sl). Dio postavljenih ciljeva je u potpunosti ispunjen, a postoje područja u kojima su potrebna dodatna nastojanja da se zdravstvena njega poboljša. Prateći ishode skrbi kod naših bolesnika možemo zaključiti da su u skladu sa trendovima, te da je kvaliteta i sigurnost bolesnika na našoj Klinici zadovoljavajuća, te ju je potrebno i dalje održavati.

Za postizanje takvih rezultata bila nam je neophodna suradnja i timski rad, koji i dalje moramo održavati i usavršavati. To je pozitivna promjena koja osim što je donijela korist našim bolesnicima, je i nama, medicinskim sestrama, dala jedno novo iskustvo i zadovoljstvo jer smo dokazali da zajedno možemo napraviti puno više.

REFERENCE:

1. Sorić-Uranić, A., Šimunec, D. Snaga hrvatskog sestrinstva. Plavi fokus. 2006; 2(2): 4-10.
2. Huber, D. Leadership and Nursing Care Management. (2nd ed.). Philadelphia: Saunders; 2000: 609-633.
3. Kalauz, S. Upravljanje kvalitetom zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište – nastavni materijali, 2007.
4. George, R., Veigas R.L., Issac R. Quality Assurance in Nursing. Nursing Planet. [cited 2007 Apr 20] Available at: http://www.nursingplanet.com/ne/quality_assurance__nursing.htm
5. ANA. Nursing-Sensitive Quality Indicators for Acute Care Settings and ANA's Safety & Quality Initiative. [cited 2007 April 13]; Available at: <http://www.nursingworld.org/readroom/fssafe99.htm>
6. Oliver, Daly. F., Martin, FC., McMurdo, M. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a sustavatic review. Age and ageing. 33(2); 2004: 122-130.
7. Hitcho, EB. et al. Characteristic and Circumstances of Falls in Hospital Setting. J Gen Intern Med. 19; 2004: 732-739.
8. Wiliams, TA., et al. Evaluation of falls prevention programme in acute tertiary care hospital. Journal of Clinical Nursing. 16; 2007: 316-324. [cited 2007 Septembar 14]; Available at: <http://www.highwire.stanford.edu/cgi/medline/pmid;17239067?maxtoshow=&HITS=&hits>
9. Currie, LM. Fall and injury prevention. Annual Review of Nursing Research. 24; 2006: 39-74. [cited 2007 August 21]; Available at: <http://www.gateway.tx.ovid.com/gwl/ovidweb.cgi>
10. Fonda, D., Cook, J., Sandler, V., Bailey, M. Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital. MJA. 184(8); April 2006: 379-382.
11. Clarce, HF., et al. Pressure ulcers: implementation of evidence-based nursing practice. Journal of Advanced Nursing. 49(6); 2005: 578-590.
12. Callanno, C. Pressure ulcers: a quality issue. Nursing Management. 38; May 2007; 42-51. Available at: www.nursingmanagement.com
13. Reddy, MR., Gill, SS., Rochon, PA. Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review. JAMA. 296(8); August 2006: 974-984: Available at: www.jama.com [cited 2008 March 3]
14. Russo, CA., Elixhauser, A. Hospitalizations related to pressure scores. HCUP Statistical Brief#3. AHRO: 2003. Available at: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/jsp>.
15. Whittington, KT., Briones, R. National Prevalence and Incydence Study: 6-year sequential acute care dana. Adv Skin Wound Care. 17(9); 2004:490-494.

16. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRO Quality Indicators: Guide to Patient Safety. Version 3.0a. May 2006. Available at: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>.
17. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Prevention Points. Washington DC; 2007: Available at: www.npuap.org.
18. National Quality Forum. Mission. Available at: <http://www.qualityforum.org/about/mission.asp>.
19. Bryanr, RA., Nix, DP., eds. Acute & Chronic Wounds: current Management Concepts. St. Louis, Mo: Mosby; 2007.
20. The Joint Commission: Policy and procedures. <http://www.jointcommission.org/SentinalEvents/PolicyandProcedures/>.
21. Hančević, J., Kraljević, M., Mužević, D. Kronična rana. MEDIX. 51(9); Prosinac 2003: 40-44. Available at: medix.com.hr.
22. Ayello, EA., Baranoski, S., Salati, DS. Best practices in wound care prevention and treatment. Nursing Management. 37. September 2006; 42-48. Available at: www.nursingmanagemet.com.
23. Eldar, R. Teamwork and Quality of Care. Croat Med J. 46(1); 2005: 157-160. Available at: www.cmj.hr
24. Kalauz, S. Timski rad. Zagreb: Zdravstveno veleučilište – nastavni materijali, 2007.
25. Salas, E., Cannon-Bowers, J. The anatomy af team training. In: Tobias, S., Fletcher, JD., ed. A handbook for business, industry, government, and military. New York: Macmillan Reference USA; 2000: 312-34.
26. Sherwood, GD. Qualitative Descriptions to Develop a Teamwork Model to Improve Patient Safety. Huston. School of Nursing; Semptember 2002. Available at: <http://context.com/stti/sos13/teachprogram/paper12131.htm>.
27. Huber, D., ed. Leadership and Nursing Care Management. (2nd ed.). Philadelphia: Saunders; 2000: 252-271.
28. Manion, J., Lorimer, W., Lenader, WJ. Team-based health care organizations: Blueprint for success Gaithersburg, MD: Aspen; 1996.
29. Blegen, M. Nurse's job satisfaction: A meta-analysis of relates variables. Nursing Research. 42(1); 1993: 36-41.
30. Canadian Health Services Resesarch Foundation. Teamwork in Healthcare in Canada. June 2006. Available at: www.chsrf.ca/research_themes/pdf/teamwork-synthesis-report_e.pdf.

Caren Tamara, Andrea Sekulić, Terezija Degmečić, Sanja Milinković, Ivana Zrinjan, Gordana Putina

MEDICINSKA SESTRA KAO ČLAN ISTRAŽIVAČKOG TIMA U PROCESU KLINIČKIH ISPITIVANJA LIJEKOVA

SAŽETAK

Kliničko ispitivanje lijekova je svako istraživanje u ljudi namijenjeno otkrivanju ili potvrđivanju kliničkih, farmakoloških i/ili drugih farmakodinamičkih učinaka ispitivanog proizvoda, i/ili utvrđivanju nuspojava i/ili ispitivanju apsorpcije, raspodjele, metabolizma i izlučivanja, s ciljem utvrđivanja neškodljivosti i/ili djelotvornosti ispitivanog proizvoda.

Prilikom provođenja kliničkih ispitivanjima potrebno je slijediti smjernice ICH (International Conference on Harmonisation) te smjernice dobre kliničke prakse-GCP (eng. Good clinical practice). Dobra klinička praksa obuhvaća međunarodne etičke i znanstvene standarde za kvalitetu planiranja, provođenja, praćenja i izvještavanja koja se provode na ljudima. Pridržavanje ovih standarda pruža javna jamstva za zaštitu prava, sigurnost i dobrobiti ispitanika u skladu s načelima čije je izvoriste u Helsinškoj deklaraciji, kao i da su podaci dobiveni kliničkim ispitivanjem vjerodostojni.

Medicinska sestra može biti dio tima naručitelja kliničkog ispitivanja u smislu suradnika pri kliničkim ispitivanjima-CRA (eng. clinical research associate), te dio istraživačkog tima provoditelja unutar ustanove u smislu studentske sestre (eng. study nurse).

Zadaci suradnika pri kliničkim ispitivanjima (CRA) zaposlenog unutar organizacije za provođenje kliničkog ispitivanja jesu organizacija i kontrola kliničkog ispitivanja u skladu s ICH/GCP smjernicama, važećim zakonima Republike Hrvatske te zahtjevima naručitelja ili sponzora kliničkih ispitivanja definiranih protokolom i standardnim operativnim procedurama-SOP (eng. standard operating procedure).

Osoba zadužena za nadzor kliničkog ispitivanja na mjestu provođenja zove se motritelj.

Motritelj kliničkog ispitivanja provodi nadzor napretka kliničkoga ispitivanja te vodi briga da su njegova provedba, dokumentiranje i izvješćivanje u skladu s Planom kliničkog ispitivanja, standardnim operativnim postupcima, dobrom kliničkom praksom i važećim zakonskim propisima.

Sukladno važećem Pravilniku o kliničkim ispitivanjima Republike Hrvatske, motritelj je zdravstveni radnik visoke stručne sprema s najmanje dvije godine iskustva u obavljanju poslova motrenja kliničkih ispitivanja na području Republike Hrvatske ili u državama Europske unije.

Motritelj mora imati odgovarajuće kvalifikacije za obavljanje poslova motritelja kliničkih ispitivanja te naobrazbu o Dobroj kliničkoj praksi, a prihvatljivost motritelja procjenjuje Središnje etičko povjerenstvo RH. Očevidnik motritelja vodi Ministarstvo Republike Hrvatske.

Medicinska sestra kao dio istraživačkog tima unutar ustanove tj. mjesta provođenja ispitivanja radi uz nadzor glavnog ispitivača koji raspoređuje odgovornosti svakog pojedinog člana unutar tima.

Zajedno s ostalim članovima tima dužna je voditi brigu o sigurnosti ispitanika, osigurava povjerljivost podataka, odgovorno čuva i rukuje s proizvodom koji se ispituje, odgovorno koristi i čuva studijsku dokumentaciju te informirane pristanke ispitanika, izvještava ostale članove tima o sumnjama na eventualne nuspojave, komunicira s predstavnicima naručitelja ispitivanja/ motriteljem.

