

Plavi FOKUS

Informativno Glasilo Hrvatske Komore Medicinskih Sestara

intervju

**BINAZIJA
KOLESAR**

ODGOVORI

na važna
pitanja



**MEĐUNARODNI
DAN SESTRINSTVA**

Plavi FOKUS

Informativno glasilo
Hrvatske Komore Medicinskih Sestara

IMPRESSUM

Nakladnik:
Hrvatska komora
medicinskih sestara

ISSN: 1845-8165

Glavna urednica:
Dragica Šimunec

Uredništvo:
Biljana Kurtović
Cecilia Grgas-Bile
Marija Kadović
Ljiljana Pomper

Tajnica uredništva:
Anastazija Sorić Uranić

Adresa uredništva:
Hrvatska komora
medicinskih sestara
"Plavi fokus"
Maksimirска 111/2
10 000 Zagreb

E-mail: hkms@hkms.hr

Grafički dizajn i priprema:
Alfacommerce d.o.o.
Zagreb

Tisk:
Alfacommerce d.o.o.
Zagreb

SADRŽAJ

● UVODNIK	3
● FEPI	5
● IZ RADA HKMS	12
● INTERVJU: BINAZIJA KOLESAR.....	13
PITANJA.....	15
● IZVJEŠĆA SA STRUČNIH SKUPOVA	22
● PRIMJER DOBRE PRAKSE	38
● IZ STRANE LITERATURE	40

Tekstovi objavljeni u časopisu Plavi fokus izražavaju mišljenje autora i ne moraju se isključivo podudarati s mišljenjem Uredništva ili službenim stavom Hrvatske komore medicinskih sestara.

UVODNIK

Ovaj svibanjski broj Plavog fokusa vam donosi zanimljivosti iz područja zdravstvene njegi u zemlji kao i sažetke članaka iz svjetske sestrinske prakse. Posebno vam predlažemo da pročitate osrt na vrlo značajno istraživanje Linde Aiken o utjecaju broja medicinskih sestara na smrtnost bolesnika u bolnicama 9 europskih zemalja i SAD-u. Zanimljive članke možete naći i na web stranici www.hkms.hr - EU kutak.

Držimo da bi slično istraživanje u Hrvatskoj sigurno iznjedrilo zanimljive rezultate.

O broju medicinskih sestara, o njihovom manjku treba govoriti oprezno sve dok o tome nemamo preciznih podataka. Ono što imamo je „alat“ za izračunavanje – Sestrinsku dokumentaciju. Unatoč Pravilniku i svim naporima Komore da se dokumentacija obavezno vodi u svim bolničkim ustanovama, po našoj procjeni nije urodila očekivanim rezultatima. Naime uprave bolnica nisu dovoljno čvrsto inzistirale na provođenju, ali nisu ni osigurale uvjete za pravilno vođenje dokumentacije. Često se sestrinska dokumentacija spominje kao „dodatna administracija“ što je u potpunosti pogrešno i predstavlja manipulaciju. Nadamo se vremenima u kojima će se rad vrednovati na temelju relevantne evidencije, a ne na temelju slobodnih procjena, odnosno na temelju „uravnivilovke“.

O opterećenosti i nedostatku medicinskih sestara još se uvek govoriti na temelju slobodnih procjena. No jedno je sasvim sigurno: u velikim kliničkim bolnicama koje su najviše opterećene najviše se „štedi“ baš na medicinskim sestrarama. I ne da se samo štedi, već se po starom običaju medicinskim sestrarama nameću

poslovi koji doista sa zdravstvenom njegom nemaju veze. Činjenica je da medicinske sestre u takvima slučajevima gotovo bez prigovora prihvataju sve poslove, i one iznad i one ispod svojih profesionalnih obaveza. Medicinske sestre moraju biti upoznate s propisima i svjesne svojih profesionalnih obaveza.

Kod toga se malo vodi računa o tome da to sve gledaju pacijenti i da o tome i javno govore. A ono što kažu pacijenti trebalo bi biti najvažnije. I profesionalno i pravno gledajući to je na kraju jedino važno. To znaju najbolje oni koji su se našli ili će se naći oči u oči sa sucima, a oni će pitati „gdje to piše“. Moramo imati na umu da smo preuzimanjem Odobrenja za samostalan rad preuzeli i osobnu odgovornost za postupke iz područja zdravstvene njegi i da za njih u punom smislu odgovaramo, bez iznimke. I samo za te poslove na temelju kompetencija nas obavezuju zakoni, za sve ostale koje nam netko drugi nametne odgovaramo nalogodavcu tko god on bio. Kod toga moramo imati na umu da nas to ne oslobađa obaveze iz našeg profesionalnog djelokruga rada.

Živimo u vrlo ozbiljnim vremenima, pacijenti su vrlo dobro informirani i potpuno je razumljivo da nitko neće umjesto nas preuzimati odgovornost.

12. svibnja se tradicionalno obilježava DAN SESTRINSTVA.

Nadam se da su vas na taj dan počastili vaši poslodavci i suradnici. Iskreno se nadam da 12. svibnja niste na ulicama vadili krv i slično, jer Florence sigurno zbog toga ne bi bila zadovoljna. Ona je još prije više od 100 godina zagovarala profesionalizam, znanje i odgovornost.



Usuđujem se tvrditi da su medicinske sestre najvećim dijelom same odgovorne za svoj status unutar sustava i društva općenito. Zamislimo se nad tim, zamislimo se nad profesionalnim ponašanjem, odijevanjem, komunikacijom tijekom samo jednog dana u bolnici, ambulantni, kući bolesnika.

Naši pacijenti, suradnici, poslodavci, ministri će nas poštovati najmanje toliko koliko poštujemo sami sebe i koliko držimo do svog znanja i načela. ▲

Dragica Šimunec

EUROPSKI IZBORI : NEPOZNATA MOĆ ZA GRAĐANE EUROPSKE UNIJE

Između 22. i 25. svibnja 400 milijuna građana iz 28 država članica Europske unije bit će pozvano na glasačka mjesta. Osim što će odlučiti o novim zastupnicima u Europskom parlamentu, rezultati će imati direktni utjecaj na izbor Europske komisije i njezinog predsjednika/predsjednice.

Europski izbori – koji se održavaju svakih pet godina – omogućuju svim punoljetnim Euroljankama da izaberu tko će ih predstavljati u Europskom parlamentu, jedinoj instituciji Europske unije čiji se članovi biraju direktno. Lako su neki temeljni elementi glasovanja zajednički diljem Europe, države članice mogu odlučiti o mnogim ključnim aspektima procesa izbora, na primjer o tome hoće li glasovanje biti obavezno ili ne.

Svaka država članica poslat će točno određen broj zastupnika u Europskom parlamentu. Danas je tamo 766 zastupnika, a nakon ovih izbora, sukladno Lisabonskom sporazumu, broj će biti smanje na 751 zastupnika (750 zastupnika i predsjednik Parlamenta). Broj zastupnika kreće se od 96 iz Njemačke, države s najviše stanovnika, do 6 za najmanje države. Od 2013. godine i pristupanja Europskoj uniji Hrvatska ima 12 zastupnika u Europskom parlamentu.

Unutar Europskog parlamenta zastupnici formiraju grupacije – klubove zastupnika - temeljene više na ideoološkim sklonostima nego na zemljopisnim okolnostima. Ove transnacionalne obitelji su tako sastavljene od zastupnika različitih nacionalnosti, ali (više ili manje) usporedivih političkih ideja. Trenutno postoji sedam klubova zastupnika u Europskom parlamentu, a tri najvažnije su: Europska pučka stranka - EPP (demokršćani/konzervativci), Progresivni savez socijalista i demokrata (S & D) i Savez liberala i demokrata za Europu (ALDE).

Postoje i drugi, manji, klubovi zastupnika (zeleni, ekstremni ljevičari, euroskeptici itd.).

Dok su većina hrvatskih zastupnika u Europskom parlamentu članovi klubova zastupnika Europske pučke stranke i Progresivnog saveza socijalista i demokrata, jedna od njih je članica kluba zastupnika Europskih konzervativaca i reformista (ECR), a drugi Konfederalnog kluba zastupnika Ujedinjene europske ljevice i Nordijske zelene ljevice (EUL – NGL).



**Od 2013. godine i
pristupanja Europskoj
uniji Hrvatska ima
12 zastupnika
u Europskom
parlamentu.**

DVANAEST DOSADAŠNJIH HRVATSKIH ZASTUPNIKA U EUROPSKOM PARLAMENTU SU:

NAME	NATIONAL PARTY	EP GROUP
MARINO BALDINI	SOCIJAL DEMOKRATSKA PARTIJA HRVATSKE	S&D
BILJANA BORZAN	SOCIJAL DEMOKRATSKA PARTIJA HRVATSKE	S&D
ZDRAVKA BUŠIĆ	HRVATSKA DEMOKRATSKA ZAJEDNICA	EPP
IVANA MALETIĆ	HRVATSKA DEMOKRATSKA ZAJEDNICA	EPP
SANDRA PETROVIĆ JAKOVINA	SOCIJAL DEMOKRATSKA PARTIJA HRVATSKE	S&D
TONINO PICULA	SOCIJAL DEMOKRATSKA PARTIJA HRVATSKE	S&D
ANDREJ PLENKOVIĆ	HRVATSKA DEMOKRATSKA ZAJEDNICA	EPP
DAVOR STIER	HRVATSKA DEMOKRATSKA ZAJEDNICA	EPP
DUBRAVKA ŠUICA	HRVATSKA DEMOKRATSKA ZAJEDNICA	EPP
RUŽA TOMAŠIĆ	HRVATSKA STRANKA PRAVA DR. ANTE STARČEVIĆ	ECR
OLEG VALJALO	SOCIJAL DEMOKRATSKA PARTIJA HRVATSKE	S&D
NIKOLA VULJANIĆ	HRVATSKI LABURISTI – STRANKA RADA	EUL-NGL

Predsjednik / predsjednica Europskog parlamenta bira se na obnovljivi mandate od dvije i pol godine. Na ovom položaju trenutno je Martin Schulz, S & D. Povjesno dvije najveće europske političke obitelji – EPP i S & D – surađuju i dijele položaj među sobom. To znači da svake dvije i pol godine Europski parlament ima ili demokršćanskog/ konzervativnog ili socijalističkog predsjednika koji sjeda u najvišu stolicu u polukrugu.

U početku i do sredine 1980-ih Europski parlament bio je samo konzultativno tijelo sa simboličnim funkcijama i bez stvarnog utjecaja na proces donošenja odluka. Prvi direktni europski izbori održani su 1979. godine i pomogli su širenju političkog spektra i privlačnosti Europskog parlamenta, ali tek od 1986., jedinstvenim europskim aktom, Europski parlament postupno dobiva veće ovlasti.

Stupanjem na snagu Lisabonskog sporazuma, Europski parlament postao je moćan zakonodavac u Europskoj uniji. Europski parlament ima različite ovlasti koje nisu uvijek usporedive s onima nacionalnih parlamenta:

- nadzor izvršne vlasti (Europska komisija i Vijeće Europe)
- zakonodavna vlast kroz suodlučivanje (u dogоворu s Vijećem)

- nadzor nad proračunom (dijeli se s Vijećem)
- imenovanja (Komisija, Europska središnja banka itd.)
- zajednička vanjska i sigurnosna politika, pravo i unutarnji poslovi
- pravo na izglasavanje svih vrsta odluka koje se tiču europskih pitanja.



Unatoč činjenici da Europski parlament nema pravo zakonodavne inicijative (tu ovlast ima samo Komisija), on može prisiliti Komisiju da poduzme zakonodavnu inicijativu o bilo kojem europskom pitanju tako da usvoji oduku o tome.

Sukladno važećem Sporazumu, Vijeće mora uzeti u obzir rezultate izbora kad bira kandidata za mjesto predsjednika Europske komisije, izvršne vlasti Europske unije.

Osobe koje Vijeće Europe imenuje u Kolegij povjerenika Europske komisije, uključujući predsjednika Kolegija, moraju imati odobrenje Europskog parlamenta. Zastupnici u Europskom parlamentu glasuju o predsjedniku Europske komisije nakon što ona/on odgovara na niz pitanja na plenarnoj sjednici. Europski parlament ne može samo odbiti kandidata za Komisiju. Sukladno sporazumu Parlament mora odlučiti o davanju (ili ne davanju) povjerenja cijelom Kolegiju povjerenika. To u prošlosti nije obeshrabrilo Parlament u odbijanju samo jednog kandidata.

Bio je to slučaj iz 2004. talijanskog kandidata za povjerenika Buttiglionea, kojeg su kritizirali zbog njegovog stava o građanskim slobodama. Njegovi odgovori nisu zadovoljili zastupnike za vrijeme saslušanja u Parlamentu, što je prisililo Barroso (sadašnjeg predsjednika Europske komisije) na promjenu sastava Kolegija povjerenika.

Izmjene važećeg sporazuma naglašavaju važnost dolazećih europskih izbora. Prema posljednjim anketama najveće političke grupacije zadržat će oko 70% mesta, ali neizlazak na izbore mogla bi u prvi plan izbaciti ekstremno lijeve i ekstremno desne stranke, budući da njihovi glasovi uvelike rastu. Glas u svibnju je prilika svakog građanina da utječe na sastav Parlamenta i na mnoge ključne odluke koje će se tamo donositi u sljedećih pet godina. ◀

NOVOSTI

LIJEĆNICI UJEDINJENOG KRALJEVSTVA U AUSTRALIJI TRAŽE BOLJI ŽIVOT

Jedinice za hitne slučajeve u Ujedinjenom kraljevstvu suočavale su se s nedostatkom od čak 375 profesionalaca u 2013. godini. Ova situacija još uvijek nije alarmantna, međutim, zahtijeva poduzimanje određenih mjera prije nego situacija ode u nepovrat. Gospođa Vivian White s televizijske postaje BBC sakupila je mnoštvo iskaza vezanih uz ovaj problem. Unatoč rekordnom broju pacijenata, jedinice za hitne slučajeve se bore kako bi educirale i zadržale osoblje, što potvrđuje i Fakultet za hitnu medicinu (College of Emergency Medicine). Zašto onda liječnici odlaze drugdje tražiti posao?

Dr. John Thompson, 46 godina, educirani konzultant u jedinici za hitne slučajeve na University Hospital of North Tees u Stocktonu, sada radi na odjelu hitne medicine u Fremantleu, Zapadna Australija. „Posao je bolji, radno vrijeme je bolje, plaća je bolja, obuka je bolja, posao je dinamičniji” kazao je.

Na nesreću po National Health Service (NHS), Dr. Thompson nije jedini koji se uputio u Australiju raditi. Uistinu, broj diplomiranih medicinskih stručnjaka u Ujedinjenom Kraljevstvu koji rade u Australiji na odjelima hitne medicine je porastao na 60 % u prošlim godinama – od 251 u 2008. godini do 407 u

2012. godini, prema podacima Australian College of Emergency Medicine. Statističke analize u Ujedinjenom Kraljevstvu pokazuju da je milijun ljudi prošlo kroz jedinice za hitne slučajeve od 2010. godine, a UK College of Emergency Medicine ističe da nedostatak liječnika ima ozbiljne posljedice.

„Postoji nedostatak od oko 350 do 375 liječnika diljem zemlje. To odgovara tri četvrtine od milijun potreba konzultacija za pacijente na godinu, koji nisu izvedivjer liječnika nema dovoljno”, izjavio je Dr. Clifford Mann, Predsjednik UK College of Emergency Medicine.