Članovi ispitivačkog tima kao i naručitelj ispitivanja također moraju izvještavati eventualne nuspojave lijeka sukladno važećem Zakonu o lijekovima RH.

Kvalitetan rad svakog člana istraživačkog tima zahtijeva adekvatnu i kontinuiranu edukaciju s područja dobre kliničke prakse.

Klinička ispitivanja lijekova obuhvaćaju široko područje rada i odgovornosti, a uz adekvatnu edukaciju, sklonost timskom radu i putovanjima, sposobnost organizacije i komunikacije, dobro poznavanje engleskog jezika, medicinska sestra postaje ravnopravan član tima.

Literatura:

- Declaration of Helsinki, Seoul, October 2008
<http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf> (stranica zadnji put otvorena 04.04.2009.)
- European Medicines Agency, ICH Topic E 6 (R1) Guideline for Good Clinical Practice (CPMP/ICH/135/95)
<http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/ich/013595en.pdf> (stranica zadnji put otvorena 04.04.2009.)
- Pravilnik o kliničkim ispitivanjima I dobroj kliničkoj praksi (Narodne novine, br. 121/07)
<http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/329774.html> (stranica zadnji put otvorena 04.04.2009.)
- Zakon o lijekovima (Narodne novine, br. 71/07)
<http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/298616.html> (stranica zadnji put otvorena 04.04.2009.)

OKVIRNI CURICULLUM VISOKO OBRAZOVANE MEDICINSKE SESTRE U ŠKOLSKOJ MEDICINI

SAŽETAK

Školska medicina u Hrvatskoj ima dugu tradiciju, sve od kraja devetnaestog stoljeća. Tijekom vremena se mijenjala i prilagođavala, ovisno o zdravstvenim potrebama i prioritetima u zaštiti zdravlja djece i mladih. Od 1998. godine školska medicina je odlukom Ministarstva zdravstva postala isključivo preventivna djelatnost u sklopu zavoda za javno zdravstvo. Tim školske medicine čine liječnik specijalista školske medicine i medicinska sestra (srednja, viša ili prvostupnica) u čijoj nadležnosti se nalaze osnovne i srednje škole, fakulteti i visoke škole, veleučilišta, studentski i đački domovi te posebne ustanove. Njihov djelokrug rada je baziran na Programu specifičnih i preventivnih mjera zdravstvene zaštite. Tim školske medicine u skrbi ima prosječno 5000 djece i mladih (raspon od 3500 do 7000).

Obzirom na broj osiguranika po timu i broj obrazovanog kadra (veći broj sestara sa SSS) dolazi se do nesrazmjera opterećenosti pojedinaca (uglavnom liječnika). Kako je školovanje liječnika vrlo dug i vrlo skup proces postavlja se pitanje zašto sve preventivne mjere koje propiše zakonodavac nose kao izvršitelja liječnika kada sa druge strane postoji zdravstveni profesionalac koji ima naobrazbu i kompetencije za izvođenje tih istih mjera. Danas su medicinske sestre školske medicine premalo opterećene zdravstvenom njegom kao paradigmom sestrinstva, a previše sa tehničkim i administrativnim poslovima.

Kada bi visoko obrazovana medicinska sestra bila fizički u školi puno radno vrijeme i samostalno provodila mjere preventivne zdravstvene zaštite uz uključivanje liječnika specijalista školske medicine u određenim okolnostima i prema potrebama (takav model postoji u svijetu) preventivna zdravstvena zaštita bi zaživjela u potpunosti, zadovoljstvo sestara bilo bi veće, a trošak države i vlasti manji.

UVOD

Školska medicina u Hrvatskoj ima dugu tradiciju, sve od kraja devetnaestog stoljeća. Tijekom vremena se mijenjala i prilagođavala, ovisno o zdravstvenim potrebama i prioritetima u zaštiti zdravlja djece i mladih. Od 1998. godine školska medicina je odlukom Ministarstva zdravstva postala isključivo preventivna djelatnost u sklopu zavoda za javno zdravstvo. Tim školske medicine čine liječnik specijalista školske medicine i medicinska sestra (srednja, viša ili prvostupnica) u čijoj nadležnosti se nalaze osnovne i srednje škole, fakulteti i visoke škole, veleučilišta, studentski i đачki domovi te posebne ustanove. Njihov djelokrug rada je baziran na Programu specifičnih i preventivnih mjera zdravstvene zaštite (propisan od strane zakonodavca) a obuhvaća:

1. sustavatske preglede;
2. kontrolne preglede (prema medicinskoj indikaciji);
3. probire (prema čitavoj populaciji – vid, sluh, rast, deformiteti kralježnice, spolni razvoj, krvni tlak, gušavost, rizične navike, mentalno zdravlje; za učenike/studente s rizikom – psihoaktivne tvari, spolni život, hiperandrogenemija te hiperkolesterolemija);
4. mjere zaštite od zaraznih bolesti (cijepjenje i docjepljivanje, prilikom prijave neke zarazne bolesti u kolektivu)
5. zaštita i unapređenje školskog okruţja (nadzor nad školskom kuhinjom i higijenska kontrola prostora);
6. savjetovališni rad (individualno s djecom, mladeţi studentima, roditeljima, profesorima, rad s djecom s kroničnim bolestima);
7. zdravstveni odgoj i promicanje zdravlja (predavanja, tribine, intervju, rad u grupama). Tim školske medicine u skrbi ima prosječno 5000 djece i mladih (raspon od 3500 do 7000).

DJELOKRUG RADA „ŠKOLSKIH SESTARA“

U nekadašnjim školskim dispanzerima koji su se bavili kurativnom i preventivnom zdravstvenom zaštitom, jedan tim uz liječnika specijalistu činile su i dvije medicinske sestre (1 SSS i 1 VŠS). Tadašnji model organizacije omogućavao je sestrama sa VŠS provođenje preventivne djelatnosti koja se uglavnom odnosila na zdravstveni odgoj dok je sestra sa SSS bila opterećena više sa kurativnom djelatnošću i administracijom. Prelaskom školske medicine u zavode za javno zdravstvo u timu se nalazi samo jedna medicinska sestra koja se tada odlučila baviti samo preventivom (neovisno o stručnoj spremi).

Dogodilo se to da nije bilo dovoljno kadra sa VŠS te se u službi našlo veći broj srednjeg kadra. Sukladno stanju moralo se pribjeći izradi opisa poslova u skladu sa naobrazbom i kompetencijama kadra. Iz toga je proizašlo da danas liječnik specijalista provodi mjere, a sestra je samo pomoćnik odnosno njen djelokrug rada se odnosi uglavnom na tehničke i

administrativne poslove. Obzirom na broj osiguranika po timu i broj obrazovanog kadra dolazi se do nesrazmjera opterećenosti pojedinaca (uglavnom liječnika).

Kako je školovanje liječnika vrlo dug i vrlo skup proces postavlja se pitanje zašto sve preventivne mjere koje propiše zakonodavac nose kao izvršitelja liječnika kada sa druge strane postoji zdravstveni profesionalac koji ima dovoljnu naobrazbu za izvođenje tih istih mjera. Danas postoje programi visoke naobrazbe medicinskih sestara čije znanje i kompetencije su dovoljne za izvršavanje velikog broja preventivnih mjera zdravstvene zaštite.

Visoko obrazovana medicinska sestra može sama vršiti sustavatski pregled (bez kliničkog dijela), sama vršiti probire, sama nadzirati školsko okruženje, također i dio savjetovanišnog rada, u potpunosti zdravstveni odgoj a uz dodatnu edukaciju i cijepljenja. Obzirom na veliku sigurnost cjepiva, mali broj ozbiljnih postvaccinalnih reakcija, a u konačnici radi se o docjepljivanju odnosno ako postoji određena reakcija na cjepivo kod djeteta tada je ona već dijagnosticirana u predškolskoj dobi i takvo dijete već i samo zna što i zašto ne smije biti cijepljeno. Također postoji i problem dostupnosti populacije u smislu smještaja (baze) školske medicine.

Danas je školska medicina smještena u nekadašnje domove zdravlja (lokacijski) i za gotovo svaku "akciju" potrebno je "spakirati" stvari i otići u školu/fakultet. Takva organizacija predstavlja veliki gubitak vremena na pripremu i putovanje. Jedan od modela (kakav je i u svijetu) a mogao bi i zaživjeti i na našim prostorima jest : visoko obrazovana medicinska sestra smještena je u školi, vodi zdravstvenu skrb za učenike/studente te škole - prati rast i razvoj djece, vrši probire, vodi zdravstveni odgoj, savjetuje učenike i nastavnike, provodi mjere zaštite od zaraznih bolesti te djecu sa zdravstvenim problemima upućuje liječniku specijalisti školske medicine koji dalje rješava probleme iz svoje domene. Dakako da i liječnik mora sudjelovati u zdravstvenoj skrbi naročito kada se radi o djeci i mladeži sa posebnim potrebama i kada dijete prelazi iz jedne razvojne faze u drugu također bi bilo potrebno uključivanje liječnika u redovite sustavarske preglede.

Na taj način zdravstvena skrb bi bila dostupnija populaciji, trošak zakonodavca bi bio daleko manji, a obuhvat populacije preventivnim mjerama daleko veći.

ZAKLJUČAK

Model preventivne zdravstvene zaštite djece i mladih je dobro osmišljena djelatnost od strane zakonodavca, ali način na koji se ona danas provodi nije u potpunosti zadovoljavajući, poglavito sa aspekta sestrinstva. Medicinske sestre su premalo opterećene zdravstvenom njegom kao paradigmom sestrinstva, a previše sa tehničkim i administrativnim poslovima. Ujedno mjesto (lokacija) rada "školske" sestre je danas većim dijelom ambulanta što nije dobro rješenje jer na taj način može provoditi sestrinsku skrb samo prema pojedincima koji od nje zatraže pomoć. S druge strane probleme koji se redovito pojavljuju kod djece i mladih u školskom okruženju nije u mogućnosti uočiti jer ne boravi cijelo radno vrijeme u školi.

Kada bi visoko obrazovana medicinska sestra bila fizički u školi puno radno vrijeme i samostalno provodila mjere preventivne zdravstvene zaštite uz uključivanje liječnika specijalista školske medicine u određenim okolnostima i prema potrebama preventiva bi zaživjela u potpunosti i zadovoljstvo sestara bilo bi veće a trošak države i vlasti manji.

LITERATURA:

1. Prebeg Ž., Prebeg Ž., Higijena i škola, Pedagoška biblioteka: Školska knjiga: Zagreb, 1985.
2. Jarvenpää K, Aromaa M, Školska zdravstvena Skrb i preporuke za školske zdravstvene službe u Finskoj: HČJZ, Vol 3, Broj 10, 7.travnja 2007.
3. www.medicina.hr Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika
4. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja: NN 126, 20.11.2006.

Matea Šarić, Ante Buljubašić, Verica Oreščanin, Marina Golek, Irena Rašić, Zoran Bradaš, Božena Vrabec, Anka Mihelić, Sanja Pekarik, Maja Kukor, Danica Hudin, Marina Vrhovec

POLOŽAJ I ZADOVOLJSTVO MEDICINSKIH SESTARA U SUSTAVU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

SAŽETAK

CILJ:

Ispitati položaj i zadovoljstvo medicinskih sestara u sustavu zdravstvene zaštite na svim razinama, usporediti rezultate između ispitanih skupina te utvrditi probleme i naći rješenja otkrivenih problema.

KLJUČNE RIJEČI:

medicinska sestra, zadovoljstvo na radnom mjestu, sindrom izgaranja na poslu, nurse care, burn out sindrom, mobbing.

ISPITANICI I METODE:

Uzorak je dobiven obradom upitnika koji se sastoji od 24 pitanja. Upitnik je podijeljen medicinskim sestrama u Dubrovačko – neretvanskoj županiji, Splitsko – dalmatinskoj županiji, Gospičko – senjskoj županiji, Zagrebačkoj županiji, Gradu Zagrebu, Varaždinskoj županiji i Brodsko – posavskoj županiji, na razini primarne, sekundarne i tercijalne zdravstvene zaštite. Uz svaki upitnik priložena je napomena da se istraživanje vrši u svrhu utvrđivanja položaja medicinskih sestara u sustavu zdravstvene zaštite. Ispitanici su pristupili istraživanju dragovoljno uz osiguranje anonimnosti. Ispitivanje je provedeno u razdoblju od 23. ožujka 2009. godine do 30. ožujka 2009. godine. Ukupno je ispitano 613 medicinskih sestara .

Upitnikom su prikupljeni podaci o obrazovnom statusu, radnom mjestu, organizaciji rada, radnom vremenu te stavovi medicinskih sestara o njihovom položaju u sustavu zdravstvene zaštite, priznavanju kompetencija od strane liječnika i drugih medicinskih sestara, mobbingu, izloženosti stresu na radnom mjestu i odražavanju stresa na odnos prema bolesniku, zaštiti na radu, zadovoljstvu organizacije na radnom mjestu, profesionalnom unapređivanju, te poštivanju prava medicinskih sestara.

Ispitanike smo podijelili u dvije velike skupine: medicinske sestre iz primarne zdravstvene zaštite (uključuje medicinske sestre iz patronaže,

ambulante u zakupu i privatne prakse; ukupno 320 ispitanika), te medicinske sestre zaposlene u bolnici (ukupno 292 ispitanika).

REZULTATI:

Rezultati analize i statističke obrade podataka biti će prezentirani u Opatiji na 9. kongresu Studija sestrinstva Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu

BORBA S PREDRASUDAMA O SESTRINSTVU

- borba s vjetrenjačama ili proces kojim možemo upravljati?

„Iako je kompanija Showtime navodno obećala uvesti lik medicinske sestre Jackie ovo ljeto, danas su liječnici, 41 od 45 glavnih likova, u top pet najgledanijih američkih zdravstvenih serija. Serije predstavljaju liječnike kao jedine osobe koje imaju znanja o skrbi pacijenata i kao jedine važne osobe u bolnicama. U stvarnosti, holivudski doktori često za gledatelje izvode uzbudljive postupke koje bi u stvarnom životu obavile medicinske sestre.

Likovi liječnika poput dr. Housa često obezvrjeđuju medicinske sestre, bez ikakve protuteže. To potpomaže razvijanju daljnje društvene odbojnosti i stvaranju privida da **nitko s imalo pameti i integriteta, nikad čak ne bi niti pomislio, da bi mogao postati medicinskom sestrom**“ – dio je objave za medije iz veljače ove godine u povodu izlaska knjige „Spašavanje života – Zašto medijsko predstavljanje sestrinstva ugrožava sve nas“ (SAVING LIVES: *Why the Media's Portrayal of Nurses Puts Us All at Risk* - Kaplan Publishing).

Knjiga pokazuje kako medijsko propagiranje stereotipa o sestrinstvu (služavke, zločeste sestre, anđela ili oštrokondže), kroz stvaranje negativne slike utječe na medicinske sestre i njihove pacijente. U konačnici, to dovodi do stalno nedostajućeg broja medicinskih sestara na svjetskoj razini, ali i smanjuje utjecaj koje medicinske sestre imaju na dobivanju odgovarajućih resursa za kliničku praksu, edukaciju i istraživanje. Knjiga daje bespoštednu analizu svega što utječe na sliku sestrinstva, od izvješćivanja o zdravstvu, do uloge sestara u poznatim TV serijama do velikih oglasnih kampanja koje iskorištavanju stereotipe o sestrinstvu.

Iako se radi o američkoj praksi, najveći dio iskustava i primjera se može preslikati i u našu hrvatsku sadašnjost i trenutak u sestrinstvu. Stoga je vrijeme da povedemo brigu i o ovom aspektu djelovanje sestrinstva u Hrvatskoj.

Gledano od danas, još daleke 1995. godine *IPR* (Institut za odnose s javnošću – Institut of Public Relations) donio je najkraći i možda za nas sada najprikladniji opis onoga što utječe na sliku o svemu što radimo, pa tako i na nas u sestrinstvu. Oni su jednostavno rekli da je **dobar glas**, odnosno **naša slika u javnosti - zbroj onog što radimo i onog što drugi govore o nama**.

Jedna od novijih definicija koju donosi Paul Holmes u svojem *The Holmes Report* dodatno objašnjava – „Danas ne možete više odlučivati

hoćete ili ne imati odnose s javnošću, već samo do koje ćete razine s njima upravljati“. A na istu temu krajem 19. stoljeća, jedan od utemeljitelja modernih komunikacija Theodor N. Vail je izjavio – „**Ako ne kažemo istinu o sebi, netko drugi će to napraviti umjesto nas**“. I taj nam nužno ne treba biti prijatelj!

Dakle, slika postoji, već je stvorena, ostaje vidjeti koji su to prevladavajući stereotipi o sestrinstvu danas.

Anđel (eng. Angel)

Slika medicinske sestre kao „*milosrdnog anđela*“ – nesebičnog osloboditelja patnje, čovjekoljupca – podrijetlo vuče iz tradicije sestrinstva među redovnicama. U moderno doba, *Florence Nightingale* je personifikacija medicinske sestre kao anđela, iako neka zadnja otkrića bacaju nešto drugačije svjetlo na njeno djelovanje. U mnogim ratnim filmovima često su glavni likovi romantične veze liječnik i medicinska sestra, koji se sretnu i zaljube, spašavajući živote na bojištu. Jedan od najpoznatijih primjera su Lara i Dr. Živago iz romana i filma Dr. Živago. No i anđeli mogu posrnuti. Sestre poput *Beverley Allitt* (Engleskinja serijski ubojica koja je ubila četvero djece i ozlijedila petero drugih injekcijama) ili *Kristen Gilbert* (Amerikanka, osuđena za tri ubojstva prvog i jedno drugog stupnja – injekcijama), koje su namjerno ubile pacijente povjerene njihovoj skrbi, često su nazivane i „*anđelima smrti*“.

Oštrokondža, nadžak-baba (eng. Battleaxe)

„Oštrokondža“ je zao autoritaran lik poput izmišljenih zlica sestre *Ratched* u „Letu iznad kukavičjeg gnijezda“ ili pak *Annie Wilkes* u romanu i filmu „Misery“.

Služavka (eng. Handmaiden)

„Služavka“ je stereotip osobe s malo inteligencije, znanja, mogućnosti prosuđivanja ili autonomije, osobe koja postoji samo da bi se pomoglo liječniku. Ideja proizlazi iz ideje koju su promicali liječnici u 19. i 20. stoljeću da je sestrinstvo primarno servis medicinske struke umjesto servisa pacijenata. Ponekad se nesvjesno promiče i danas od samih sestara – na primjeru same sestrinske zakletve (*Nightingale Pledge*) koja se prakticira na Zapadu.