Za one koji su krenuli u Australiju raditi, razlozi su jasni, kaže dr. Thompson: „Pritisci su mnogo manji u Australiji, težište se stavlja na primarno, da moje radno vrijeme bude potrošeno na skrb o pacijentima“ izjavio je. Nadalje, govor i o slučaju liječnika koji odlaze u Australiju te planiraju ostati šest mjeseci, međutim, onda odluče ostati i dulje: „Rekao bih da se više od 50 % liječnika raspituje kako dobiti raspored edukacije iz hitne medicine, jer misle da je bolje raditi u Australiji“, kaže. Iako osjeća krivnju što napušta „brod koji tone“, dr. Muirhead kaže da su nužne hitne reforme kako bi se zadržalo osoblje. „Problem s osobljem bi mogao značiti da će jedinice za hitne slučajevе pr-

estati raditi kako bi trebale“, nadodaje College of Emergency Medicine.

Dr. Mann naglašava kako će se, ukoliko se nešto ne učini s obukom i zadržavanjem osoblja u hitnoj medicini, jedinice za hitne slučajeve pretvoriti u ambulantu, ili ambulantni odjel u kojem neće biti liječnika koji bi pregleđivali pacijente.

„Ono što bismo morali napraviti jest vidjeti kako ćemo upotrijebiti postojeće vještine koje osoblje u bolnici sad ima...da prošrimo ulogu medicinskih sestara, medicinskih tehničara, liječnika, asistenata“... zaključuje profesor Keith Willett, nacionalni direktor za Akutnu njegu Ujedinjenog Kraljevstva. ▲



PODUZETNIŠTVO MLADIH MOŽE SPASITI EUROPУ

Razina nezaposlenosti mladih u Evropi trenutno doseže zabrinjavajuće visoku razinu. Godine koje slijede izgledaju još gore za europsku mladež. Kako bi popravili situaciju u godinama koje dolaze, udruženje „Sljedeća generacija za Evropu“ (NGE-the Next Generation for Europe), novi projekt iz Bruxellesa, predlaže promovirati i osigurati pravu poduzetničku policu osiguranja mladeži Europe.

S 5,6 milijuna nezaposlenih mladih ljudi (ispod 25 godina starosti) u Europskoj uniji, potreba za širokim tržištem rada postaje ogromna. Jedno od rješenja koje bi olakšalo očajnu situaciju europske mladeži jest da se pro-





movira poduzetnička mladež. Uistinu, počeci i male tvrtke su osnove stvaranja posla i zapravo sprječavaju nestanak izgubljene generacije. Poduzetništvo postoji u mnogim oblicima i različitim ulogama: to je alat kojim se razvija talent i potiče inovativnost, ali u trenutnom kontekstu također može biti i rješenje za nezaposlenost.

Naravno, nezamislivo je očekivati kako će se milijuni mlađih ljudi sami zaposliti, ali potencijal postoji. Ključno je steći pravu sliku potencijalnog poduzetništva mlađeži prilikom širenja Jedinstvenog europskog tržišta (ESM-European single market).

Ova potreba nije nastala samo kako bi se „spasila mlađež“. 2050. godine „tradicionalna zapadnjačka ekonomija“ će imati manji udio u globalnom BDP-u nego što je imala 1700. godine. Već u 2020. godini više od polovine svjetskog BDP-a će imati izvor u zemljama u razvoju.

Nadalje, Europa mora ubrzati svoju stopu rasta produktivnosti za 30 %, kako bi došla u korak s prošlom stopom BDP-a po glavi stanovnika. Također, potrebno je uhvatiti se u koštač s rastućim dugovima te crnim tržistem rada.

Europi svakako nedostaje poduzetničkoga duha, u usporedbi s ostalim kontinentima. Europljani, mlađi i stari – više vole raditi kao nečiji zaposlenici, najčešće zbog samog posla i sigurnosti plaće. Ali potencijal je velik: približno četvrtina EU ispitanika Eurobarometra 354, pokrenula je svoj posao ili razmišlja o tome.

Postaje jasno da se razmišljanja mijenjaju, kad je riječ o mlađima. 51% mlađih Europljana (u dobi od 15 do 24 godine) kažu da je „sam svoj šef zaposlenje“ poželjno, za razliku od 18 % u dobroj skupini od 55 +.

Četvrtina mlađih Europljana razmišlja o pokretanju svojih vlastitih tvrtki, dok bi se samo 3% starijih odlučilo za takav korak.

Nedavna istraživanja OECD-a ukazuju na ovaj trend, te proširuju djelokrug sve većeg zapošljavanja po principu „sam svoj šef“. Sljedeća generacija poduzetnika ima velik potencijal rasta: njihove tvrtke u samim začecima imat će dvostruko veći rast u usporedbi s tvrtkama njihovih starijih kolega. Ovi „digitalni domoroci“ mnogo bolje razumiju djelokrug i mogućnosti digitalne ekonomije. Njima je lako postati „multinacionalan“ odmah u početku. Prema studiji European Migration Network (Europska mreža migracija), određeni potencijal mlađih poduzetnika i njihov doprinos društvenom napretku su podcijenjeni.

Nažalost, i dalje postoje brojne prepreke prije nego netko postane mlađi poduzetnik: činjenica da su mlađi, nedostatak iskustva, poteškoće pri nalaštu kapitala, nedostatak osnovnog znanja o poduzetništvu i drugi bitni osnovni uvjeti za uspješno poduzetništvo. Prema Eurobarometru 354, 66 % mlađih koji imaju svoj vlastiti posao kažu kako poduzetničke vještine moraju biti točno precizirane, 73 % kaže da je pristup sredstvima otežan, a 49 % vjeruje da će inovativne platforme sredstava ubrzati poduzetništvo. The European Youth Forum (europski forum mlađih) tvrdi kako je pristup financijskim sredstvima najznačajnija prepreka prilikom pokretanja vlastitog posla.

Kako bi se uklonile ove prepreke, G20 Young Entrepreneurs Alliance (G20 savez mlađih poduzetnika) lobira za omogućavanje infrastrukture, ponudu određenih poreznih postotaka, te prednost u određenoj kategoriji talenta.

Ernst & Young navode pet ključnih imperativa potrebnih za akciju, između ostalog i proširenje mogućnosti izbora alternativnih sredstava, smanjenje prekomjernih regulativa te mijenjanje kulture koja ne tolerira neuspjeh. The International Labour Organisation (međunarodna organizacija rada) na ovu listu želja dodaje i omogućavanje usluga važnih poslova te rasporede za potporu.

Važnost poduzetništva mlađih na razini Europske unije učestalo raste u zadnjih deset godina:

Već je u 2003. godini Europska komisija objavila Zelenu knjigu poduzetništva Europe. EU smatra kako je njihova dužnost da potiču poduzetništvo te da „otključaju potencijal svog posla i građanima“. DG Enterprise and Industry je veoma aktivna na

ovom polju te detaljno promatra razvoj poduzetništva. Međutim, Komisija se nije fokusirala izričito na poziciju i potencijal mladog poduzetništva.

Postoji nekoliko terenskih smjerova koji su u tijeku. Kao prvo, Youth on the Move promovira smjer inicijative i obrazovanja zaposlenika za mlađe u Europi. Pokrenut 2010. god, dio je strategije Europe 2020. Također im je cilj povećati potporu mlađim poduzetnicima, s 200 milijuna funti sredstava od Komisije te od EIB-a.

Nadalje, 2004. godine Komisija je predložila da sve članice EU uvedu obrazovanje za poduzetnike u svojim nacionalnim programima. Samo u nekim državama članicama je ovo postalo stvarnost. Najčešće je i kvaliteta programa slaba, me-

tode su spore, učiteljima nedostaje pravog znanja i informacija, te su veze između škola i poslovanja slabe. Međutim, postoje i istraživanja koja tvrde da je postignut veliki napredak zadnjih godina.

Zaključno, G20 Youth Entrepreneur Summit (YES) (summit mlađih poduzetnika) je nedavno iznio tvrdnju kako će 21. stoljeće biti stoljeće poduzetništva: „U svijetu stalnih promjena, trebamo poduzetništvo više no ikad. Ono je vrijednije, ima inovativna razmišljanja, te je spremno preuzeti rizik – jedino stvara nova radna mjesta i organizacijske strukture. Ono je moćan stroj globalnog rasta, inovacija i zaposlenja“, tvrdi G20 YES. Svakako vrijedi pronaći načine kako bi se dala potpora za slugama mlađih i afirmiranih poduzetnika. ◀

HOĆE LI SE U UJEDINJENOM KRALJEVSTVU ODRŽATI REFERENDUM O EUROPSKOJ UNIJI?

„Jedini način da Britanska laburistička stranka održi nacionalni referendum o članstvu UK-a u EU je taj da predloži prijenos moći iz UK-a u Uniju, što će se malo vjerojatno dogoditi prije 2020.“ – kazao je vođa oporbe u Ujedinjenom Kraljevstvu, Ed Miliband.

U svom govoru održanom na sastanku svoje stranke po pitanju uloge UK-a u Evropi, g. Miliband je izjavio kako EU treba reforme, ali snažno vjeruje da je Britanija bila snažnija u bloku od 28 nacija. „Ovaj slučaj nije samo strategija...vjerujem da postoji neponovljiv slučaj ekonomije kad se govor o našem članstvu u EU“, rekao je.

Ovo mišljenje ne dijele druge stranke UK-a, kao što su Konzervativci, premijera Davida Cameron-a.

Pod pritiskom euroskeptika unutar Konzervativne stranke, te britanske neovisne stranke koja vodi u anketama za izbore za Europski parlament u svibnju, g. Cameron je obećao da će reorganizirati veze UK-a s EU. Cameron se lani obvezao reorganizirati veze UK-a s EU, pri čemu bi održao nacionalni referendum o njihovom članstvu pod novim uvjetima, ukoliko

dobije i drugi mandat u 2015. Premijer će „nastojati sprječiti masovno seljenje i uplitanje Europske unije u policijske i pravne poslove“.

Cilj govora g. Milibanda jest razdvojiti Laburiste od Cameronovih Konzervativaca, pred opće izbore 2015.g. te olakšati probleme u poslovanju međunarodnoj zajednici oko mogućeg izlaska UK-a iz EU.



Čini se da su poslovne organizacije pozdravile ideju vođe laburista za članstvom u EU. „Sazivanje referenduma je odluka koju donose političari. Međutim, poduzetnici vjeruju da su buduće investicije, rast i radna mjesta ovisiti od tome da UK bude konkurentan te s pogledima usmjerenim u smjeru EU-a.”, tvrdi Mike Rake, predsjednik Britanske industrijske konfederacije. Izvršni direktor EEF-ove grupe proizvođača, g. Terry Scuoler kaže da bi „referendum o EU u 2017.g. bio nepotrebna smetnja”.

Zanimljivo je prisjetiti se činjenice da je koalicija Vlade g. Camerona već predstavila zakone koji osiguravaju da će, ukoliko Evropska unija pokuša oduzeti moć Britaniji mijenjanjem britanskog ustava, automatski takva akcija dovesti do referendumu. G. Miliband je čak otišao i korak dalje,

govoreći kako „bi njegova stranka donosila zakone koji bi jamčili da bi bilo kakav takav pokušaj bio okidač za glasovanje protiv”.

Većina medijskih analitičara, kao i sam g. Miliband, insinuiraju kako se takav referendum neće dogoditi u skoroj budućnosti, zato što neće biti promjena u Ugovorima. Međutim, takva situacija nije nemoguća, kako se možda čini g. Milibandu.

Kancelarka Angela Merkel i druge vlade diljem Europe su nedavno u Dublinu, na kongresu Evropske pučke stranke objavili birački program. Ovaj program sadrži glavne prioritete EPP-a za nadolazeće izglasavanje zakona pri Europskom parlamentu. Ova se stranka zalaže za to da se EU transformira u „pravu političku uniju”, u sljedećih pet godina. Još jedna važna tema programa jest podići „obrazo-

vanje Evropske unije”, u borbi protiv euroskepticizma. EPP, koji među svojim članovima ne broji i Konzervativce, još od 2009.g. je najveća parlamentarna stranka u trenutnom sazivu Europskog parlamenta, a ankete pokazuju kako bi to vrlo lako mogla ostati i u sljedećem mandatu.

Želju EPP-a za jedinstvenom političkom unijom dijele i druge stranke unutar Europskog parlamenta. Progresivni savez socijalista i demokrata (S&D), druga najveća skupina u Parlamentu, su također među onima koji su za reviziju Evropskih ugovora u smislu još većeg zblžavanja Unije.

Unatoč raširenom mišljenju, čini se da izjašnjavanja Eda Milibanda još više približavaju mogućnost referendumu o EU u skoroj budućnosti. Naravno, sve će po kazati vrijeme. ◀

POVJERENIK EUROPSKE KOMISIJE ZA ZDRAVSTVO, TONIO BORG, OBRATIO SE SUDIONICIMA NA KONFERENCIJI O POBOLJŠANJU POŠTENJA I JEDNAKOSTI U ZDRAVSTVU EUROPE

18. ožujka 2014.g. europski povjerenik za zdravstvo organizirao je Konferenciju na temu „Zdravlje u Europi, učinimo ga poštenijim”. Spomenuta konferencija okupila je 400 predstavnika država članica, nevladinih organizacija i drugih važnih sudionika, profesionalnih grupacija, akademija i EU institucija.

Europski povjerenik za zdravstvo g. Tonio Borg započeo je konferenciju naglašavanjem važnosti borbe Europe protiv diskriminacije u zdravlju.

Povjerenik je započeo svoj govor podsjećajući na borbu protiv diskriminacije, što je temeljno načelo Evropske unije od njena osnutka. Na području zdravstva Evropska komisija je postigla

značajni napredak: europski zakon zabranjuje diskriminaciju vezanu uz usluge, uključujući i zdravstvene, na temelju rasnih ili etničkih pripadnosti, vjere ili uvjerenja, sposobnosti, godina ili spolne orijentacije. Nadalje, Evropska povelja osnovnih prava osigurala je svima pravo na preventivnu zdravstvenu skrb te pravo na dobrobiti medicinskog tretmana pod uvjetima koje su postavili nacionalni zakoni i prakse.

Istovremeno, povelja jasno govori da će svaka diskriminacija temeljena na osnovama kao što su spol, rasa, etničko ili društveno porijeklo, genetičke predispozicije, jezik, vjera ili uvjerenja, politička ili neka druga mišljenja,

pripadnost manjinama, rođenje, sposobnost, godine ili spolna orijentacija biti zabranjena. Zaštita ovih osnovnih ljudskih prava je osigurana kroz EU legislativu i mjere koje EU institucije provode kroz međunarodne zakone, te mjere koje su važne mnogim organizacijama.

U ovom kontekstu Povjerenik je naglasio da se ova prava moraju poštivati u svakodnevnoj praksi ponašanja građana Europe – poštenje, tolerancija i poštovanje – na radnim mjestima, u zdravstvenim ustanovama te u svakodnevnom društvu.

Nedavno izvješće o zdravstvenim nejednakostima u EU pokazuje da se, unatoč tome što se nejednakost u očekivanom tra-

janju života i smrtnosti dojenčadi među državama članicama EU smanjila u posljednjih 10 godina, nejednakosti u zdravstvu – npr. nejednakosti između bogatih i siromašnih u društvenim grupama - uopće nisu smanjile. Zapravo, u nekim je točkama ta nejednakost još i veća no što je bila.

Kako bi uputila na ove probleme, Europska komisija je organizirala mjere za pomoći državama članicama u smanjivanju ovih nejednakosti u zdravstvu.

Na primjer:

- * Komisija je finansirala zajedničku akciju za nejednakosti u zdravstvu kroz EU Zdravstveni program, podržavajući načelo razvoja na nacionalnoj i regionalnoj razini, uz sudjelovanje zainteresiranih strana.
- * Komisija je također stavila naglasak na smanjenje nejednakosti u Europskom regionalnom fondu za razvoj i investicije u razdoblju od 2014-2020,
- * Proglasila je pristup zdravstvenoj njezi jednim od četiri ključna cilja unutar EU okvira za integracijske strategije romske nacionalnosti i zatražila je od država članica da sve to pretoče u konkretnе i učinkovite mјere. EU fondovi su na raspolaganju za potporu takvim mјerama.
- * Podupire aktivnosti u borbi protiv diskriminacije i stigme u mentalnom zdravlju kroz specifične zajedničke akcije s državama članicama, koje su pokrenute prošle godine.
- * Komisija radi sa svojim partnerima u civilnom društvu i državama članicama, kroz HIV/AIDS civilni društveni forum, s ostalim zainteresiranim stranama, UNAIDS-om

„Zdravlje u Europi, učinimo ga poštenijim“

i agencijama Europske komisije kako bi osnažili pristup ljudskim pravima u tretmanu i prevenciji HIV/AIDS-a i srodnih infekcija.

- * Dodatno, Komisija je poduprla dijalog sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom (WHO), vezano uz zabrinutost LGBT populacije za diskriminaciju u pristupu zdravstvenoj njezi i uz brisanje „transrodnosti“ iz međunarodne klasifikacije bolesti

Komisija nastavlja i sa sljedećim aktivnostima:

- * Nešto kasnije u ožujku, Komisija je pokrenula novu zajedničku akciju o kontroli raka, kako bi pomogla u poboljšanju kvalitete liječenja raka za sve koji to liječenje trebaju te je podržala „Europsku povelju za prava pacijenata“, koju je prošli mjesec objavio Europski odbor za rak.
- * Također postoji i Europsko partnerstvo za inovacije za zdravo i aktivno starenje, koje promovira međuregionalnu suradnju kako bi se poboljšala kvaliteta života starijih građana diljem Europe.

Unatoč brojnim pokušajima, Povjerenik Tonio Borg tvrdi da još uvijek predstoji dugi put koji treba prijeći u borbi za sprječavanje svih oblika diskriminacije za osiguranje jednakosti i poštenja u zdravstvu.

Potrebne su daljnje mјere, posebno razvoj integrirane politike na nacionalnoj razini koja bi

upućivala na uzroke nejednakosti u zdravstvu. To uključuje nejednakosti u dostupnosti zdravstvene njegi kao što su prihodi, obrazovanje, standard života, radni uvjeti, te ponašanje koje utječe na zdravlje – kao što je konzumacija duhana, alkohola te loša prehrana. Kako bi uspješno upozorila na sve ove probleme, Komisija se mora osloniti na djelotvoran i održiv zdravstveni sustav, koji bi mogao osigurati pošteni pristup zdravstvu svima. Povjerenik Tonio Borg je također ustvrdio da veći naglasak treba staviti na posebna područja gdje su diskriminacija i stigma velik problem, što uključuje:

- * etničke manjine, Rome i migrante
- * ljude s posebnim potrebama, mentalnim poremećajima, HIV-om i drugim kroničnim stanjima
- * ljude koji su izloženi diskriminaciji na temelju spolne orientacije, spola, godina i
- * ljude smanjenih ekonomskih mogućnosti, one pogodene financijskim problemima djelomično uzrokovanih nezaposlenošću.

Kao zaključak, Povjerenik Tonio Borg je u potpunosti priznao da pošteno zdravstvo u Europi nije nešto što neka vlada ili pojedina institucija može postići sama, niti se to može postići preko noći. Sve to zahtijeva pravo partnerstvo i održivu suradnju u cijelom društvu. Najviše od svega, to zahtijeva predanost individualaca, koji timski rade na tome da se cilj i ostvari. ◀



RAD TIJELA HKMS OD OŽUJKA 2014.

Sjednica Vijeća Hrvatske komore medicinskih sestara održana je 15. listopada 2013.

Donesene su sljedeće odluke:

- * Odluka o imenovanju članova Upravnog odbora Zaklade medicinskih sestara Hrvatske komore medicinskih sestara,
- * Odluka o imenovanju člana Povjerenstva za bolničku djelatnost i predsjednika Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu.

Održana je sjednica Stručnog vijeća na kojoj se, uz rad na predmetima, raspravljalo o sestrinskoj dokumentaciji za dnevne bolnice.

Redovne sjednice održala su Povjerenstva za stručna pitanja i trajno usavršavanje, stručni nadzor, primarnu zdravstvenu zaštitu, etička pitanja i staleška pitanja.

ZAKLADA MEDICINSKIH SESTARA HRVATSKE KOMORE MEDICINSKIH SESTARA

Zaklada HKMS, sada već u osmoj godini, postajanja i dalje je otvorena za potrebe naših sestara. U utorak, 29. travnja, na svom redovitom mjesecnom sastanku, Upravni odbor je razmatrao sve pristigle zamolbe i pitanja. Uz riječi upraviteljice Lejdi Orebić o budućem radu Zaklade, cijenjeni članovi Upravnog odbora: dr. Ivan Čelić, g. Hrvoje Jukić, gđa. Barica Hršak i g. Andrija Stojanović, odabrali su upravo g. Stojanovića za predsjednika Upravnog odbora u sadašnjem sazivu.

*Zaklada naše Komore želi svim
sestrama sretan Dan sestrinstva,
ponosna na sve njih koje daju svoj
rad za pomoći potrebnima.*

► razgovarala: Marija Kadović

GĐA. BINAZIJA KOLESAR - glavna sestra ratne bolnice Vukovar

Poštovana kolegice, iskreno zahvaljujem što ste našli vremena gostovati u informativnom glasilu HKMS „Plavi Fokus“. Glavni povod za razgovor je naravno priznanje koje ste dobili krajem prošle godine. Naime, Medalju Florence Nightingale uručio Vam je Predsjednik Republike Ivo Josipović na svečanosti Hrvatskog crvenog križa u Zagrebu u prosincu 2013. godine. Ona je najviše međunarodno priznanje koje mogu primiti medicinske sestre za iznimnu hrabrost i odanost u pomaganju žrtvama oružanog sukoba, poštivanje Ženevskih konvencija o zaštiti ranjenika i doprinos u području javnog zdravlja.

**Kakvo značenje ovakvo priznanje ima za Vas?
Možete li se zaista poistovjetiti s profesionalnom ulogom Florence Nightingale?**

Medalja FLORENCE NIGHTINGALE koju mi je 12. svibnja 2013. god. dodijelio Međunarodni crveni križ, a na prijedlog Glavnog odbora Nacionalnog društva Hrvatskog crvenog križa, sigurno mi puno znači. Mislim da je to nagrada za moj sveukupni rad u sestrinstvu. Nagradu mi je 09. prosinca 2013. godine uručio Predsjednik Republike Hrvatske gospodin Ivo Josipović. Poistovjetiti se s Florence Nightingale bilo bi neskromno.

Florence Nightingale je ustrojila zvanje medicinske sestre u vrlo teškim ratnim uvjetima. Na ratištu je sa svojim timom pružala svesrdnu pomoć ranjenicima, sigurno u težim uvjetima negoli možemo zamisliti.

Takvo priznanje zasljužuju medicinske sestre osebujnog životopisa, onakvog kakav je Vaš. Kako je tekao Vaš profesionalni život? Kad ste postali medicinska sestra?

Profesionalni dio moga života započeo je kad sam, nakon završene Gimnazije u Vukovaru, upisala trogodišnji redoviti studij na Višoj medicinskoj školi u Osijeku. Tek sam se kroz školovanje upoznala s djelokrugom rada medicinske sestre. Nakon završenog studija zaposlila sam se 1961. godine u Općoj bolnici Vukovar, a od 1962. do 1991.g. obnašala sam posao glavne sestre Kirurškog odjela, te s radom nastavljam u Ratnoj bolnici Vukovar. U progonstvu radim u KB „Merkur“ u Zagrebu, a zatim u Ministarstvu zdravstva RH. Slijedi deset mjeseci mirovine i ponovo rad od 1997. u Vukovaru - u Povjerenstvu za provedbu mirne reintegracije zdravstva hrvatskog Podunavlja. Kao umirovljenica i danas radim na projektima vezanim za ratnu 1991. godinu.

Kako je bilo biti glavna sestra Ratne bolnice Vukovar? Jeste li bili spremni za takav zadatak i otkuda ste crpili snagu?



Bilo je teško i vrlo odgovorno. Ne mogu reći da sam bila spremna za takav zadatak, jer rat se najmanje očekuje. No, izvanredni događaji iziskuju spremnost u svim uvjetima. *Tko je ostao raditi u Ratnoj bolnici Vukovar, a ostao je dragovoljno, u takvim teškim uvjetima crpio je snagu iz uvjerenja da pomaže ranjenima i nemoćnima.*

Kako ste hrabrili svoje medicinske sestre da budu profesionalci u trenutku kad su im životi bili ugroženi?

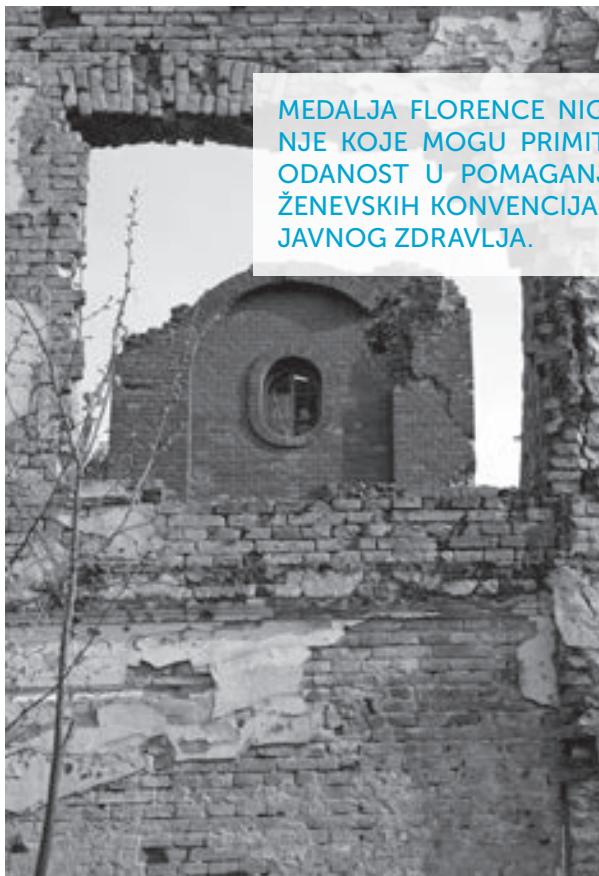
Hrabrili smo se međusobno, a profesionalno smo obavljali naporan rad, u nemogućim uvjetima. Malo smo razmišljali o vlastitoj ugroženosti.

Jeste li ikad htjeli odustati od svojeg profesionalnog poziva?

Profesiju koju sam izabrala za životni poziv ranije nisam poznavala, ali kroz studiranje i rad dobro sam je upoznala i nikada ne bih odustala od rada medicinske sestre.

Pomiče li se u situaciji rata i neimaštine, smrti i beznadja granica profesionalne etike? Kakav je bio sestrinski pristup pacijentima? Granica između osobnih tragedija i profesionalnosti?

Teško je odgovoriti na postavljeno pitanje i u nekoliko rečenica opisati naporni rad cijelokupnog osoblja Ratne bolnice Vukovar. Svatko od nas je doživio vrlo teške trenutke, o kojima bi se moglo dugo i dugo pisati.



MEDALJA FLORENCE NIGHTINGALE JE NAJVIŠE MEĐUNARODNO PRIZNANJE KOJE MOGU PRIMITI MEDICINSKE SESTRE ZA IZNIMNU HRABROST I ODANOST U POMAGANJU ŽRTVAMA ORUŽANOG SUKOBA, POŠTIVANJE ŽENEVSKIH KONVENCIJA O ZAŠTITI RANJENIKA I DOPRINOS U PODRUČJU JAVNOG ZDRAVLJA.

Što ste poduzimali kako biste povećali kvalitetu života/lječenja svojim pacijentima u trenucima preživljavanja i borbe za goli život? Je li se išta uopće moglo učiniti?

Kroz tromjesečni rad u teškim ratnim uvjetima, trudili smo se da nedostatak adekvatnog radnog prostora, nedostatak lijekova, posteljine, hrane, vode i energenata, *ne bude razlog da se ranjenicima i bolesnicima ne pruži potrebna pomoć i lječenje.*

Koje kvalitete iz čovjeka izvuče borba za opstanak? Je li nada bila ugašena i prije dana kad je Vukovar pao?

Rad u neljudskim uvjetima daje snagu da se sve nedaće savladaju, da se zaboravi strah i neizvjesnost ishoda.

Koliko Memorijalni Centar u Vukovaru danas može našoj djeci, mladim medicinskim sestrama prikazati značaj ratnog bolničkog tima i vrijednosti borbe za zajednički cilj?

Je li to njima važno?

Mjesto sjećanja „Ratna bolnica Vukovar 1991. godine“ može djelomično prikazati rad i značaj bolničkog tima, - mladim medicinskim sestrama kao i ostalim posjetiteljima i podsjećanje je na vrijednost borbe za zajednički cilj.

Kakvi su osjećaji danas, u danima kad toliko ljudi svake godine pristupa povorci sjećanja, kad se otvaraju stare rane Grada Vukovara, kad se politika opet lomi u njemu?

Vukovar je grad velikog ratnog stradavanja stanovnika, ali i uništavanja njegovog dugotrajnog postojanja i kulture. Povorce ljudi, koje su prisutne u koloni sjećanja u studenome svake godine, potvrda su poštovanja žrtvama Vukovara.

Vukovarska bolnica danas...

Opća županijska bolnica u Vukovaru danas je suvremena zdravstvena ustanova, dobro opremljena suvremenim dijagnostičkim aparatima i raspolaže dobro educiranim kadrovima.

Sad je to bolnica kakvu su zaslužili napačeni građani Vukovara i okolice.

Kakva su Vaša razmišljanja o sestrinstvu danas? Jesu li hrvatske sestre spremne za budućnost u Europskoj uniji? Možemo li svi naučiti nešto iz Vašeg iskustva?

Ono što moja generacija medicinskih sestara nije mogla ostvariti jest nastavak školovanja u struci. Danas je školovanje dostupno svim medicinskim sestrama koje žele napredovati u struci. Školovanje im je dostupno na više razina, što će svakako doprinijeti boljoj educiranosti medicinskih sestara, te boljem i stručnjijem pristupu bolesnicima. Očekujem da školovanje medicinskih sestara bude usklađeno sa školovanjem u Europskoj uniji.

Vama bliske osobe opisuju Vas kao otvorenu, jednostavnu osobu, kao pravog radnika. Jeste li Vi danas sretna i ispunjena osoba?

Na ovo Vaše pitanje nemam adekvatan odgovor, ali mogu reći da me moje kolegice i posebno bliske osobe, upravo tako opisuju i doživljavaju. Danas se osjećam sretnom ispunjenom osobom.

Hvala Vam na razgovoru i u ime cijelokupnog uredništva želimo Vam sretan Međunarodni dan sestrinstva! ◀





HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

**Ravnatelj:
prim. SINIŠA VARGA,
dr.med.dent.**



Već dvije godine na snazi je propis koji obvezuje medicinske sestre na evidentiranje svih provedenih postupaka kod bolesnika koji u bolnici borave više od 24 sata. Kako se radi o konkretnom alatu koji HZZO-u može osigurati važne podatke, možete li nam reći kako to HZZO koristi?

Sestrinska dokumentacija služi za evidentiranje postupaka iz kompetencije medicinskih sestara. Podaci o provedenim postupcima sestrinske njegi koriste se za nadzor nad stručnim radom medicinskih sestara kao i za kontrolu provedenih zdravstvenih usluga u ustanovi, te praćenje vrste izvršenih zdravstvenih usluga.

Medicinske sestre čine više od 50% zdravstvenih djelatnika u sustavu zdravstva RH i slijedom toga kvaliteta i kvantiteta njihovog rada utječe na rezultate liječenja, odnosno finansijske pokazatelje poslovanja HZZO-a, jeste li razmišljali o otvaranju radnog mjesta za medicinsku sestru u HZZO-u?

U sklopu izrade nove sistematizacije radnih mesta u HZZO-u razmatra se i mogućnost zapošljavanja medicinskih sestara različite razine obrazovanja na više radnih mesta.