Muškarci homoseksualci (eng. Homosexual male)

Muškarce u sestrinstvu se često predstavlja kao feminizirane homoseksualce zbog koncepta (u nedavnoj povijesti) sestrinstva isključivo kao „ženskog posla“. Lik *Jack McFarlanda* u televizijskoj komediji *Will & Grace* je učio za „medicinskog brata“ kroz nekoliko epizoda. To je bilo parodirano u nekoliko epizoda serije *Stožist* (*Scrubs*)

u kojoj je jedan od likova sestara ženskasti, ali jasno heteroseksualni, muškarac koji se zove Paul Flaurs ("cvijeće"). To je ujedno i podloga za ismijavanje u filmu *"Meet the Parents"*.

Nadstojnica/glavna sestra (eng. Matron)

Stereotip "nadstojnice" zasniva se na starom konceptu glavne sestre kao glavnog nadglednika svih aktivnosti zdravstvene njege u bolnici, strogo po svim propisima i bez gluposti, učinkovite osobe koje se često i svi ostali boje. Poštovane od strane liječnika, medicinskih sestara i bolesnika podjednako. „Ooh nadstojnica“ je popularna uzrečica iz engleske serije filmova Carry On, u kojoj je jedan od likova i onaj nadstojnice, iako ovaj stereotip ima i skrivene seksualne aluzije.

Nimfomanka (eng. Nymphomaniac)

"Nimfomanka" ili "nevaljala sestra" je stereotip koji svoje porijeklo ima u seksualnim fantazijama. Medicinske sestre često imaju vizualni i fizički kontakt s cijelim tijelom svojih pacijenata kroz pružanje rutinske zdravstvene njege, uključujući i intimne dijelove tijela. "Halo-oo, sestoooo!" je bio izraz koji se često koristio u vodvilju, kojim bi se na pozornici najavilo pojavljivanje "sestre" odjevene na seksualno sugestivan način. Ovaj određen stereotip je možda jedan od najčešće korištenih u karikaturama. Staromodne uniforme sestara – bijela kuta, čarape i kapa – često su sastavni dio ovog stereotipa. Sestre se često prikazuju i kao doktorove tajne ljubavnice, kao u filmu i seriji M*A*S*H i roman i filmu *"The Cider House Rules"*.

Ne razlikuje se mnogo od predrasuda i stereotipa s kojima smo dnevno suočeni u našem poslu. Što možemo napraviti da bi to promijenili?

- Osigurati sustavan pristup izgradnji i brizi o imidžu sestrinstva (sjetimo se ostvarenog pomaka samo po pitanju ravnopravnosti spolova)
- Organizirati sustavno praćenje medija i reagiranja na stereotipe - brigu o medijskoj slici
- Osigurati sustavnu brigu za isticanje najbolje prakse

Je li to borba s vjetrenjačama? Ne, imamo uspješne uzore.

The Truth About Nursing – Changing how the world is thinking about nursing <http://www.truthaboutnursing.org/>. Ova inicijativa nastoji povećati medijsko razumijevanje središnje uloge koje danas ima sestrinstvo u prvim redovima, moderne zdravstvene srbi. Cilj im je promovirati točnije, uravnotežiti medijske prikaze medicinskih sestara te

povećati njihov broj a isto tako i promovirati korištenje medicinskih sestara kao stručnih izvora u medijima.

Konačni cilj je povećati bogatstvo različitosti u sestrinstvu kao profesiji u vrijeme kritičnog nedostatka stručnih sestara, ojačati praksu, obrazovanje i istraživanje, a sve s ciljem unapređivanja kompletnog sustava zdravstvene skrbi.

Prije nego što krenemo raditi moramo pokušati odgovoriti na ova pitanja o kojima bih željela da danas i razgovaramo:

»Što želimo postići?« odnosno »Koji su naši ciljevi ?«

»S kime želimo komunicirati?« odnosno »Koje su naše ciljne javnosti?«

»Što želimo reći?« odnosno »Koje su poruke koje želimo prenijeti?«

»Kako ćemo to reći?« odnosno »Koje ćemo mehanizme upotrijebiti da poruka stigne do primatelja?«

I u konačnici, tko će to sve raditi? 24 sata, sedam dana u tjednu, cijelu godinu.

U ovom trenutku, jedini odgovor na pitanje u koji sam sigurna je kada bi s time trebali krenuti?

Jučer😊

STAVOVI ZDRAVSTVENIH PROFESIONALACA O ULOZI MEDICINSKE SESTRE I PROMJENAMA U SESTRINSTVU

UVOD

Identitet i ideja sestrinstva su, posebno u ovim tranzicijskim vremenima, meta stalnih previranja i propitivanja.

«Ideja sestrinstva izbija iz jednog posebnog načina ljudskog djelovanja koje je neraskidivo povezano sa zdravstvom i zdravstvenom skrbi, tj. s liječenjem bolesti i brigom za zdravlje.»
(1.)

Također pitanje identiteta sestrinstva je i usko vezano uz postupno slabljenje neupitnog liječničkog autoriteta u kliničkom okruženju. Podiže se svijest o jačanju slobode izbora pojedinca, bolesnika. U cijelom tom procesu i neizbježnim promjenama, nailazi se na brojne poteškoće i sukobe mišljenja.

Usprkos činjenici da neki zdravstveni profesionalci smatraju sestre samo pomoćnicama, one imaju temeljnu ulogu i u posredovanju između liječnika i bolesnika.

Medicinske sestre, neizbježno u svome djelovanju dolaze i u kontakt sa svim vrstama zdravstvenih profesionalaca što im nameće i određenu posredničku ulogu.

Potrebno je razviti istinski osjećaj timskog rada i suradnje te uvažavanja među svim profilima zdravstvenih profesionalaca.

«Timska integracija zdravstvenih profesija nužna je radi integracije različitih terapijskih kompetencija, a ova je opet nužna radi zaštite i postignuća najveće dobrobiti bolesnika.» (1.)

Edukacija u sestrinstvu postaje sve kompleksnija i specijalizirana, te neizbježno dolazi i do određenog sve većeg stupnja autonomnosti, a u okviru kompetencija. Da bi sestrinstvo moglo odgovoriti na sve profesionalne izazove suvremene medicinske prakse i skrbi, ono treba adekvatnu akademsku i znanstvenu edukaciju - bazičnu, specijalističku te cjeloživotnu.

Pojavljuje se i problem nedostatka kadra, te traje proces prilagođavanja novim situacijama.

«Rješenje problema, stoga, nije u suprotstavljanju među zdravstvenim profesijama, kako je već naglašeno, nego u uzajamnoj suradnji i poštivanju specifičnih kompetencija u svrhu ostvarivanja najveće moguće dobrobiti bolesnika, tj. liječenja bolesti i prikladne njege njegovih zdravstvenih tegoba.» (1.)

Cilj rada

Utvrđiti stavove timskih suradnika o ulozi medicinske sestre i promjenama u sestrinstvu.

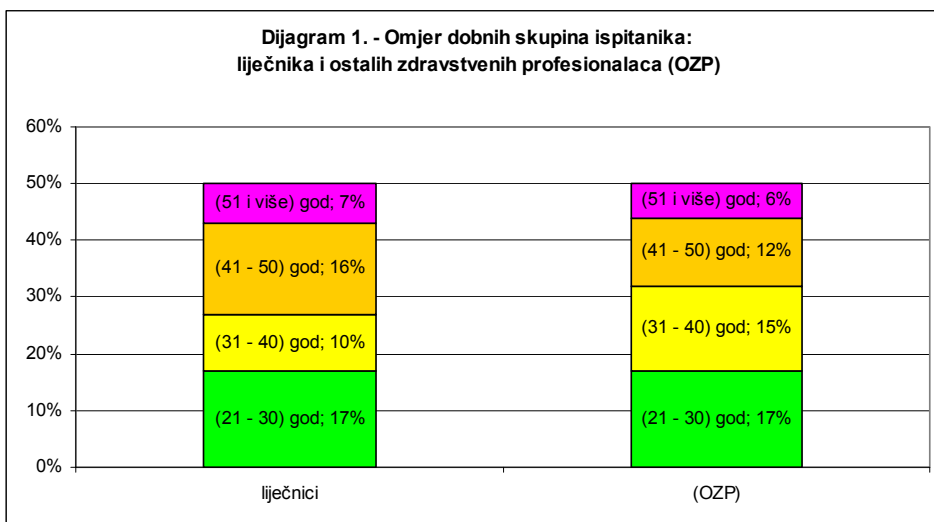
Utvrđiti postojanje eventualnih razlika među raznim profilima suradnika.