Obzirom na „politiku ranog otpuštanja“ iz bolnica, sve veći broj bolesnika koji zahtijevaju nastavak skrbi završava na ponovnoj hospitalizaciji zbor razvoja komplikacija.

Što bi, prema Vašem mišljenju, pomoglo rješavanju ovog problema i boljem zbrinjavanju bolesnika nakon otpusta iz bolnice (što bi, ako ništa drugo, značilo smanjenje troškova ponovne hospitalizacije)?

Kako bi se spriječile komplikacije bolesnika nakon otpuštanja iz bolnice na kućnu njegu potrebno je svakako osnažiti sestrinsku njegu na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Da bi se to postiglo, važno je popuniti Mrežu javne zdravstvene službe u djelatnosti zdravstvene njegi u kući osigurane osobe, kao i raditi na dalnjem razvoju navedene struke. Pri tome ne smijemo zaboraviti na važnost patronažnih medicinskih sestara čiju ulogu bi trebalo pojačati u zajednicama u kojima djeluju. Napominjem da, u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave osiguravaju uvjete za zaštitu, očuvanje i poboljšanje zdravlja stanovništva, organiziraju i osiguravaju ostvarivanje zdravstvene zaštite na svom području, te koordiniraju rad svih pravnih i fizičkih osoba koje na području jedinice područne (regionalne) samouprave obavljaju zdravstvenu djelatnost. Stoga i lokalna i regionalna samouprava moraju preuzeti na sebe dio odgovornosti za zbrinjavanje osobe nakon otpusta iz bolnice. ▲

HRVATSKI STRUKOVNI SINDIKAT MEDICINSKIH SESTARA – MEDICINSKIH TEHNIČARA

**ANICA PRAŠNJAK,
prvostupnica sestrinstva, predsjednica
Glavnog vijeća**

Možete nam pojasniti kako se moglo dogoditi da u Uredbi o plaćama nema medicinske sestre VSS (VII stupanj HKO)?

U svezi Vašeg upita, a koji glasi : „Možete nam pojasniti kako se moglo dogoditi da u Uredbi o plaćama nema medicinske sestre VSS (VII stupanj HKO)”, a nakon savjetovanja s našom pravnom službom, pojašnjavam da Uredbu o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama donosi Vlada RH kao samostalni akt. Činjenica je da donošenje Uredbe kao i njezinih izmjena nije u nadležnosti Sindikata, te stoga smatramo da bi Vaš upit trebalo poslati Ministarstvu zdravlja kao resornom ministarstvu. Napominjem da je Sindikat usprkos svemu dao svoje primjedbe na Izmjene i dopune Uredbe, u svezi VSS medicinskih sestara, te dostavio Ministarstvu zdravlja, a isto tako i Ministarstvu uprave. ▲

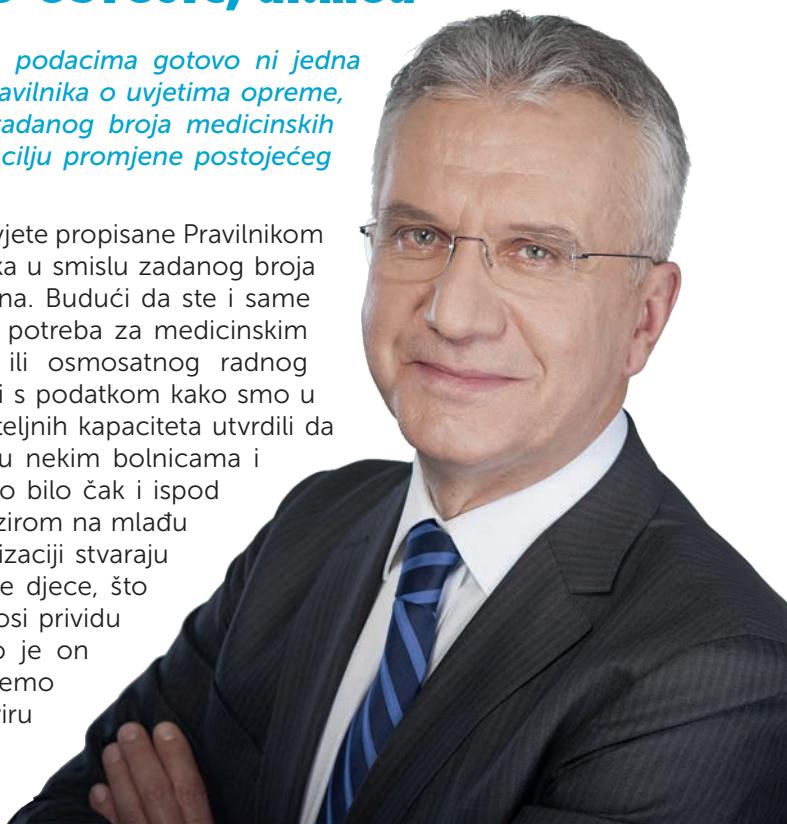


MINISTAR ZDRAVLJA prof.dr.sc. RAJKO OSTOJIĆ, dr.med



Prema svim javno dostupnim podacima gotovo ni jedna bolnica ne ispunjava uvjete Pravilnika o uvjetima opreme, prostora i radnika u smislu zadanog broja medicinskih sestara. Što će se poduzeti u cilju promjene postojećeg stanja?

Tvrđnja da gotovo ni jedna bolnica ne ispunjava uvjete propisane Pravilnikom o minimalnim uvjetima opreme, prostora i radnika u smislu zadanog broja medicinskih sestara po mom je mišljenju paušalna. Budući da ste i same u više navrata ukazivale kako zasnivati procjenu potreba za medicinskim sestrama isključivo na osnovu broja postelja ili osmosatnog radnog vremena nije zadovoljavajuće, želim vas upoznati s podatkom kako smo u okviru analize stanja popunjenošći bolničkih posteljnih kapaciteta utvrdili da je prosječna popunjenošć postelja oko 75 %, a u nekim bolnicama i nekim djelatnostima u pojedinim mjesecima je to bilo čak i ispod 40%! Ti podaci govore sami za sebe. Također obzirom na mlađu populaciju medicinskih sestra probleme u organizaciji stvaraju i bolovanja trudnica ili bolovanja radi njene male djece, što je njihovo neosporivo pravo, međutim to pridonosi prividu većeg nedostatka medicinskih sestara nego što je on činjenično. Egzaktniji odgovor na to pitanje očekujemo u cjelevitoj analizi stanja ljudskih resursa u okviru izrade Strateškog plana razvoja ljudskih resursa u sustavu zdravstva.



“...fakultetski obrazovana medicinska sestra zasigurno znači bolju organizaciju posla, bolju preventivu, što u konačnici, a to je najvažnije, vodi i do kvalitetnije skrbi za pacijenta.”



Možete li nam navesti razlog zbog kojeg su visokoobrazovane medicinske sestre (VII stupanj HKO) izostavljene iz Uredbe o plaćama, obzirom da se radi o malom broju mogućih radnih mesta, što bi trebalo značiti i malim financijskim izdvajanjima?

Iako se samom pacijentu može činiti da je svejedno ima li ili nema završen fakultet medicinska sestra koja ga njeguje, s organizacijskog i stručnog stajališta to zasigurno nije svejedno. Naime, fakultetski obrazovana medicinska sestra zasigurno znači bolju organizaciju posla, bolju preventivu, što u konačnici, a to je najvažnije, vodi i do kvalitetnije skrbi za pacijenta.

Stoga visoko obrazovane medicinske sestre i medicinski tehničari imaju svoje mjesto i važnu ulogu u organizaciji rada i osiguravanju kvalitete pružanja zdravstvenih usluga na svim razinama zdravstvene zaštite. Obzirom na njihov relativno mali broj, u Uredbi o koeficijentima za plaće u javnim službama, za njih su predviđena položajna radna mjesta, koja podrazumijevaju upravljačke i organizacijske poslove.

U sistematizacijama zdravstvenih ustanova visoka stručna spremu predviđena je, na primjer, za voditelje nezdravstvenih i za voditelje tehničkih službi. Znači li to da je zdravstvena njega za sustav pružanja zdravstvene zaštite manje važna i odgovorna od navedenih?

U zdravstvenim ustanovama uglavnom su za visokoobrazovne sestre predviđena i sistematizirana radna mjesta pomoćnice za sestrinstvo,

odnosno glavnih sestara ustrojstvenih jedinica u zdravstvenoj ustanovi, dok je centralno mjesto rezervirano za najveći broj medicinskih sestara sa srednjom stručnom spremom koje su glavni nositelji zdravstvene njage bolesnika.

Nakon usvajanja Nacionalnog plana razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolница, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2014.-2016. pristupit će se i njegovoj implementaciji kroz koju će se ocijeniti i definirati potrebna dodatna radna mjesta u bolničkom sustavu, za koje će se tražiti kompetencije visokoobrazovane medicinske sestre.

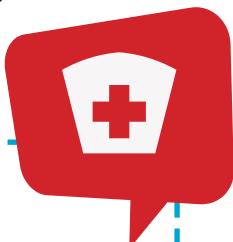
Hrvatska liječnička komora, Zbor i Sindikat iznose da u RH nedostaje 4000 liječnika. Ako znamo da je prosjek EU odnosa broja liječnika na broj medicinskih sestara 1:4, o kojem manju medicinskih sestara govorimo u RH? Osim toga, sukladno Zakonu o sestrinstvu i Anexu 5, Direktive 2005/36/EK, u Republici Hrvatskoj ima manje od 7000 medicinskih sestara koje su ovlaštene za samostalno planiranje i provođenje zdravstvene njage. To znači da u RH na dva liječnika imamo jednu medicinsku sestru. Kako Vi kao ministar nadležan za zdravstvo gledate na taj problem?

Nedostatak od oko 4.000 liječnika je procjena Hrvatske liječničke komore, a nije mi poznato na temelju čega je dana upravo takva procjena. Što se tiče usporedbe broja doktora medicine na 100.000 stanovnika u Hrvatskoj s prosjekom Europske unije prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije za 2010.g. (službeno dostupni podaci) Hrvatska ima manji broj od

prosjeka, ali nije i posljednja na ljestvici s brojem 278 na 100.000 stanovnika. Iza Hrvatske po toj usporedbi su npr. Velika Britanija s 271, Slovenija 243, Poljska 261, Luxemburg 277...

Prema podacima kojima raspolaže Ministarstvo zdravlja, u 2013. godini je bilo 33.907 licenciranih članova Hrvatske komore medicinskih sestara. Naravno, nisu svi članovi HKMS-a zaposleni u zdravstvenom sustavu. U Hrvatskom zdravstveno-statističkom ljetopisu stoji da je na dan 31. prosinca 2012. u zdravstvu bilo zaposleno 25.868 medicinskih sestara i da su na jednog stalno zaposlenog liječnika u 2012. bile zaposlene dvije medicinske sestre.

To su službeni podaci koje svatko može pronaći na Internetu. Činjenica je da je broj medicinskih sestara na 100.000 stanovnika u Republici Hrvatskoj niži od prosjeka u drugim članicama Europske unije, no to nije novi problem. Prema podacima iz baze Svjetske zdravstvene organizacije - Health for All Database, godine 1998. broj sestara je u RH je bio 474, a u EU 777 na 100.000 stanovnika. U 2011. je taj omjer bio 579 u RH, a u EU 835 sestara na 100.000 stanovnika. Dakle, relativni manjak medicinskih sestara u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske je dugoročni izazov za koji ne postoji jednostavna rješenja ostvariva "preko noći".



Što Vi kao ministar zdravlja, ali i iskusni klinički liječnik možete poručiti medicinskim sestrama u smislu poboljšanja njihovog statusa kroz naredne dvije godine?

Uz donošenje Nacionalnog plana razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolница, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2014.-2016., koji se planira usvojiti u Hrvatskom saboru do kraja lipnja ove godine, pri dovršetku smo izrade i drugog ključnog dokumenta - Strateškog plana razvoja ljudskih resursa u zdravstvu od 2014.-2016., koji bi trebao odgovoriti na neke izazove današnjice našeg zdravstvenog sustava kao što je i nedostatak liječnika i medicinskih sestara, ali i drugih zdravstveni i suradnih nezdravstvenih struka.

Strateški plana razvoja ljudskih resursa u sustavu zdravstva je dokument koji će na temelju analiza trenutnog stanja i tren-dova, prepoznati nedostatke i potrebe za ljudskim resursima u zdravstvenoj skrbi, definirati okosnicu i predložiti mehanizme za osiguranje adekvatnog zapošljavanja, zadržavanja, obrazovanja i profesionalnog razvoja zdravstvenih radnika, posebno u kontekstu članstva Hrvatske u Europskoj Uniji.

Također predložiti kako realno angažirati i rasporediti postojeće resurse kako bi se postigla maksimalna djelotvornost i dostupnost zdravstvene zaštite, ali i predložiti ekonomski održiv sustav nagrađivanja i poticanja radnika u zdravstvu.



Zaključno moja poruka svim medicinskim sestrama je da izuzetno cijenim njihov rad i smatram ih, kao nositelje zdravstvene njegе bolesnika, ključnim sudionicima u osiguravanju kvalitete pružanja zdravstvenih usluga na dobrobit naših pacijenata, te da ću poduzeti sve što je moguće u okviru trenutne ekonomске situacije, da se podrže vaše težnje na području obrazovanja i profesionalnog razvoja, unaprijedi vaša struka i osiguraju vam se uvjeti rada i zaslужeni status medicinske sestre odnosno medicinskog tehničara kao što je to i u drugim članicama Europske unije i standardu kojem težimo. ▶



Dr. sc. SONJA KALAUZ



Voditeljica diplomskog specijalističkog studija MENADŽMENT U SESTRINSTVU

Kakve su perspektive razvoja visokog obrazovanja medicinskih sestara u Hrvatskoj, budući da smo punopravna članica EU?

Postoji još niz problema koje treba riješiti u vertikali obrazovanja medicinskih sestara. Kao što je poznato u Hrvatsku je kroz Bolonjski proces uveden sustav binarnog obrazovanja, odnosno paralelni sustav stručnih i sveučilišnih studija. Osnovni problem školovanja medicinskih sestara na stručnim studijima jest nemogućnost prolaznosti kroz obrazovnu vertikalnu do razine doktorskog studija, nemogućnost razvoja znanstveno-istraživačkog rada (insuficijentnost nastavnog programa u odnosu na znanstveno istraživački rad) i razvoj složenih specijalizacija (nedostatak teorije i prakse zasnovane na činjenicama-EBNP). Slijedeći problem koji se nameće kroz binarni sustav obrazovanja jest obveza školovanja medicinskih sestara prema Direktivi 2005/36 EC i Direktivi 2013/55 EU koje propisuju minimalne standarde školovanja (najmanje tri godine školovanja, 4 600 sati nastave od čega 50% praktične nastave i 2/3 sadržaja vezanih uz područje zdravstvene njegе). Sadržaji curriculuma su propisani Anexom 5 Direktive 2005/36 EC. Dakle sadržaji stručnih i sveučilišnih dodiplomske studije sestrinstva trebaju biti istovjetni.

Što se učinilo po tom pitanju?

Na temelju preporuka međunarodnih stručnjaka i predstavnika Europske komisije, a prije pristupanja Europskoj Uniji, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta je zatražilo da Agencija za znanost i visoko obrazovanje provede tematsko vrednovanje studijskih programa u području zdravstva. Akreditacijski savjet je 24. rujna 2012. godine donio odluku o pokretanju vrednovanja, metodologiji i recenzentima, a vrednovanje je provelo dvadeset međunarodnih stručnjaka za obrazovanje zdravstvenih djelatnika koji su prvenstveno provjerili uskladenost svakog studijskog programa s odredbama Direktive 2005/36 EC. Stručnjaci Europske komisije su 2008. i 2012. godine posjetili nadležna tijela i obrazovne ustanove koje u Republici Hrvatskoj obrazuju zdravstvene djelatnike kako bi provjerili je li obrazovanje za regulirane profesije u

području zdravstva u Republici Hrvatskoj uskladeno, odnosno je li Hrvatska kao buduća zemlja članica Europske unije poduzela potrebne korake za primjenu Direktive. Ocjene recenzentata su istaknule da je u području obrazovanja medicinskih sestara potrebno učiniti dodatne napore na unapređenju studijskih programa, a osobito je nužno uskladiti trajanje programa s brojem sati minimalnog obrazovanja koje propisuje Direktiva, unaprijediti programe u dijelu koji se odnose na kliničku praksu te dopuniti sadržaj studijskih programa u skladu s odredbama Direktive. Slijedom preporuka iz tematskog vrednovanja Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta pozvalo je sva visoka učilišta koja izvode studijske programe sestrinstva da ih usklade s odredbama Direktive 2005/36/EC koja detaljno propisuje minimalne uvjete za obrazovanje medicinskih sestara čime je određeno da edukacija traje najmanje tri godine ili 4.600 sati teorijskog i kliničkog osposobljavanja, da teorijska nastava treba iznositi 1/3 ukupnog trajanja studijskog programa kao i da klinička praksa treba iznositi 1/2 ukupnog trajanja studijskog programa. Direktivom su također propisani i obvezni sadržaji koje program obrazovanja za medicinsku sestruru treba obuhvaćati. Predstavnici visokih učilišta su zaključili kako bi najkvalitetnije rješenje bilo donošenje zajedničkog obveznog dijela studijskog programa sestrinstva koji bi se donio u skladu s odredbama Direktive, a na temelju kojeg bi visoka učilišta dodatno uskladila svoje studijske programe. Stoga je ministar znanosti, obrazovanja i sporta 6. studenoga 2013. službeno imenovao Radnu skupinu u koju su uključeni predstavnici svih visokih učilišta koji izvode preddiplomske studijske programe sestrinstva.

Prijedlog zajedničkog dijela programa studija sestrinstva napravljen je u skladu sa europskim zakonodavstvom o minimalnom potrebnom obrazovanju u području reguliranih profesija (Direktiva 2005/36/EC), Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju i njegovim izmjenama i dopunama (NN 123/03, 198/03, 105/04, 174/04., 46/07. i 63/11.), Zakonom o osiguranju kvalitete u znanosti i visokom obrazovanju (NN 45/09.) te hrvatskim kvalifikacijskim okvirom. Predloženi zajednički dio studijskog programa

sadrži 158 ECTS bodova od predviđenog student-skog opterećenja za tri (3) godine studija od 180 ECTS bodova što čini 87,7% studijskih programa.

Ostali dio studijskog programa – izborni kolegiji prepušteni su izradi stručnjaka visokoobrazovnih institucija ponaosob.

Nadamo se da će se u akademskoj godini 2014/2015 početi provoditi ovaj novi, naciona-lni curriculum, na svim bilo sveučilišnim ili stručnim studijima.

Slijedeći korak bi trebao biti dogovor, ponovo na nacionalnoj razini, o izradi core curriculuma za diplomske sveučilišne studije, iza kojih bi završeni diplomanti mogli upisati doktorske studije i tako završiti najvišu razinu formalnog znanstvenog obrazovanja.

Što je s usklađenošću s europskim i hrvatskim kvalifikacijskim okvirom

Europski kvalifikacijski okvir (EQF), u skladu s kojim je donesen hrvatski kvalifikacijski okvir (HKO), je sustav povezivanja i usklađivanja obrazovnih sustava europskih država.

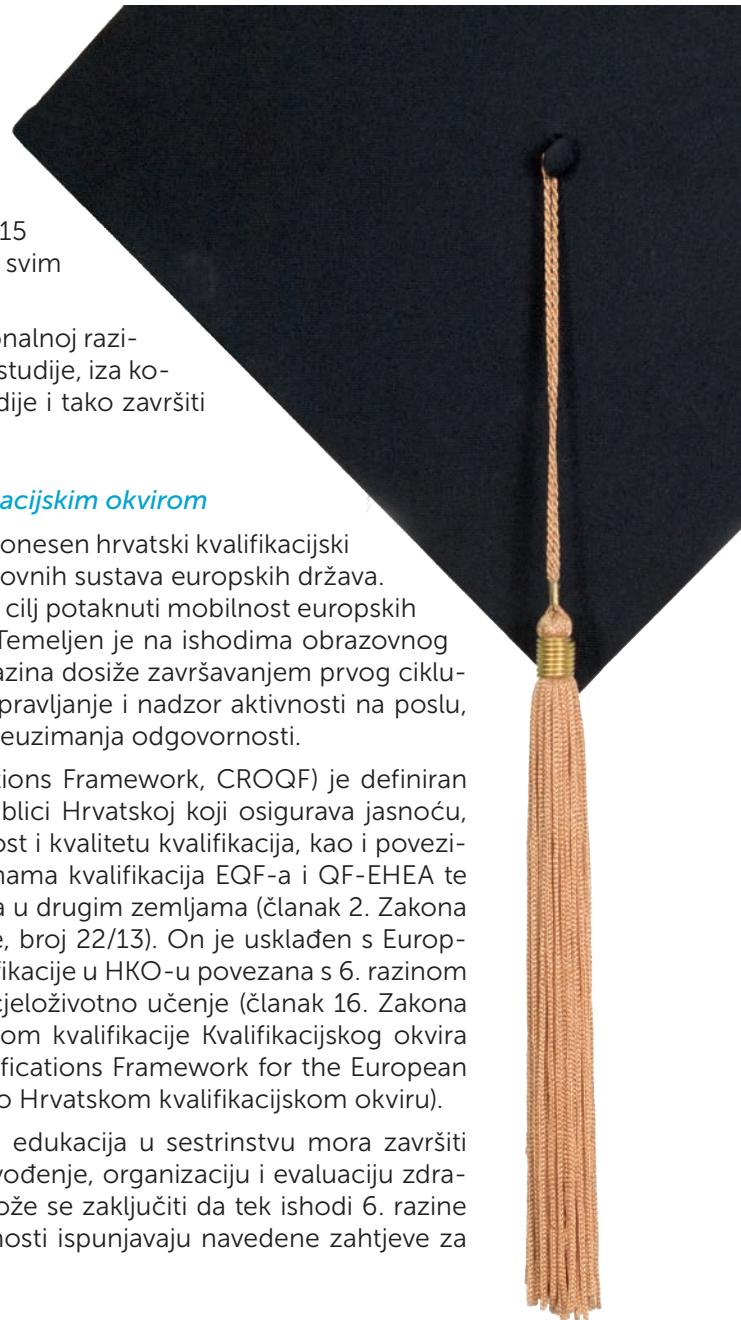
Od 2008. godine kada je formalno promoviran ima za cilj potaknuti mobilnost europskih građana i urediti prostor cjeloživotnog obrazovanja. Temeljen je na ishodima obrazovnog procesa i podijeljen je u osam razina pri čemu se 6. razina dosiže završavanjem prvog ciklusa visokog obrazovanja i podrazumijeva planiranje, upravljanje i nadzor aktivnosti na poslu, donošenja odluka u novonastalim situacijama kao i preuzimanja odgovornosti.

Hrvatski kvalifikacijski okvir (engl. Croatian Qualifications Framework, CROQF) je definiran kao instrument uređenja sustava kvalifikacija u Republici Hrvatskoj koji osigurava jasnoću, pristupanje stjecanju, utemeljeno stjecanje, prohodnost i kvalitetu kvalifikacija, kao i povezivanje razina kvalifikacija u Republici Hrvatskoj s razinama kvalifikacija EQF-a i QF-EHEA te posredno s razinama kvalifikacija kvalifikacijskih okvira u drugim zemljama (članak 2. Zakona o Hrvatskom kvalifikacijskom okviru (Narodne novine, broj 22/13). On je usklađen s Europskim kvalifikacijskim okvirom, pa je tako 6. razina kvalifikacije u HKO-u povezana s 6. razinom kvalifikacije u Europskom kvalifikacijskom okviru za cjeloživotno učenje (članak 16. Zakona o Hrvatskom kvalifikacijskom okviru) kao i s 1. razinom kvalifikacije Kvalifikacijskog okvira Europskog prostora visokog obrazovanja (engl. Qualifications Framework for the European Higher Education Area, QF-EHEA) (članak 17. Zakona o Hrvatskom kvalifikacijskom okviru).

Imajući u vidu Direktivu 2005/36/EC koja navodi da edukacija u sestrinstvu mora završiti ishodima koji osiguravaju samostalno planiranje, provođenje, organizaciju i evaluaciju zdravstvene njegе, kao i navedene zakonske odredbe, može se zaključiti da tek ishodi 6. razine europskog/hrvatskog kvalifikacijskog okvira u potpunosti ispunjavaju navedene zahtjeve za obrazovanje medicinskih sestara.

Čitali smo, a i puno se razgovara o osnivanju Fakulteta zdravstvenih studija u Zagrebu, dakle podizanju stručnih studija na razinu sveučilišnih studija koji se sada izvode u sklopu Zdravstvenog veleučilišta?

Poznato je da je Viša škola za medicinske sestre i zdravstvene tehničare prethodnica Zdravstvenog veleučilišta, najstarija institucija za obrazovanje zdravstvenih radnika (osim liječnika) u Hrvatskoj. Ovih dana je ZVU proslavilo 48. rođendan. Svojom organizacijom i kvalitetom nastave, brojem i kvalificiranošću nastavnika, te prostorom i opremom sigurno spada u sam vrh obrazovnih institucija u zemlji. Dugo se ustrajavalo u obrazovanju stručnih kadrova kao vrhunskih potencijala za stručno obavljanje poslova (praktički osposobljenih da nakon diplome mogu odmah samostalno i aktivno sudjelovati u procesu rada), no shvatilo se s vremenom da takvim kadrovima trebaju šira znanja iz područja znanstvenog i istraživačkog rada, pa su se sada aktivnosti usmjerile na osnivanje sveučilišnih studija. Tim bi se ujedno riješila i pitanja „vrijednosti“ diploma stručnih i sveučilišnih studija. Tek smo na početku, ali se nadam s obzirom na potencijale koje Zdravstveno veleučilište ima, da će taj prelazak biti bezbolan i kratak.◀



IZVJEŠĆA SA STRUČNIH SKUPOVA

Pripremile: Lucija Janković I Cecilija Grgas-Bile

EDUKACIJA HRVATSKE UDRUGE DJELATNIKA HITNE MEDICINSKE POMOĆI ZAGREBAČKE ŽUPANIJE

Tijekom cijele godine Hrvatska udruga djelatnika hitne medicinske pomoći podružnice Zagrebačke županije vršila je edukaciju službi srodnih hitnoj medicinskoj pomoći, policije i vatrogasaca na temu "BLS s upotrebom AVD". Ovom edukacijom željelo se osvijestiti srodne službe policije i vatrogastva o problemu učestalosti iznenadnog srčanog zastoja te im ukazati na važnost poznavanja osnovnih mjera održavanja života odraslih uz uporabu AVD-a. Edukacija uključuje prepoznavanje hitnih postupaka, naglasak se stavlja na prepoznavanje srčanog zastoja, način pravilnog izvođenja vanjske masaže srca i umjetnog disanja te način upotrebe automatskog vanjskog defibrilatora. Poznavanje vještina vanjske masaže srce i umjetnog disanja te upotrebe automatskog vanjskog defibrilatora iznimno je važno jer je za preživljavanje osobe koja je doživjela iznenadni srčani zastoj ključno započeti oživljavanje i upotrijebiti AVD unutar 3 do 5 minuta od trenutka zastoja srca.

Znanje koje će polaznik dobiti ovom edukacijom daje mu samopouzdanje i spremnost pružanja prve pomoći, čime se dobiva prilika da se spasi život drugoj osobi.

Ministarstvo zdravlja, Hrvatski zavod za javno zdravstvo i Hrvatski zavod za hitnu medicinu provode projekt "Pokreni srce – spasi život" čime se stopa preživljavanja po svjetskim standardima želi povisiti na 4500 osoba godišnje, dok je u Hrvatskoj prosjek tek 900 osoba. Upravo zbog toga HUD HMP podružnice Zagrebačke županije je prepoznala potrebu za edukacijom policije i vatrogasaca jer se vrlo često događa da upravo oni prvi dolaze na mjesto događaja.

Osim spomenutih, edukacije su provedene u Srednjim medicinskim školama gdje se buduće medicinske sestre želi upoznati s osnovnim načinom održavanja života te načinom funkciranja hitne medicinske službe. ▶

Pripremile: Kristina Kužnik I Cecilija Grgas-Bile

IZVJEŠĆE S 31. HRVATSKE PROLJETNE PEDIJATRIJSKE ŠKOLE

U Splitu je od 07-11.travnja održana 31. Hrvatska proljetna pedijatrijska škola. Njeno održavanje omogućeno je uz pomoć Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatskog pedijatrijskog društva, Hrvatskog društva za školsku i sveučilišnu medicinu, Pedijatrijskog društva HUMS-a, Medicinskog fakulteta sveučilišta u Splitu i KBC Split.

Teme ovogodišnje Hrvatske proljetne pedijatrijske škole bile su pulmologija, dječja kirurgija-VUR i prehrana.

Kroz pet dana trajanja HPPŠ na seminaru namijenjenom medicinskim sestrama održano je 20-tak predavanja medicinskih sestara uz 10-tak predavanja liječnika. U početnim predavanjima medicinskih sestara govorilo se o iskustvu roditelja o bolničkoj skrbi njihove djece i ulozi patronažne sestre u procesu zdravstvene zaštite djece.

Među glavnim temama skupa bila je pulmologija, koji se sve problemi zdravstvene skrbi nalaze u ovom području. Istaknuti su problemi disanja tijekom spavanja, važnost pravovremene i pravilne zdravstvene skrbi kod streptokoknih pneumonija i non resolving pneumonija, te, kao i uvijek, važnom i sve češćem problemu pojave aspiracije stranog tijela u dišnom sustavu kod djece.



Veliki skupina predavanja bila je namijenjena prehrani i oko ovih tema se najviše diskutiralo. Koliko je jako prisutan problem pretilosti u našoj dječjoj populaciji, što tome pridonosi, kako to možemo sprječiti, kakve posljedice ostavlja na psihofizički razvoj djeteta samo su neka od postavljenih pitanja. I dalje su u porastu problemi s hranjenjem u najranijoj dobi, te je naglašena važnost pravovremenog prepoznavanja problema.

Teme 32. Hrvatske pedijatrijske proljetne škole su: nefrologija, nesreće u djece i dječja kirurgija. ▶



Pripremile: Kristina Kužnik I Ceciliya Grgas-Bile

IZVJEŠĆE SA 6. TEČAJA USAVRŠAVANJA MEDICINSKIH SESTARA U PEDIJATRIJI SEKUNDARNA PREVENCIJA U PEDIJATRIJI

U organizaciji Medicinskog fakulteta Sveučilišta J. J. Strossmayer u Osijeku i Opće bolnice „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod 21. – 23. ožujka 2014 godine u Slavonskom Brodu održan je 11. Poslijediplomski tečaj trajnog medicinskog usavršavanja I. kategorije za liječnike i 6. Tečaj trajnog usavršavanja medicinskih sestara u pedijatriji pod nazivom Sekundarna prevencija u pedijatriji.

Cilj tečaja bio je okupiti liječnike, medicinske sestre - tehničare i ostale članove zdravstvenog tima kako bi razmijenili znanja, vještine i stekli nova znanja o liječenju i zdravstvenoj njegi najmlađih pacijenata.

O važnosti i potrebi održavanja tečaja govori u prilog i velik odaziv sudionika. Tečaju je prisustovalo oko 250 sudionika, iz Hrvatske i Bosne i Hercegovine.