Metode rada

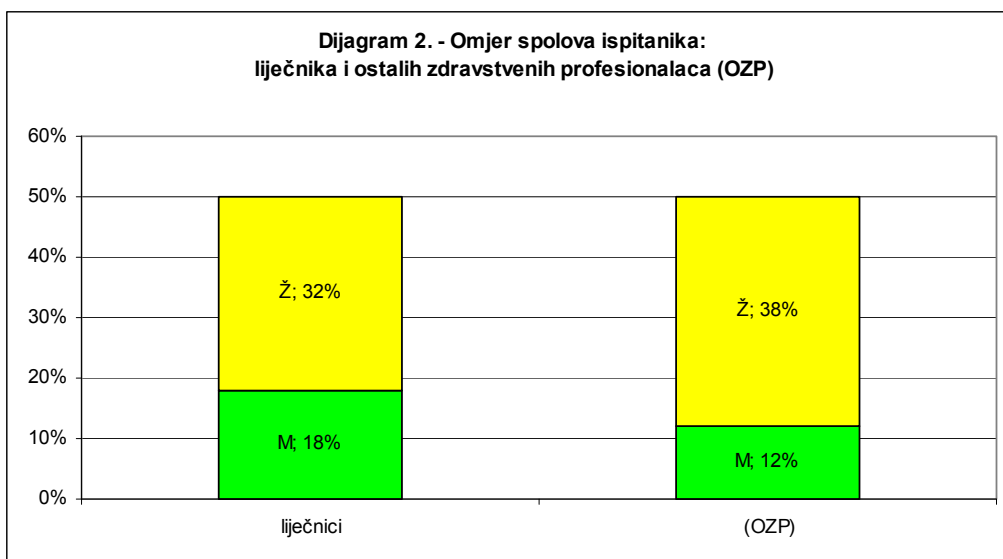
Istraživanje je provedeno pomoću posebno konstruiranog upitnika na uzorku od 175 ispitanika. Istraživanje je provedeno u razdoblju od 9.3.2009 do 31.3.2009 u slijedećim zdravstvenim ustanovama: Dom zdravlja Zagreb-zapad, Dom zdravlja Zagrebačke županije, Dom zdravlja Slavonski Brod, Dom zdravlja Splitsko dalmatinske županije, Dom zdravlja Varaždin, Klinički bolnički centar Rijeka, Opća bolnica Varaždin, Opća bolnica Sveti duh i Klinička bolnica Dubrava.

Rezultati rada

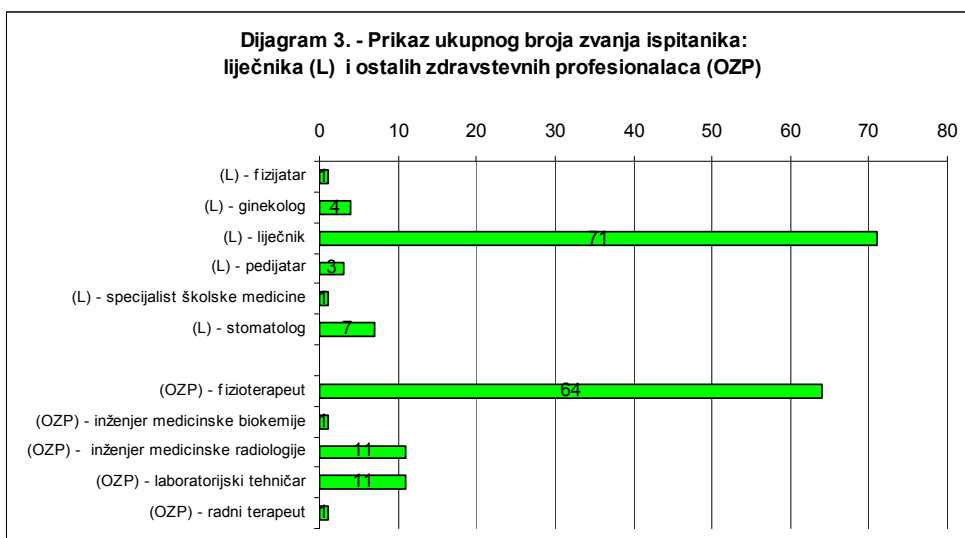
U istraživanju je sudjelovalo 87 liječnika, te 88 ostalih zdravstvenih profesionalaca (OZP).



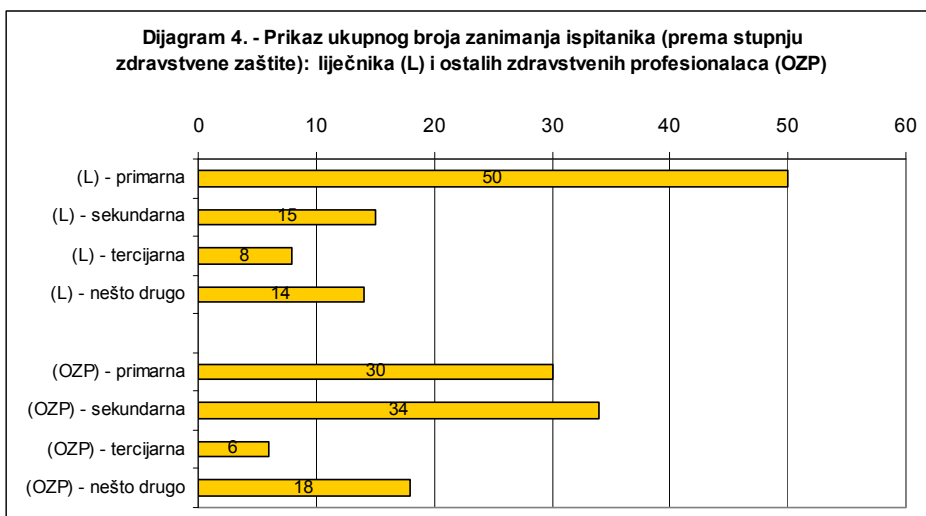
Dijagram 1. – Omjer dobnih skupina ispitanika bio je približno podjednak.



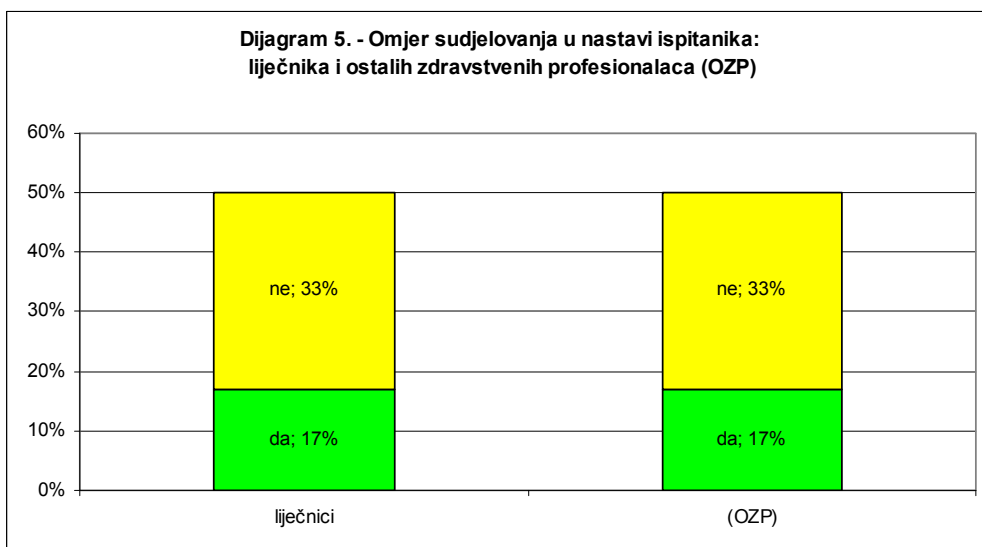
Dijagram 2. – Omjer spolova ispitanika nije bitnije odstupao. Zastupljenost žena bila je nešto veća.



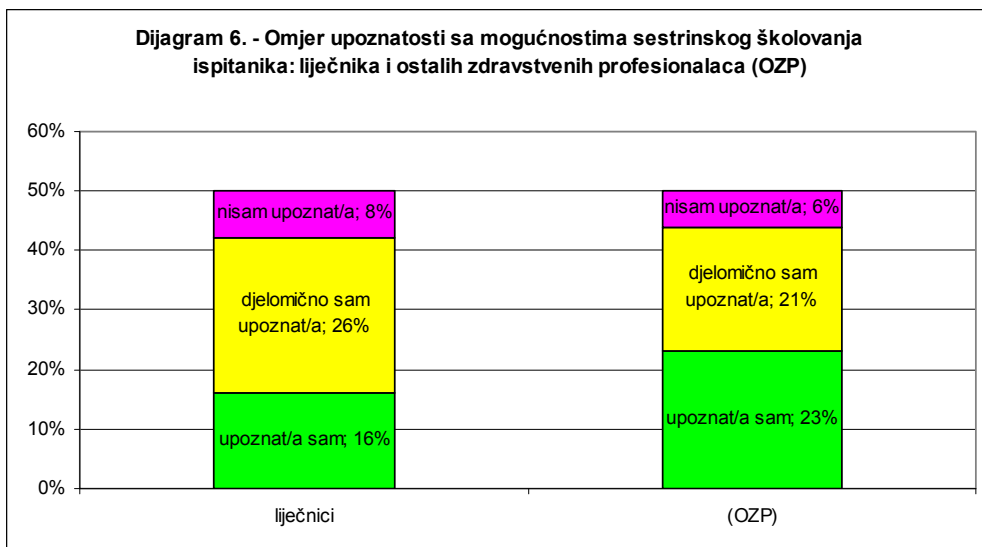
Dijagram 3. - U istraživanju je sudjelovalo 87 liječnika, a kod ostalih zdravstvenih profesionalaca sudjelovala su 64 fizioterapeuta, te 24 ostalih profila.



Dijagram 4. - Prema dijagramu je vidljivo da su obuhvaćene sve razine zdravstvene zaštite s nešto većim ukupnim udjelom primarne zdravstvene zaštite.