Uvodna zajednička predavanja za liječnike i medicinske sestre održali su prof. dr.sc. A. Čustović, akademik K. Pavelić, prof. dr.sc. D. Pavuna. i prof. dr. sc. D. Josić

6. Tečaj trajnog usavršavanja medicinskih sestara u pedijatriji uvodnim riječima dobrodošlice otvorile su predsjednica Pedijatrijskog društva medicinskih sestara Dragica Beštak, prvostupnica sestrinstva i glavna sestra Odjela za dječje bolesti, OB Dr. J. Benčević, Marija Bošnjak, prvostupnica sestrinstva.

Medicinske sestre i tehničari održali su ukupno 15 predavanja koja su tijekom izlaganja bila podijeljena u tri skupine. Prva grupa predavanja odnosila se na važnost poštivanja i uvažavanja životnih vrijednosti svakog pacijenta - djeteta i uvažavanje njihovih roditelja u svakodnevnom pružanju zdravstvene skrbi, posebno kod skupina djece s posebnim potrebama.

Tečaj je nastavljen predavanjima s naglaskom na početak djelovanja sestrinstva kao profesije i približavanje osnovnih pojmove profesionalnog sestrinstva kroz sestrinske teorije, sigurnost medicinskih sestara i osiguranje kvalitete u sestrinstvu. Predavanja su se zatim nastavila prikazom postupnika sestrinskih intervencija kod djece na provokaciji proteinom kravljeg mljeka, kod hipertenzije dječje dobi, juvenilnog idiopatskog artritsa u djece, pretilosti u djece, bronhalne astme, te prikazom slučaja djeteta s Peroksizomskom bolesti i histiocitozom Langerhansovih stanica. Ostatak predavanja temeljio se na prikazu i naglašavanju pomalo zaboravljenih vrijednosti kao što su kako partnerski ojačati roditeljstvo u procesu liječenja djeteta, kako poučiti roditelje u provođenju discipline u djeteta i koliko je važan dodir u dojenačkoj dobi.

Sudionici tečaja iskazali su znatan stupanj zadovoljstva sadržajem i metodikom predavanja. Iza svakog seta predavanja održana je diskusija gdje su se izmjenila iskustva kolegica iz različitih bolnica u Hrvatskoj.

Zaključeno je da svi moramo ustrajati na jedinstvenim postupcima i standardima u pružanju zdravstvene skrbi djetetu uvažavajući njegovu razvojnu dob, a roditelje aktivno uključiti u proces. Naglašeno je kako moramo težiti sestrinstvu kao profesiji i činiti sve u ostvarivanju tog cilja. Za to trebamo kvalitetno educirane timove medicinskih sestara i tehničara. Sukladno tome istaknuta je važnost tradicije održavanja ovog tečaja.

Tečaju je prisustvovalo 100-tinjak medicinskih sestara i bodovan je prema pravilniku Hrvatske komore medicinskih sestara, a sva predavanja objavljena su u Zborniku radova. ▶

Pripremile: Cecilija Grgas-Bile i Biljana Kurtović

IZVIJEŠĆE S RADIONICE AGENCIJE ZA KVALITETU I AKREDITACIJU U ZDRAVSTVU I SOCIJALNOJ SKRBI



Radionica Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, a s ciljem razmjene dobrih praksi za sigurnost bolesnika kroz mrežu PaSQ projekta u državama članicama EU kao i na nacionalnoj razini održana je 03. ožujka 2014.

U okviru aktivnosti European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ) projekta i stvaranja nacionalne platforme dobrih praksi za sigurnost bolesnika, Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi organizirala je drugi krug prikupljanja dobrih praksi za sigurnost bolesnika, koji je započeo 17. veljače i trajao do 14. ožujka 2014. godine.

Dobre prakse za sigurnost bolesnika usmjerenе su na dvije temeljne vrijednosti razvoja i jačanja sigurnosti bolesnika, uključivanje (Patient involvement) i osnaživanje bolesnika (Patient empowerment).

Stoga je naglasak prikupljanja u drugom krugu bio upravo na identificiranju praksi za sigurnost bolesnika koje su usmjerenе na ove dimenzije.

Na radionici se raspravljalo o vlastitim primjerima dobrih praksi za sigurnost bolesnika na bolničkoj i izvanbolničkoj razini koji su se mogli unositi u bazu dobrih praksi ispunjavanjem on-line upitnika Patient Safety Practices Exchange Survey - WP4.

Na internetskoj stranici projekta PaSQ <http://www.pasq.eu/> nalazi se poveznica do upitnika (PaSQ Questionnaire) koji je bilo potrebno ispuniti na engleskom jeziku. Za bolje razumijevanje sadržaja Upitnika isti je preveden na hrvatski jezik (dокумент Upitnik Radnog paketa 4 – za razmjenu podataka o Praksama za sigurnost bolesnika, Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi). U okviru projekta PaSQ već sada su dostupne informacije o 208 dobrih praksi koje su prikupljene i validirane u prvom krugu. *Pozivamo Vas da pogledate prikupljene prakse za sigurnost bolesnika iz raznih zemalja članica EU, uključujući Hrvatsku, na internetskoj stranici <http://www.pasq.eu/Wiki/PatientSafetyandQualityofCareGoodPractices.aspx>.* ▲



Dobre prakse za sigurnost bolesnika usmjerenе su na dvije temeljne vrijednosti razvoja i jačanja sigurnosti bolesnika, uključivanje (Patient involvement) i osnaživanje bolesnika (Patient empowerment).

Pripremile: Jelena Slijepčević I Cecilija Grgas-Bile

KREĆEMO U BORBU PROTIV SEPSE HDMSARIST

Svjetski Savez za borbu protiv sepse (GSA – Global Sepsis Alliance) je društvo vođeno zdravstvenim profesionalcima 7 internacionalnih federacija i 43 nacionalne organizacije na čiju inicijativu je pokrenuta svjetska borba protiv sepse. Hrvatsko društvo za anesteziologiju i intenzivno liječenje potpisalo je World Sepsis Declaration (WSD), a isti korak učinilo je i Hrvatko društvo medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije (HDMSARIST) u ožujku 2014. godine. WSD dosad podržava 237 neprofitnih udruga, 2235 bolnica te 1540 zdravstvenih djelatnika u više od 70 zemalja, a brojke svakodnevno rastu. Potpisivanjem ove Deklaracije, HDMSARIST se ujedno obvezao aktivno sudjelovati u borbi protiv sepse. Zajednički, svjetski cilj je povećati javnu i profesionalnu svijest o sepsi, koja je problem globalnih razmjera i vrlo poražavajuća u svojim posljedicama. Zdravstveni profesionalci su u određenoj mjeri svjesni razornih posljedica sepse, a isto tako i mogućnosti da "oružje" sepse bude u velikoj mjeri smanjeno. Činjenica je da je sepsa uglavnom nepoznata javnosti, a slabo razumljiva profesionalcima, stoga će najviše intervencija biti usmjereni u podizanje svjesnosti o tome. Prema podacima koji dolaze iz zapadnoeuroropskih zemalja i SAD-a, sepsa je po svojoj učestalosti brojnija od mnogih drugih bolesti (moždani udar, srčani udar, maligna bolest pluća, HIV...) kojima se dosad posvećivalo mnogo više pažnje i o kojima javnost mnogo više zna. Incidencija sepse je u drastičnom porastu, dok je liječenje vrlo skupo, a smrtnost velika. Svjetskom deklaracijom o sepsi, upućen je apel svim zemljama da naprave razvojni plan za podizanje svijesti o sepsi kao medicinskom i ekonomskom teretu, te da naprave i provedu strategiju kojom će poboljšati prevenciju, dijagnostiku i liječenje. Svake 3 - 4 sekunde sepsa ugasi jedan život. U našoj zemlji sepsa je često neprepoznatljiv i nedovoljno razumljiv pojam, posebno u javnosti koja ju najčešće definira kao "trovanje krvi".



Međutim, sepsa je reakcija organizma na infekciju. U ovoj reakciji, obrambeni sustav gubi sposobnost kontrole infekcije te posljedično oštećeuje tkivo i organe. Posljedice su septički šok, višestruko zatajenje organa i smrt, posebno ako nije rano prepoznata i brzo liječena. Sepsu može dobiti svatko, bez obzira na spol i uzrast. U razvijenim zemljama godišnja incidencija sepse je u porastu, između 8 – 13% u posljednjem desetljeću. Razlozi za drastičan porast su razni; uključuju starenje populacije, primjenu visokorizičnih intervencija u svim dobnim skupinama, primjenu raznih imunosupresivnih lijekova koji slabe obrambeni mehanizam, razvoj velike kirurgije i povećenog operativnog stresa na organizam, te razvoj rezistencije na razne antibiotike. Sigurno je da su bolja dijagnostika i evidencija također doprinjele porastu incidencije sepse. Sepsa postaje vodeći uzrok smrti od infekcije bez obzira na napredak u modernoj medicini što uključuje cijepljenja, antibiotike i intenzivnu skrb, sa stopom smrtnosti u bolnici između 30 – 60%.

Početak naše borbe protiv sepse započelo je potpisivanjem WSD (World Sepsis Declaration). Kratkotočni planovi za 2014. godinu su izrada edukativnih postera i letaka koje ćemo distribuirati po odjelima svih većih bolnica. ▶

*Previše ljudi razvije sepsu i premalo ih preživi –
pokušat ćemo to promijeniti!*

IZVJEŠĆE S 5. SAMOSTALNOG STRUČNOG SKUPA MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA HEMATOLOGIJE I TRANSFUZIJSKE MEDICINE S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

Od 20. do 23. ožujka 2014. godine, u Rovinju, Hotel Lone, u organizaciji Hrvatskog društva za hematologiju i transfuzijsku medicinu Hrvatskog liječničkog zbora, a u sklopu 6. hrvatskog kongresa hematologa i transfuziologa, održan je 5. samostalni stručni skup medicinskih sestara i tehničara hematologije i transfuzijske medicine s međunarodnim sudjelovanjem.

Stručniskup je otvorila Ljiljana Pomper, diplomirana medicinska sestra, glavna sestra Zavoda za hematologiju KB Merkur i naglasak je stavila na potrebu za timskim radom u kvalitetnoj skrbi hematoloških pacijenata, u kojem je medicinska sestra poveznica među različitim članovima tima (dijetetičar, psiholog, fizioterapeut, hematolog, transfuziolog ...). Sudionike je pozdravila i Vesna Matuš, dipl. sanit. ing., djelatnica Zavoda za transfuzijsku medicinu.

Na stručnom skupu je bilo nazočno 85 sudionika iz Hrvatske, Bosne i Hercegovine i Slovenije i tijekom dva dana predstavljeno je 36 prezentacija, te 17 postera.

Teme stručnog skupa bile su:

- Zdravstvena njega hematoloških pacijenata
- Kvaliteta života hematoloških pacijenata
- Sigurnost pacijenata i sestrinskog osoblja

- Održavanje trajnih centralnih venskih katetera
- Komunikacija s hematološkim pacijentom, obitelji, suradnicima
- Dobrovoljno davalanstvo
- Proizvodnja krvnih pripravaka
- Osiguranje kvalitete
- Laboratorijska dijagnostika u transfuzijskoj medicini
- Slobodne teme

Pozvani predavači na kongresu bili su:

Kerry McMillen (Seattle, SAD),
Damir Lučanin (Zdravstveno veleučilište, Zagreb),
Sonja Prtenjak (Ljubljana, Slovenija),
Cvetka Gregorc (Ljubljana, Slovenija) i
Željka Hundrić Hašpl (Zavod za transfuzijsku medicinu, Zagreb).

Ostale rade predstavile su kolegice i kolege koje rade na odjelima hematologije i transfuzijske medicine u Hrvatskoj i u susjednim zemaljama, kolegice predavači na Zdravstvenom veleučilištu Snježana Čuklješ i Štefanića Ozimec Vulinec, te fizioterapeut Mario Klasić.

Osobito je zanimljivo bilo predavanje kliničke dijetetičarke iz Seattle-a Kerry McMillen „Role of nutrition in Hematopoietic Cell transplant



patients", o izazovima prehrane hematoloških pacijenata u fazi neutropenije, nakon intenzivne kemoterapije i transplantacije krvotvornih maticnih stanica. Osim stjecanja novih spoznaja o prehrani, dobili smo priliku za razmjenu iskustava iz područja prehrane s transplantacijskim centrom u Seattle-u.

Na temu kvaliteta života hematoloških pacijenata (QOL) prezentirana su četiri rada u kojima je prikazana QOL pacijenata nakon alogenične transplantacije (N. Matić), QOL pacijenata s MDS-om (Lj. Pomper), te QOL pacijenata u Dnevnoj bolnici (S. Zemljak, B. Kapitarić).

Iz područja zdravstvene njega hematoloških pacijenata prezentirano je nekoliko radova:

„Zdravstvena njega bolesnika s febrilnom neutropenijom“ (A. Kodru, M. Županović),

„Podnošljivost generičkog imatiniba (Neopax) u odnosu na originalni lijek (Glivec)“ (N. Matić),

„Zdravstvena njega bolesnika s akutnim GVHD-om“ (N. Rustan),

„Uloga medicinske sestre pri pripremi i primjeni transfuzija krvi“ (M. Vuletić) i

„Uloga medicinske sestre u transfuzijskom liječenju“ (M. Ulemek).

Zapažena su bila i predavanja iz područja komunikacije „Rješavanje sukoba u zdravstvenom timu“ i „Terapijska komunikacija u radu medicinskih sestara“ (D. Lučanin), kao i „Komunikacija između članova tima“ (D. Dautović).

Na temu sigurnosti S. Čukljk održala je zanimljivo predavanje „Sigurnost pacijenata osnovno načelo rada u suvremenoj zdravstvenoj njezi“, gdje je prikazala rezultate o najčešćim neželjenim događajima na temelju istraživanja provedenog među studentima prve godine izvanrednog studija sestrinstva. Zanimljiv je bio i prikaz o učestalosti padova S. Zubak „Visok rizik za pad hematoloških bolesnika – uzroci, posljedice i prevencija“.

O centralnim venskim kateterima prikazano je nekoliko radova:

„Održavanje centralnih venskih katetera“ (V. Družinić),

„Održavanje port katetera“ (R. Jakovac),

„Održavanje i korištenje PICC-a“ (G. Turkalj) i

„Održavanje trajnih centralnih katetera –PICC“ (A. Ljubić).

U prezentacijama su bile prikazane i videosnimke sa postupkom aktivacije i propiranja port katetera (R. Jakovac), te previjanja i propiranja PICC-a (G. Turkalj), a podijeljena je i dokumentacija izrađena u svrhu praćenja trajnih katetera drugim sudionicima. R. Jakovac održala je i radionicu u kojoj su medicinske sestre i tehničari mogli uvježbati postupak aktivacije port katetera,

odnosno postavljanja igle za port.

Dinamična rasprava o kompetencijama u primjeni kemoterapije potaknuta je na temu Š. Ozimec Vulinec „Standardi u primjeni kemoterapije“.

Fizioterapeut M. Klasić održao je zanimljivo predavanje „Tjelesna aktivnost hematoloških pacijenata“, gdje je prikazao ulogu fizioterapeuta u hematološkom timu.

Iz područja transfuzijske medicine među najzapaženijima bila su slijedeća izlaganja:

„Posttransfuzijske hemolitičke reakcije“ (Ž. Hundrić Hašpl),

„Zračenje krvnih pripravaka“ (S. Prtenjak),

„Informacije i pismeni pristanak pacijenata prije transfuzije krvnih pripravaka“ (C. Gregorc) i

„Mikrobiološka kontrola okoliša u Hrvatskom zavodu za transfuzijsku medicinu“ (L. Rukavina).

ZAKLJUČCI STRUČNOG SKUPA BILI SU:

- Potrebna je trajna edukacija medicinskih sestara i tehničara. Ona treba biti formalna, u obliku predavanja, tečajeva i sl., ali i neformalna (razmjenom praktičnih iskustava unutar institucije, ali i između institucija)
- Potrebno je izraditi i primjenjivati standarde u svakodnevnom radu
- Neophodan je rad u interdisciplinarnom timu
- Potrebno je sustavno i trajno praćenje i unaprjeđenje kvalitete života bolesnika
- Potrebno je stalno razvijanje komunikacijskih vještina medicinskih sestara i tehničara, kao i svih drugih članova tima
- S obzirom na uvođenje novih venskih pristupa, neophodna je trajna edukacija i razmjena iskustava medicinskih sestara i tehničara
- S ciljem stjecanja novih saznanja i povećanja sigurnosti bolesnika, treba poticati prijavu neželjenih događaja

Stručni skup bodovan je od HKMS sa 10 bodova za aktivno sudjelovanje, te 7 bodova za pasivno sudjelovanje, a sažetci radova objavljeni su u suplementu Liječničkog vjesnika.

Osim razmjene iskustava i rezultata rada, te stjecanja novih znanja na stručnom dijelu, neformalni dio bio je prilika za prijateljska druženja i stjecanje novih poznanstava.

Na kraju kongresa, sudionici su se opustili na svečanoj večeri, gdje se tradicionalno dodjeljuju nagrade. Nagradu za usmenu prezentaciju dobila je Željka Lubina za video snimak „Put jedne doze krvi“, dok je nagrada za najbolji poster dodijeljena Vladimиру Cipeku pod naslovom „Povezanost iskustva djelatnika na uzimanju krvi i učestalosti neuspjelih punkcija i reakcija davatelja“. ▶

Ljiljana Vuletić

UDRUGA RODITELJA DJECE OBOLJELE OD MALIGNIH BOLESTI

„LJUBAV NA DJELU“

Udruga „Ljubav na djelu“ djeluje od 2008. godine te je do sada pomogla mnogobrojnim obiteljima čija se djeca liječe na Odjelu za onkologiju i hematologiju KDB Zagreb kroz razne oblike humanitarne pomoći. Članica je međunarodne konfederacije udruga ICCCPO te od ove godine globalne network mreže Patient Innovation.

Udruga ima help desk koji se nalazi u zgradi KDB Zagreb čija je svrha pružanje podrške roditeljima i djeci informirajući ih o načinima ostvarivanja njihovih prava (npr. smještaj majke uz dijete, prava na osobnu invalidninu, prava na bolovanje, dječji doplatak, ostvarivanje statusa roditelja-njegovatelja, ostvarivanje prava na besplatno parkiranje, oslobođenje od naplate cestarine, oslobođenje od plaćanja prijevoza HŽ-om i dr.).

Udruga se aktivno uključivala u rješavanje tih prava: telefonski i fizičkim odlaskom, organizirala i pribavljala dokumentaciju za ostvarivanje prava, pratila zakone, razgovarala s njima o hospitalizaciji i liječenju te pokušala pomoći kako bi se olakšao posao preopterećenom medicinskom osoblju.

Nadalje pružanje informacija, pomoći i podršku iz prve ruke, organiziranje grupa podrške koje vodi stručna osoba (klinički psiholog) koja je djelatnik



Pedijatrijskog psiho-onkološkog centra s ciljem pružanja podrške, razmjene iskustva i savjeta, poučavanje strategijama rješavanja problema i dr. te surađuje s Odjelom onkologije i hematologije, Dnevnom onkološkom bolnicom i Pedijatrijskim psiho-onkološkim centrom pod supervizijom kliničke psihologinje

Udruga provodi projekt Moja Školica u suradnji sa Pedijatrijsko psiho-onkološkim centrom za djecu iz predškolskog uzrasta i školom u bolnici OŠ Kršnjavi.

Udruga je u posjedu tri apartmana u samoj blizini bolnice u Deželićevoj ulici koji koriste roditelji izvan Zagreba a čija se djeca liječe na onkologiji.

Također provodi Mali zbor Marije i Ivane Husar – rehabilitacija djece kroz glazbene sadržaje u glazbenoj školi na Kaptol centru, te rehabilitacija na Kineziološkom fakultetu: Hrvatski zavod za javno zdravstvo je donirao specijalne strunjače na kojima će djeca imati rehabilitaciju pod patronatom profesora kineziologije

Razni izleti koje udruga organizira : sportske utakmice, kazališta, predstave a sve u svrhu što bolje socijalizacije, prevladavanja teškoća bolesti i destigmatizacije djece oboljele od malignih bolesti.



Povodom Svjetskog dana djece oboljele od malignih bolesti 15. veljače 2014., Škola za medicinske sestre Mlinarska posjetila je našu djecu na odjelu onkologije u KDB Zagreb. U posjeti je bilo oko 40 učenica.

Učenice su izradile prekrasne poklončice za djecu te smo svi bili oduševljeni posjetom.

Naš odjel je jedan od najtežih i najzahtjevnijih, no zato predstavlja najveći izazov za buduće mlade medicinske sestre.

Mi smo izmijenili međusobna iskustva, kako roditelji tako i sestre koje su zaposlene na odjelu, kako bismo im što lakše približili njihovu buduću struku.

Ovaj posjet je omogućio da dogovorimo budući projekt volontiranja medicinskih sestara s našom djecom kojem se svi jako radujemo.

Ono što je najbitnije, a uvijek je vidljivo iz ovakvih događanja da je ljubav čovjeka prema čovjeku, pa i onome nepoznatom satkana u postojanje svakog bića, a ono što su pokazali učenici od 1.- 4. –toga razreda Škole za medicinske sestre Mlinarska je upravo prava ljubav prema svom budućem zanimanju i pomaganju bolesniku. Naši učenici bili su izrazito ugodno iznenađeni pozitivnom povratnom informacijom iz koje se vidjelo da se naš trud isplatio i vratio osmijeh na lica djece, kao i na lica roditelja, makar na trenutak, u njihovoj strašnoj i iscrpljujućoj sadašnjosti. Voljeli bismo nastaviti biti prisutni pokraj naših bolesnika i naših kolegica medicinskih sestara, već i kao volonteri dok ne postanemo pravi budući profesionalci u svome poslu. ▲



*Elvira Tahiri, prvostupnica sestrinstva,
stručni učitelj zdravstvene njegе
Dajana Benko, učenica 3 a razreda*

Damjan Abou Aldan, Srednja škola Koprivnica

DRŽAVNO NATJECANJE "SCHOLA MEDICA" 2014



U organizaciji Agencije za strukovno obrazovanje i obrazovanje odraslih i Srednja škola Koprivnica od 28. - 30. travnja održano je državno natjecanje medicinskih škola "Schola medica" u disciplini medicinska sestra/tehničar opće njegе. Ovogodišnja škola domaćin bila je Srednja škola Koprivnica, a na natjecanju je sudjelovalo 20 natjecatelja četvrtih razreda sa svojim mentorima. Samo se natjecanje sastojalo od pismenog i praktičnog zadatka. Pismeni dio sa 60 teoretskih pitanja iz područja zdravstvene njegе, i praktični dio u kojem su učenici morali pokazati usvojenost sestrinskih vještina pred povjerenstvom kojeg su činili: Damjan Abou Aldan, mag.med.tech, Mirela Rakijašić, bacc.med.techn., Suzana Ribarić, bacc. med.techn, prof., Branka Šimić, bacc.med.techn. i Snježana Žaja, bacc.med.tech.

Za vrijeme trajanja natjecana za mentore je organiziran izlet u Galeriju naivne umjetnosti u



Hlebinama, obilazak grada Koprivnice s pojetom Muzeju prehrane i "Podravskoj kleti", te strulna posjeta Općoj bolnici "Dr.T.Bardek".

Učenici su pokazali visoku razinu znanja i poznavanja načela sestrinske profesije, a prva tri mjesta su osvojili:

1. Marija Kukec, Škola za medicinske sestre Vrapče, Zagreb; mentorica: Marica Miščančuk, bacc.med.techn.
2. Marina Knežević, Škola za medicinske sestre Vinogradска, Zagreb; mentorica: Dubravka Protić, dipl. med. techn.
3. Helena Johum, Medicinska škola Osijek, mentorica: Ljiljana Eršek, mag.med.tech.

Svim učenicima čestitamo na uspjehu, a mentorima zahvaljujemo na neprekidnom trudu koji ulaže u odgoj i obrazovanje učenika te dokazuju kvalitetu rada u školama za medicinske sestre. ▲

Božena Kapitarić, diplomirana medicinska sestra

OSVRT NA BROŠURU ŽIVOT S TUMOROM MOZGA

**autorice Valerije Korent,
prvostupnice sestrinstva**

Informativna brošura „Život s tumorom mozga - upoznavanje s bolešću“ autorice Valerije Korent, prvostupnice sestrinstva iz Županijske bolnice Čakovec, hvale vrijedan je doprinos informativnog materijala za bolesnike oboljele od tumora mozga i njihove obitelji, koji se suočavaju s najvećim izazovom u životu - spoznajom da im najbliži boluje od teške bolesti, te za zdravstvene djelatnike.

Valerija Korent je svoje osobno iskreno iskustvo podijelila u brošuri koju je posvetila suprugu, koji je nakon četiri i pol godine izgubio bitku sa zločudnim tumorom mozga, kao i teški put od postavljanja dijagnoze, spoznaje o neizlječivoj bolesti, suočavanja s bolešću, načinom liječenja te niz stresnih situacija koje su ih pratile na teškom putu liječenja.

Brošura je osmišljena kao izvor najosnovnijih informacija, opisane su glavne vrste tumora mozga, simptomi, osnovne dijagnostičke metode, terapijski modaliteti, prognoza bolesti i na samom kraju osobno iskustvo autorice.

Napisana je primjerenum jezikom, sažeto, pregledno, na razumljiv i logičan način, opisuje bitna područja neurokirurgije, neuroonkologije, kako medicinska, tako i socijalna i psihološka.

Tumor mozga je progresivna bolest s vrlo niskom stopom petogodišnjeg preživljavanja. Javlja se u pet do petnaest posto slučajeva na sto tisuća ljudi.



Radi se o brojci manjoj od 0,01 %. Oboljele osobe zbog propadanja moždanih stanica gube svoje tjelesne, psihičke, mentalne i socijalne funkcije i zahtijevaju puno brige, pomoći i nege, pri čemu ključnu ulogu preuzimaju članovi obitelji.

Iako udio novooboljelih osoba od zločudnih novotvorevina mozga zauzima tek mali dio među oboljelim od zločudnih novotvorevina, ta bolest, zbog svoje progresivnosti i niskih stopa preživljjenja, predstavlja znatan zdravstveni problem u Republici Hrvatskoj i u mnogobrojnim zemljama razvijenog svijeta. Vrlo je bitno ukazati na ovaj javnozdravstveni problem i nametnuti pitanje pomoći oboljelim, jer suočavanje s dijagnozom zločudnog tumora mozga dovodi do radikalnog zaokreta u životu cijele obitelji.

Veliki problem predstavlja neupućenost javnosti o ovoj opakoj bolesti, manjak informativnih sadržaja, kao i udruga za oboljele od tumora središnjeg živčanog sustava. Stoga ova brošura predstavlja bitan oblik informiranja za sve oboljele te je dostupna na odjelima neurologije, neurokirurgije, onkologije diljem centara Republike Hrvatske.

Cilj ove brošure je upoznati s izazovima i problemima s kojima se suočavaju oboljeli i njihove obitelji te s najvažnijim informacijama i aspektima bolesti kako bi im se pružila pravodobna, kvalitetna, sveobuhvatna pomoć i podrška, a time i poboljšanje kvalitete života i njegovo produljenje, zatim poticaj za pisanje sličnih brošura, ali i osnivanje udruga za oboljele od tumora središnjeg živčanog sustava. ▶

Dr. sc. Ana Mišir Krpan, dr. med.

DAN OBOLJELIH OD TUMORA SREDIŠNJEŽIVČANOG SUSTAVA I OSNIVANJE UDRUGE

Dana 8. lipnja obilježava se dan oboljelih od tumora središnjeg živčanog sustava. Time se nastoji podići svijest ljudi o mnogima među nama koji se bore s ovom teškom bolešću, koji prolaze izuzetno potresno razdoblje suočavanja s dijagnozom, nerazumijevanje i probijanje kroz zahtjevne prepreke zdravstvenog sustava u trenucima kad se život potpuno okrene, o teškoćama, nuspojavama, psihičkim tegobama kroz koje prolaze u liječenju. Nadalje, podsjećanjem na tumore središnjeg živčanog sustava nastojimo motivirati istraživanja i odobravanja novih lijekova ili metoda liječenja.

Kao najznačajniji korak u skoroj budućnosti, u planu je osnivanje udruge oboljelih. U svijetu djeluju slične udruge, kako za tumore SŽS-a, tako i ostala sijela. U udrugama se bolesnicima pruža neophodna podrška tijekom liječenja, pravna, stručno-medicinska, psihološka i finansijska. Bolesnici koji se smatraju izlječenima također ostaju u dugotrajnom praćenju, a udruge im olakšava uključivanje u normalan život. To je mjesto gdje bolesnici i njihove obitelji mogu podijeliti svoja iskustva, postaviti pitanja i dobiti pomoći. Čovjeku usmjerena medicina brine se za sve aspekte života i tako život s dijagnozom tumora čini lakšim.

Valerija Korent, Dragica Dolenc

OBOLIEVANJE I SMRTNOST OD ZLOĆUDNIH NOVOTVORINA MOZGA U MEĐIMURSKOJ ŽUPANIJI u razdoblju od 1996. do 2011. godine

Tumor mozga progresivna je i neizlječiva bolest koja se javlja u pet do petnaest osoba na sto tisuća ljudi. Radi se o brojci manjoj od 0,01%. Tumori središnjeg živčanog sustava heterogena su skupina neoplaističnih tvorbi. Mogu nastati u svakoj životnoj dobi i zahvaćaju različite dijelove živčanog sustava. Incidencija moždanih tumora je od 5 do 15 slučajeva na 100 000 stanovnika. Oko 75% moždanih tumora je benigne naravi, a ostatak čine maligni tumori. Uzroci tumora središnjeg živčanog sustava (SŽS) su nepoznati. Studije su otkrile da zračenje visokim dozama

Nadamo se da će bolesnici s tumorima SŽS-a konačno dobiti pažnju koji zaslužuju u suvremenom društvu, a veliki angažman pojedinaca u osnivanju udruge biti prepoznat i podržan od strane stručnih tijela i drugih organizacija, sve u cilju dobrobiti bolesnika i njihovih obitelji.

Kako aktivno pružanje podrške bolesnicima traje već neko vrijeme, dokazuje brošura „Život s tumorom mozga, upoznavanje s bolešću”, autorice Valerije Korent. Brošura je namijenjena svima koji se susreću s tumorima SŽS-a, prvenstveno oboljelima, njihovim obiteljima, priateljima i svima koji se žele bolje upoznati s dijagnozom tumora. ▶

Obilježavanjem dana oboljelih 8. lipnja i osnivanjem udruge za pomoći bolesnicima postajemo bliži svjetskim trendovima u suvremenom pristupu bolesniku i njihovim obiteljima.

X-zraka može uzrokovati oštećenje stanica, koje može dovesti do razvijanja tumora. Najčešće se razvijaju meningeomi ili gliomi. Rijedak je slučaj da je tumor genetski predodređen.

Tumori mozga se dijele na primarne i sekundarne. Primarni nastaju iz različitih dijelova moždanog tkiva i dijele se na gljalne i negljalne. Čine dvije trećine svih tumora mozga. Sekundarni tumori su metastaze drugih primarnih tumora, primjerice dojke, pluća itd., gdje maligne stanice krvotokom ulaze u lubanjsku šupljinu ili mozak.



Najčešća podjela je prema klasifikaciji Svjetske zdravstvene organizacije, koja se temelji na vrsti stanica, staničnoj atipiji, mitotičkoj aktivnosti, proliferaciji i staničnoj nekrozi. Prema tome, dijele se na tumore niske malignosti (stupanj I i II), na tumore značajnije malignosti (stupanj III ili anaplastični stupanj) i invazivan maligni tumor (stupanj IV).