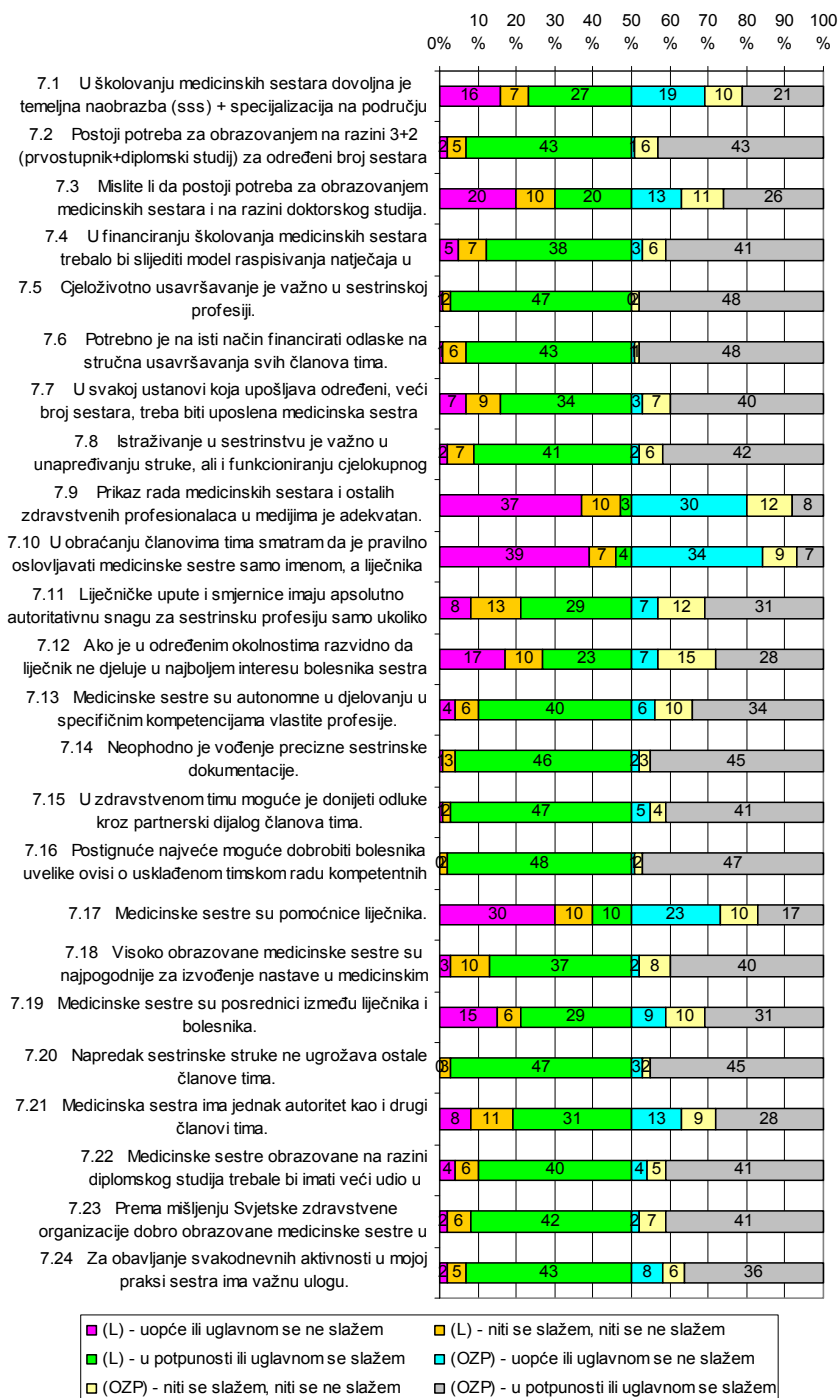


Dijagram 5. - Podjednak postotak liječnika i ostalih zdravstvenih profesionalaca izjavio je da sudjeluje u nastavi.



Dijagram 6. – Prema izjavama liječnika istraživanje je pokazalo da su liječnici nešto manje upoznati s mogućnostima sestrinskog školovanja od ostalih zdravstvenih profesionalaca.

Dijagram 7. - Mišljenja ispitanika: liječnika (L) i ostalih zdrav. profesionalaca (OZP)



Dijagram 7. - Iz dijagrama je vidljivo da su mišljenja zdravstvenih profesionalaca u velikoj većini afirmativna prema promjenama u sestrinstvu, mogućnostima napredovanja, školovanja, rada u timu, priznavanja autoriteta ostalim profilima i ulozi sestre u timu.

Također je vidljivo da se stavovi liječnika i ostalih zdravstvenih profesionalaca podudaraju u značajnoj mjeri.

Zaključak

Stavovi zdravstvenih profesionalaca o promjenama u sestrinstvu i napretku struke su pozitivni, te nema velikih razlika između raznih profila stručnjaka, poglavito liječnika i ostalih zdravstvenih profesionalaca. Prilikom provođenja samog istraživanja, primijećen je čak pozitivan stav ispitanika, nego samih medicinskih sestara koje su došle u kontakt s istraživanjem.

Sve ovo govori da napredak i afirmacija sestrinske struke ovisi poglavito o samim medicinskim sestrama, te da je tradicionalno pozivanje na spriječnost s raznih strana neutemeljeno.

Literatura:

1. Identitet, profesija i etika sestrinstva. Matulić T., Zagreb, 2007.
Izvorni znanstveni rad
hrcak.srce.hr/file/35480, preuzeto 12.02.2009.
2. Nursing in Europe, A resource for better health
[www.euro.who.int/Information Sources/Publications](http://www.euro.who.int/Information_Sources/Publications), preuzeto 12.02.2009.
3. Organizacija pedijatrijske primarne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj danas i sutra. Jovančević M., Grgurić J., Knežević, M. Medix, 2004
www.hcjz.hr/clanak.php?id=12483&rnd= preuzeto 12.02.2009.
4. Podloga za zakonske i normativne promjene i unaprjeđenja u reformi djelatnosti primarne zdravstvene zaštite, Ranko Stevanović. HZJZ, Vol 5, Broj 17, 7. siječnja 2009
<http://www.hcjz.hr/clanak.php?id=14003&rnd=> preuzeto 12.02.2009.
5. Mišljenja, stavovi i psihologijski profil medicinskih sestara, Stanuga B., Revija za socijologiju br.2, 1990, Zagreb

PROMJENE VEZANE UZ SESTRINSKU DOKUMENTACIJU U OB DUBROVNIK

SAŽETAK

Ključni zadaci u poboljšanju kvalitete sestrinske prakse usmjereni su na razvijanje inovativne službe, te usvajanje novih pristupa u pružanju zdravstvene zaštite. Medicinske sestre moraju biti svjesne svoje odgovornosti i standarda rada koji se od njih očekuju. Uvođenjem sestrinske dokumentacije dolazi do promjena u vrijednovanju sestrinskog rada i statusa u zdravstvenom timu, kao i do pružanja kvalitetnije zdravstvene skrbi. Cilj rada je prikazati dosadašnja iskustva i rezultate u provođenju sestrinske dokumentacije. Prospektivno istraživanje provedeno u OB Dubrovnik na uzorku od 24 sestre koje svakodnevno vode sestrinsku dokumentaciju. Veći broj sestara izjasnio se da uvođenje sestrinske dokumentacije zahtjeva organizacijske promjene, ali smatraju da je dokumentacija pridonijela podizanju kvalitete rada medicinske sestre.

Ključne riječi: medicinska sestra, sestrinska dokumentacija, organizacija rada, kvaliteta.

UVOD

Sestrinska dokumentacija podrazumijeva proces mijenjanja, vrednovanja i usavršavanja rada medicinske sestre. Sastavljena je na način da sestre mogu procijeniti pacijentovo stanje i na osnovi toga donijeti zaključke, dijagnosticirati problem i odrediti količinu sestrinske skrbi za pacijenta, te na taj način poboljšati kvalitetu zdravstvene njege.¹ U nastojanjima postizanja kvalitetnih promjena u zdravstvu, potrebno je prvotno znanje, navike i sposobnosti usavršavati i dopunjavati jer na taj način stječe se osjećaj osobne vrijednosti te pridonosi poboljšanju zdravstvene skrbi i kvaliteti zdravstvenog sustava.

Medicinska sestra je samostalni zdravstveni radnik čija je osnovna djelatnost zdravstvena njega, a stupanj samostalnosti uvjetovan je vrstom aktivnosti kojom se bavi.² Glavne funkcije sestre su: pružanje i vođenje sestrinske njege, podučavanje bolesnika i zdravstvenog osoblja, djelovanje sestre kao učinkovitog člana tima zdravstvene zaštite, razvijanje sestrinske prakse putem kritičkog razmišljanja. U osiguravanju

kvalitete moramo imati viziju kakva se služba želi postići i koje su vrijednosti važne, definirati kvalitetu koja se želi postići. Medicinska sestra prikuplja podatke, tumači ih i pohranjuje u odgovarajućoj dokumentaciji, a njihovom daljnjom obradom dobivaju se informacije koje čine osnovu za unapređenje kvalitete i razvoj zdravstvene njege.^{3,4}

Sestre moraju osigurati svoj udio u odlučivanju o kvaliteti zdravstvene zaštite i vodeću ulogu u definiranju kvalitete sestrinske njege.⁴

Proces treba graditi na postojećoj dobroj praksi koja mora imati ulogu da rad sestre učini djelotvornijim i time poboljša zadovoljstvo sestre poslom. To se postiže i kroz trajno učenje u programima kontinuirane edukacije. Na taj način utvrđujemo prihvatljivu praksu, određujemo potrebu za resursima i potičemo primjenu rezultata istraživanja i odgovornost sestre.^{2,3}

Uspjeh rada medicinske sestre u provođenju sestrinske dokumentacije ne ovisi samo o humanosti i sposobnosti svladavanja suvremene tehnologije, on ovisi o sustavu trajne edukacije, osiguravanju uvjeta rada, podršci rukovodeće strukture. Primjena sestrinske dokumentacije omogućava praćenje kvalitete i količine provedenih postupaka, a posebno mogućnost trajnog praćenja stanja bolesnika. Stoga je danas, u vremenima svakodnevnih promjena, neophodno okrenuti se napretku profesije sestrinstva upravo kroz uvođenje sestrinske dokumentacije.⁴

CILJ ISTRAŽIVANJA:

Provedenim istraživanjem željelo se prikazati:

- uspješnost provođenja sestrinske dokumentacije u svakodnevnim obavezama.
- koliko vođenje sestrinske dokumentacije pridonosi podizanju kvalitete rada medicinske sestre
- koliko sestre smatraju da su educirane za vođenje dokumentacije
- kakva je podrška sestrama na odjelima gdje rade
- da li sestrinska dokumentacija utječe na kvalitetu provođenja zdravstvene njege
- da li je uvođenje sestrinske dokumentacije pridonijelo boljem statusu sestre u zdravstvenom timu
- kakva su mišljenja o organizacijskim promjenama u broju medicinskih sestara

ISPITANICI I METODE

Prospektivno istraživanje provedeno je na uzorku od 24 medicinske sestre koje svakodnevno vode sestrinsku dokumentaciju. U istraživanju se koristila anonimna anketa koja je konstruirana za dobivanje informacija o uspješnosti provođenja sestrinske dokumentacije u OB Dubrovnik.

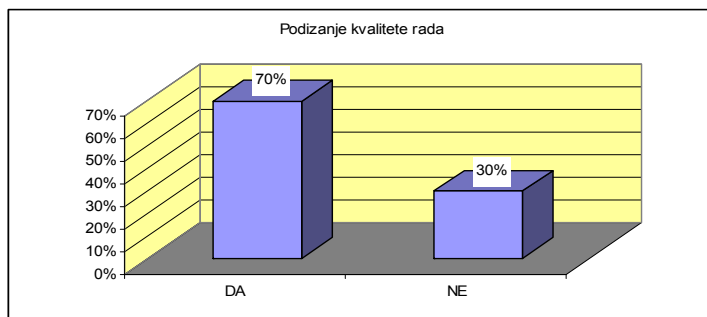
Anketa se sastojala od 7 tvrdnji na koje sestre odgovaraju sa tvrdnjom DA ili NE. Prije same provedbe ankete, medicinskim sestrama je rečeno da je anketa anonimna, te da se koristi u svrhu pisanja istraživačkog rada. Prikupljeni podaci prikazani su tabelarno i grafički.

REZULTATI

Kroz anketni listić o uspješnosti provođenja sestrinske dokumentacije u OB Dubrovnik, rezultate smo prikazali tabelarno i grafički.

Tablica 1.i grafikon 1. Utječe li sestrinska dokumentacija na podizanje kvalitete rada u smislu smanjenja komplikacija i bržeg oporavka pacijenata.

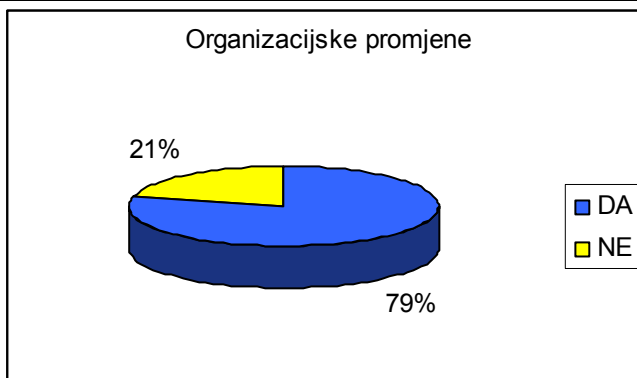
Ispitanici	Podizanje kvalitete rada	%
DA	17	70%
NE	7	30%
Ukupno	24	100



Tablica 1 i grafikona 1, prikazuju da od ukupnog broja ispitanica njih 70% izjasnilo da vođenje sestrinske dokumentacije utječe na podizanje kvalitete rada sestre u smislu smanjenja komplikacija i bržeg oporavka pacijenata.

Tablica 2 i grafikon 2...Zahtjeva li uvođenje sestrinske dokumentacije organizacijske promjene u povećanju broja medicinskih sestara .

Ispitanici	Organizacijske promjene	%
DA	19	79%
NE	5	21%
ukupno	24	100



Iz tablice 2 i grafikona 2.prikazuju da od ukupnog broja ispitanika njih 79 % smatra da uvođenje sestrinske dokumentacije zahtjeva organizacijske promjene u smislu povećanja broja medicinskih sestara.

Tablica 3. i grafikon 3. Stvara li vođenje sestrinske dokumentacije opterećenje kao nova obaveza u već postojećim svakodnevnim obavezama provođenja zdravstvene njege pacijenata.

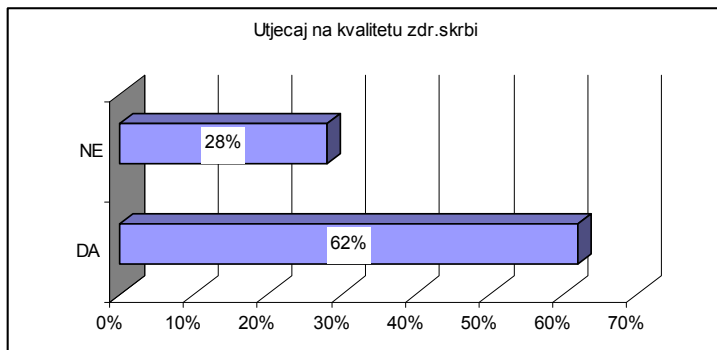
Ispitanici	Opterećenje u svakodnevnim obavezama	%
DA	22	91%
NE	2	9%
Ukupno	24	100



Iz tablice 3. i grafikona 3. dobiveni podaci pokazuju da je vođenje sestrinske dokumentacije kod 91% ispitanika opterećenje kao nova obaveza u već postojećim svakodnevnim obavezama provođenja zdravstvene njege pacijenata, dok se 9% ispitanika izjasnilo da im to ne predstavlja opterećenje.

Tablica 4. Da li vođenje sestrinske dokumentacije utječe na kvalitetu provođenja zdravstvene njege.

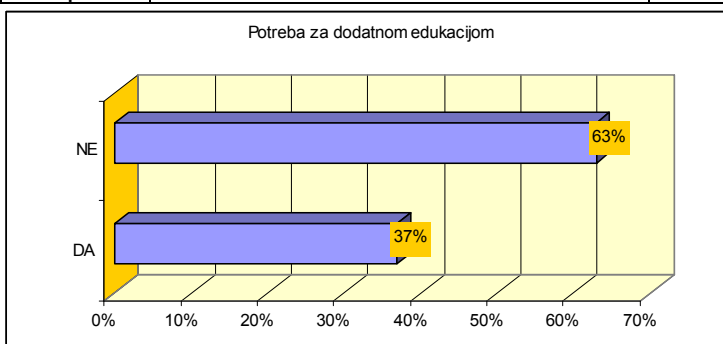
Ispitanici	Utjecaj na kvalitetu zdr,njege	%
DA	15	62%
NE	9	28%
Ukupno	24	100



Iz tablice 4.i grafikona 4. uočavamo da 62% ispitanika medicinskih sestara smatra da provođenje sestrinske dokumentacije utječe na kvalitetu provođenja zdravstvene njege.

Tablica 5. i grafikon 5. Smatrate li da trebate imati dodatnu edukaciju za vođenje sestrinske dokumentacije.

Ispitanici	Potreba za dodatnom edukacijom	%
DA	9	37%
NE	15	63%
Ukupno	24	100



Iz tablice 5. i grafikona 5. vidi se da 63% ispitanika smatra da ne treba dodatnu edukaciju za provođenje sestrinske dokumentacije.

Tablica 6. i grafikon 6.Imate li podršku kolegica sa srednjom stručnom spremom u provođenju sestrinske dokumentacije na svom odjelu.

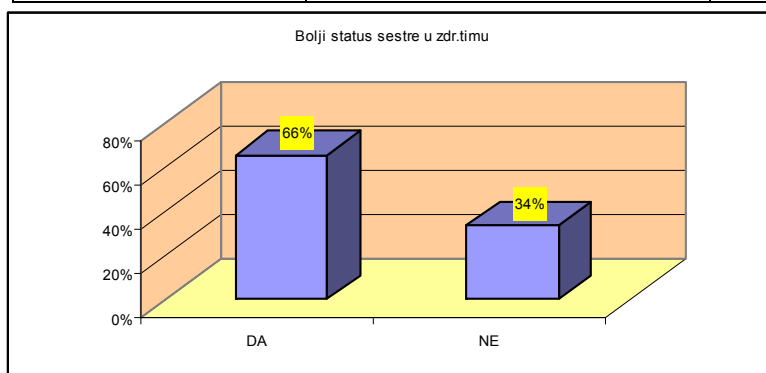
Ispitanici	Podrška kolegica na odjelu	%
DA	18	75%
NE	6	25%
Ukupno	24	100



Iz tablice 6. i grafikona 6. vidi se da većina ispitanika njih 75% ima podršku kolegica sa srednjom stručnom spremom u provođenju sestrinske dokumentacije na svom odjelu.

Tablica 7. i grafikon 7. Da li je uvođenje sestrinske dokumentacije pridonijelo boljem statusu sestre i uvažavanja njihovog mišljenja u zdravstvenom timu

Ispitanici	Bolji status sestre u zdr. timu	%
DA	16	66%
NE	8	34%
Ukupno	24	100



Iz tablice 7. i grafikona 7. vidi se da 66% ispitanika smatra da je. je uvođenje sestrinske dokumentacije pridonijelo boljem statusu sestre i uvažavanja njihovog mišljenja u zdravstvenom timu.

RASPRAVA

Na uzorku od 24 medicinske sestre koje svakodnevno provode sestrinsku dokumentaciju u OB Dubrovnik iz dobivenih rezultata provedene ankete 79 % ispitanika smatra da uvođenje sestrinske dokumentacije zahtjeva organizacijske promjene u smislu povećanja broja medicinskih sestara.

Dobiveni rezultati potkrepljuju podatke iz literature, gdje se navodi da novi proces rada zahtjeva veći broj sestara, što rezultira sve češćim prekovremenim radom sestara.⁴ Istraživanjem je utvrđeno da vođenje sestrinske dokumentacije kod 91% ispitanika medicinskih sestara je opterećenje kao nova obaveza u već postojećim svakodnevnih obavezama provođenja zdravstvene njege pacijenata, što odgovara podacima iz literature gdje nalazimo da je broj sestara u smjenama obično manji od potrebnog što podrazumijeva i nedostatak vremena za planirano zbrinjavanje pacijenata, vođenje sestrinske dokumentacije,

razgovor s pacijentom. Dobiveni podatci podudaraju se sa podacima iz literature koji govore da 89,5 % ispitanica smatra da broj medicinskih sestara nije razmjeran količini rada.⁴

Tijekom analize utvrđeno je da 70% medicinskih sestara smatra da vođenje sestrinske dokumentacije utječe na podizanje kvalitete rada sestre u smislu smanjenja komplikacija i bržeg oporavka pacijenata, dok se njih 30 % ne slaže sa tom tvrdnjom. Iz dobivenih podataka vidi se da većina sestara njih 75% ima podršku srednjih medicinskih sestara na svom odjelu u provođenju dokumentacije što se razlikuje od podataka iz literature gdje u provedenoj anketi njih 57,9% nema podršku i nije zadovoljno⁴. Iako većina ispitanica medicinskih sestara smatra da je vođenje sestrinske dokumentacije opterećenje u već postojećim svakodnevnim obavezama provođenja zdravstvene njege pacijenata, 66% ispitanica izjasnilo se da je uvođenje dokumentacije pridonijelo boljem statusu sestre i uvažavanja njihovog mišljenja u zdravstvenom timu. Veći broj ispitanika njih 63% smatra da nemaju potrebe za dodatnom edukacijom za provođenje sestrinske dokumentacije što se znatno razlikuje od podataka iz literature gdje je kod provedenog istraživanja 62,9 % medicinskih sestara smatra kako im je ponekad potrebna stručna pomoć ili edukacija.⁴

Imajući dovoljno znanja i kvalitete u svom radu, medicinska sestra u stanju je pridonijeti napretku struke, efikasnosti i efektivnosti zdravstvene njege te liječenja u cjelini. Vještine, iskustvo i znanje sestre najviše utječe na njezinu sposobnost prihvaćanja i provođenja inovacija. Medicinska sestra treba prihvatiti odgovornost za ono što radi i stjecati autoritet u izravnom provođenju sestrinske dokumentacije.

ZAKLJUČAK

Pregledom literature te provedenim istraživanjem o rezultatima uvođenja dokumentacije u zdravstvenu njegu u OB Dubrovnik utvrđeno je statistički značajno poboljšanje kvalitete rada medicinske sestre.

Dobiveni podaci koji upućuju na dodatno opterećenje medicinskih sestara provođenjem sestrinske dokumentacije. rezultat su početnih prilagodbi na proces rada. Ovaj problem mogao bi se riješiti promjenom organizacije rada koja uključuje i detaljniju ekspertizu svih sestrinskih intervencija te njihovo prestrukturiranje. Efikasnost i ušteda vremena ovisi o educiranosti i uvježbanosti medicinskih sestara. Stoga je i rezultat koji je nađen u literaturi gdje 62,9% smatra kako je potrebna edukacija i podrška u procesu zdravstvene njege razumljiv. Istraživanje provedeno u OB Dubrovnik pokazuje obrnuti trend u kojem ispitanice smatraju u 63% slučajeva kako edukacija nije potrebna. Iz utvrđenih rezultata vidljiva je potreba razlučivanja spoznaje o razini znanja i nedostatka vremena, jer ubrzani tempo u procesu njege nameće određene stavove.

Podrška rukovodeće strukture od ključnog je značaja, međutim ona svakako ima podlogu u globalnoj podršci resornog Ministarstva kao i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao ugovaratelja usluga. Visokoobrazovani sestrinski kadar nužan je u procesu provođenja učinkovite zdravstvene njege. Stoga je očekivano da se prepoznaju dosada najviše završeni stupanj školovanja medicinskih sestara na diplomskom specijalističkom studiju te da im se shodno tome priznaju sva prava i obaveze. Isto tako potrebno je omogućiti visoko školovanje što većeg broja medicinskih sestara čime bi se osigurala potrebna stručnost.

Sestrinska dokumentacija sastavni je dio cjelokupnog sadržaja zbrinjavanja korisnika. Stoga ona mora biti nužno prepoznata i implementirana u svakodnevni proces zdravstvene njege. Pri tome je važna usklađenost svih čimbenika od zakonodavnih, profesionalnih, lokalnih do individualnih. U OB Dubrovnik, pokrenut je cjelokupni proces, a provedeno istraživanje prilog je sadašnjim i budućim raspravama kojima je krajnji cilj kvalitetna i profesionalna zdravstvena skrb o korisniku.

LITERATURA

1. Eldar., R. Vrsnoća medicinske skrbi, Medicinska naklada, Zagreb, 2003.
2. LEMON, Stručni tekstovi iz sestrinstva
3. Eldar., R. Quality of Care, Medicinska naklada, Zagreb, 2005.
4. <http://www.hczj.hr/> (broj 14, 7. travanj 2008)

RECENZIJE:

„Sestrinstvo u Hrvatskoj posljednjeg desetljeća obilježava niz promjena što je prikazano u radovima kongresa Upravljanje promjenama u sestrinstvu.

Stručni radovi u zborniku prikazuju aktualna pitanja suvremene sestrinske prakse. Povezuju obrazovanje medicinskih sestara sa kliničkom praksom, prikazuju prijelaz iz uloge studenta u profesionalni život i kako pritom graditi uspješnu karijeru. Naglasak je stavljen na aktualne teme u sestrinstvu: sistematizaciju radnih mjesta, pravne aspekte zbrinjavanja pacijenata, financijske aspekte upravljanja promjenama, upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi, istraživanja u zdravstvenoj njezi.

Posebnu kvalitetu radovima daje njihova zasnovanost na realnoj trenutnoj problematici iz područja sestrinstva – svakodnevnoj sestrinskoj praksi u koju su uspješno utkane teorijske postavke te rezultati provedenih istraživanja.

Radovi kongresa svojom sveobuhvatnošću i sistematičnim pristupom sigurno će dati značajan doprinos razvoju hrvatskog sestrinstva i olakšati medicinskim sestrama da prihvate promjene i uspješno njima upravljaju. „

Snježana Čukljek, prof.

„U Zborniku su kroz pragmatičan pristup prikazani različiti radovi vezani uz područje interesa sestrinske profesije s naglaskom na dinamični proces upravljanja promjenama. Kroz sveobuhvatni pristup koji uključuje školstvo, zakonodavstvo, financiranje, timski rad, strategije razvoja i upravljanja u sestrinstvu, naglašeni su određeni problemi implementacije iskustva u praksu kao i mogućnosti uporabe metoda, alata i rješenja određenih područja. Iskustvo autora koji u praktičnoj primjeni apliciraju prikazane metode dolazi do punog izražaja te otvara horizonte svim članovima tima kojima je prikazano problemsko područje od zajedničkog interesa.

Zbornik je originalno stručno djelo čija posebna stručna vrijednost proizlazi iz realnosti pristupa razmatranju problematike, provedbi istraživanja, ponudi rješenja koja su inspirirana iskustvima iz poslovne prakse u kojoj su autori aktivno sudjelovali, što pridonosi njihovoj autentičnosti i vrijednosti.“

Jadranka Pavić, prof.

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

Antiseptica d.o.o.

Aroma vita d.o.o

Basler osiguranje d.d.

Grand hotel «Adratic», Opatija

Grafex d.o.o.

Hypo banka , Zagreb

Kadulja A. M. d.o.o

Milsing d.o.o

Papirna konfekcija Branko Jagić – Sesvete

Uriho d.o.o.

Zagrebačka županija

Zdravstvena ustanova za njegu i rehabilitaciju Zorica

Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući DOMNIUS

ORGANIZACIJSKI ODBOR