Klinički simptomi moždanih tumora ovise o veličini tumora, vrsti i lokalizaciji. Nastaju zbog djelovanja tumora, njegova rasta ali i zbog razvoja perifokalnog edema. Klinički znakovi povišenog intrakranijalnog tlaka su: glavobolja, mučnina, povraćanje i zastojna papila. Mogu se, ali i ne moraju pojaviti uz motorne ispade i epileptične napadaje. Ako je tumor velik i komprimira moždani parenhim može doći do hernijacije dijelova mozga u druga područja (tzv. Mass effect). Promjene kognitivnog funkcioniranja nastaju kod 20% bolesnika i dolazi do poremećaja u ponašanju, pamćenju i koncentraciji. Žarišni neurološki simptomi ovise o lokaciji tumorskog procesa.

U dijagnostici intrakranijalnih tumora primarni je cilj otkriti postojanje tumora, odrediti njegov smještaj, rasprostranjenost, veličinu i karakteristike, odnosno specifičnu dijagnozu tumora ili navesti diferencijalnu dijagnozu. Rana dijagnoza značajna je za liječenje tumora SŽS-a, koji zbog svoje lokacije s vremenom mogu izazvati sve veća oštećenja moždanog tkiva. Benigni tumori s vremenom mogu maligno alterirati, a maligni dosegnu takve dimenzije ili pritišću vitalne strukture da ih je nemoguće radikalno liječiti. U dijagnostici je bitan neurološki pregled bolesnika, anamneza ili heteroanamneza, laboratorijske pretrage, EEG (elektroencefalografija), okulistički pregled i lumbalna punkcija. Najznačajnije metode za dokazivanje tumora mozga su neuroradiološke metode: kompjutorizirana tomografija (CT), magnetska

rezonanca (MR) i magnetska rezonantska spektroskopija (MRS). MR-spektroskopija (MRS) je dodatna metoda u procjeni stupnja zločudnosti tumora – postiradijacijske nekroze i recidiva tumora, koji u standardnim presjecima MR-om mogu stvarati dijagnostičke poteškoće zbog sličnog izgleda.

Histološka se klasifikacija temelji na tipu stanica od kojih potječu tumori mozga. Gliomi su zločudni tumori građeni od glijalnih stanica i čine 30-40% svih primarnih intrakranijalnih tumora. Dvije trećine glioma su astrocitomi, a polovina astrocitoma su glioblastomi. Gliomi su podrijetlom od stanica glije, odnosno astrocita, oligodendrocyta, ependimalnih stanica i stanica koroidnog pleksusa. Astrocitom je najčešći primarni tumor odraslih osoba, obolijevaju 3 osobe na 100 000 stanovnika i najčešće se javlja između 40. i 60. godine života.

Giblastomi čine otprilike trećinu astrocitoma i to je najmaligniji oblik. Klinička slika razvija se brzo, simptomi traju oko 3 mjeseca, a javljaju se kao posljedica povišenog intarakranijalnog tlaka. Iako simptomi traju kratko, u većini slučajeva tumorska masa je velika.

Liječenje moždanih tumora uključuje timsku suradnju neurologa, neuroradiologa, neurokirurga, neuropatologa, onkologa i psihoterapeuta; uz individualni pristup svakom bolesniku. Odabir liječenja ovisi o: tipu tumora, smještaju tumora, stadiju bolesti, dobi i općem stanju bolesnika. Kod malignih tumora kompletno uklanjanje je rijetko kad moguće bez uzrokovanja dodatnih neuroloških oštećenja. Tada se maksimalno reducira tumorska masa i time se smanjuje pritisak na okolne strukture mozga. Ukoliko je moguće, tumor se uklanja kirurškim putem. Neki se tumori mogu ukloniti u potpunosti bez ili uz minimalno oštećenje.

Stereotaksijska biopsija provodi se kod tumora koji su smješteni duboko i u blizini kritičnih regija ili kod višestrukih lezija. Uz kirurški zahvat u liječenju se primjenjuje iradijacija i kemoterapija. Manji tumori liječe se kirurškom radioterapijom (gamma – knife). Gamma-knife je uređaj pomoću kojeg se s 201 radoaktivnom zrakom iz Co 60 izvora precizno usmjerava u područje mozga za liječenje tumora ili drugih promjena. Osnovni uvjet je jasno diferencirana granica tumora i veličina do 3cm. Novo - TTF je nova metoda liječenja. Naizmjeničnim elektromagnetskim poljem visoke frekvencije pomoću kape i elektroda na glavi, onemogućava se dijeljenje zločudnih stanica. Metoda se koristi kod recidiva glioblastoma, gdje ima barem jedan učinak kao i druga linija kemoterapije, no uz bolje podnošenje i kvalitetu života. Ova vrsta liječenja za sada nije dostupna bolesnicima u Hrvatskoj.

Prognoza bolesti ovisi o vrsti i gradusu tumora. Dobroćudni tumori imaju, u pravilu, dobru prognozu ako ne vrše pritisak na vitalne strukture mozga. Vrijeme preživljavanja osoba s dobroćudnim tumorom u prosjeku iznosi deset godina, a nerijetko nakon operacije nastaje potpuno izlječenje. Osobe sa astrocitomom niskog stupnja malignosti preživljavaju više od pet godina, dvije i pol godine sa anaplastičnim astrocitomom (gradus III), a oko godinu dana osobe s glioblastom.

Tumor mozga progresivna je bolest s vrlo niskim stopama petogodišnjeg preživljavanja. Svake se godine u 27 zemalja Europske unije registrira 27.700 novooboljelih osoba od tumora središnjeg živčanog sustava.

Relativna stopa petogodišnjeg preživljavanja za astrocitome vrlo je niska i iznosi je samo 14,5%. Stope preživljavanja su više u Sjevernoj i Centralnoj Europi nego u Istočnoj Europi te u Velikoj Britaniji i Irskoj, što je vjerojatno posljedica različite dostupnosti dijagnostike i/ili terapije. Izlječenje za glijalnu skupinu tumora vrlo je nisko, iznosi samo 7,9%.

U Republici Hrvatskoj je 2011. godine od zločudnog tumora mozga oboljelo 576 osoba (247

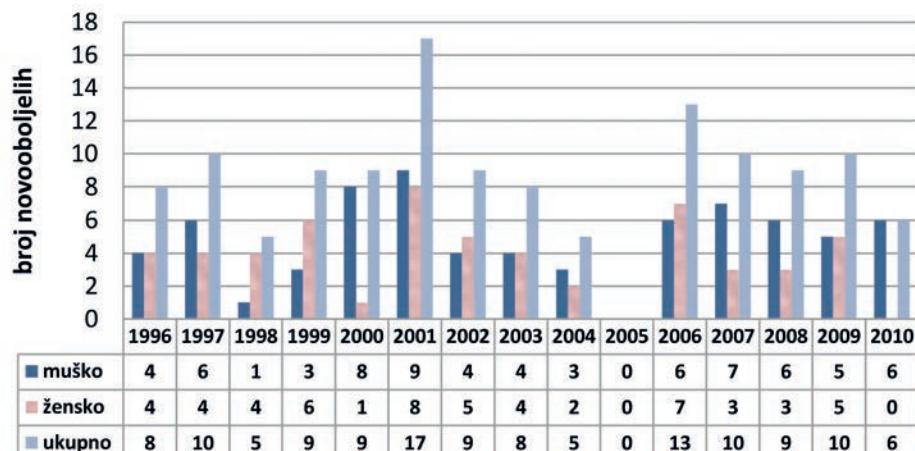
muškaraca i 229 žena), što čini 2% udio u ukupnom broju novooboljelih osoba od invazivnog raka. Kruta stopa incidencije od zločudnog tumora mozga 2011. godine za Republiku Hrvatsku je iznosila 11,1/100.000 st., a za Međimursku županiju 12,3/100.000 (14 novooboljelih osoba je bilo registrirano, 6 muškaraca i 8 žena).

U Republici Hrvatskoj je 2012. godine umrlo 412 osoba od zločudne novotvorine mozga (216 muškaraca i 196 žena).

U Međimurskoj županiji je provedeno istraživanje gdje su korištene metode deskriptivne epidemiologije i korišteni su podaci o umrlim osobama (DEM 2) Državnog zavoda za statistiku te podaci o incidenciji Državnog registra za rak dobiveni od Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije temeljem zahtjeva za pristup informacijama,

U periodu od 1996. do 2010. godine, u Međimurskoj je županiji od zločudne novotvorine mozga oboljelo 128 osoba, (72 muškarca i 56 žena), te je omjer obolijevanja muškaraca i žena iznosio 1,3:1. Budući da postoje velike fluktuacije u broju novooboljelih iz godine u godinu, (2001. godine je bilo registrirano 17 novooboljelih osoba, a 2005. godine niti jedna), novooboljeli su grupirani u petogodišnja razdoblja, te su prikazani petogodišnji prosjeci. Iz rezultata je vidljivo da je u zadnjem petogodištu broj novooboljelih najveći (u prvom petogodišnjem periodu oboljela je 41 osoba, 22 muškaraca i 19 žena; u drugom 39, 20 muškaraca i 19 žena; te u trećem 48 osoba; 30 muškaraca i 18 žena). Stoga je važno i nadalje pratiti trend i vidjeti da li će incidencija i u narednom razdoblju biti u porastu.

Broj novooboljelih osoba od zločudne novotvorine mozga u Međimurskoj županiji od 1996.-2010. godine



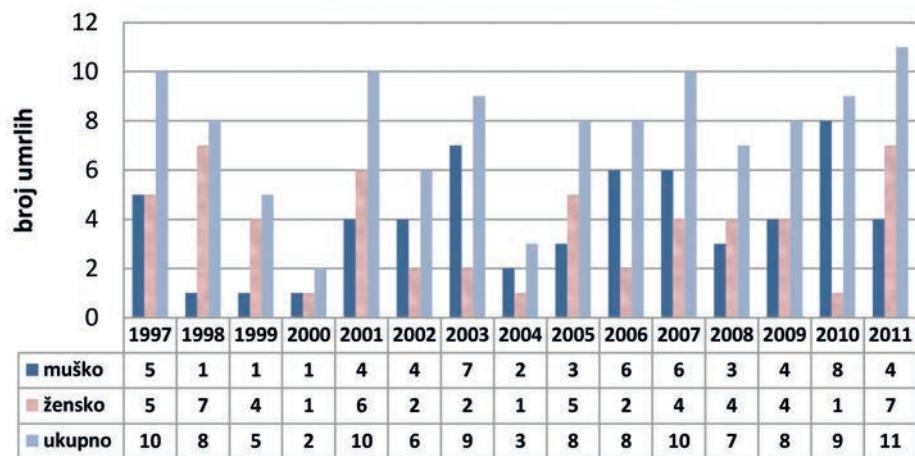
Osim toga, iz rezultata je vidljivo da je u Međimurskoj županiji u porastu broj novodijagnosticiranih bolesnika s invazivnim rakom. Najveći porast je vidljiv u zadnjem petogodištu (541,6 novooboljelih u odnosu na 459 u prethodnom petogodištu), što je najvećim dijelom rezultat uvođenja Nacionalnih programa ranog otkrivanja raka dojke i raka debelog crijeva te bolje dijagnostike i drugih sijela raka ali i starenja populacije kao i određenog životnog stila.

Prosječan godišnji broj/udio novooboljelih osoba u Međimurskoj županiji	1996. – 2000. god.	2001. – 2005. god.	2006. – 2010. god.	1996. – 2010. god.
	434,4	459,0	541,6	478,3
Novodijagnosticirani bolesnici s invazivnim rakom	434,4	459,0	541,6	478,3
Novodijagnosticirani bolesnici od zločudne novotvorine mozga	8,2	7,8	9,6	8,5
Udio novooboljelih od zločudne novotvorine mozga među novooboljelima od svih novotvorina	2,0%	1,7%	1,8%	1,8%

Udio novooboljelih od zločudne novotvorine mozga među novooboljelima od svih novotvorina je u cijelokupnom promatrano periodu iznosio 1,8%, a prosječno je godišnje bilo registrirano 8,5 osoba (najviše u zadnjem petogodištu -9,6).

Prosječan godišnji broj novooboljelih od zločudnih novotvorina mozga u Međimurskoj županiji u razdoblju od 1996. – 2010. godine i prema petogodišnjim razdobljima te spolnoj strukturi				
godišnja razdoblja	1996.-2000.	2001.-2005.	2006.-2010.	1996.-2010.
Muškarci	4,4	4,0	6,0	4,8
Žene	3,8	3,8	3,6	3,7
Ukupno	8,2	7,8	9,6	8,5
Prosječne godišnje stope incidencije/100.000 st. od zločudnih novotvorina mozga u Međimurskoj županiji u razdoblju od 1996. – 2010. godine prema spolnoj strukturi				
godišnja razdoblja	1996.-2000.	2001.-2005.	2006.-2010.	1996.-2010.
Muškarci	7,5	6,9	10,3	8,3
Žene	6,2	6,3	6,0	6,2
Ukupno	6,9	6,6	8,1	7,2

Broj umrlih osoba od zločudne novotvorine mozga u Međimurskoj županiji od 1997.-2011. godine



U periodu od 1997. do 2011. godine, u Međimurskoj županiji od zločudne novotvorine mozga umrlo ukupno 114 osoba (59 muškaraca i 55 žena), najviše također u zadnjem petogodištu. U prvom je umrlo 35 osoba (12 muškaraca i 23 žene), u drugom 34 (22 muškarca i 12 žena) te u trećem 45 osoba (26 muškaraca i 19 žena). Prosječna godišnja kruta stopa smrtnosti je za cijelokupno promatrano razdoblje iznosila 6,42/100.000 st. i bila je viša za muškarce nego za žene (6,9:5,97).

Prema dobnoj strukturi, u promatranom petnaestogodišnjem periodu, u dobi od 0-19 godina, od zločudne novotvorine mozga su umrle 4 osobe (3 muškarca i 1 žena), u dobi od 20-39 godina 7 osoba (4 muškarca i 3 žene), od 40-59 godina 33 osobe (15 muškaraca i 18 žena). Najviše je osoba umrlo u dobi od 60-79 godina, njih 67 osoba (36 muškaraca i 31 žene), a udio u ukupnom broju umrlih je iznosio 58,8%, dok su u dobi iznad 80 godina umrle 4 osobe (2 muškarca i 2 žene). Rizik umiranja raste s dobi. Tako je prosječna godišnja dobno-specifična stopa smrtnosti za petnaestogodišnji period bila najviša u dobi od 60-79 godina i iznosila je 22,69/100.000 st., zatim u dobi od 80 i više godina (8,75/100.000), potom od 40-59 godina (7,02/100.000), dok je najniža bila u dobi od 0-19 godina (0,88/100.000) te u dobi od 20-39 godina (1,39/100.000). No, ipak treba naglasiti da su tumori mozga najčešće sijelo raka (uz još neka sijela) među muškarcima u dobi od 0-9 i u dobi od 30-39 godina, te kod žena u dobi od 0-19 godina, te obzirom na niske stope preživljavanja i izlječenja, predstavljaju vrlo važan javno zdravstveni problem.

Treba ukazati na važnost što ranijeg otkrivanja bolesti, a time i poboljšanje kvalitete života i njegovo produljenje.

Broj umrlih od zločudnih novotvorina mozga u Međimurskoj županiji u razdoblju od 1997. – 2011. godine prema dobi i spolu						
	0-19	20-39	40-59	60-79	80>	Sve dobi
1997. – 2001.						
Muškarci	1	1	3	7	0	12
Žene	0	3	9	11	0	23
Ukupno	1	4	12	18	0	35
2002. – 2006.						
Muškarci	2	3	5	12	0	22
Žene	1	0	3	7	1	12
Ukupno	3	3	8	19	1	34
2007. – 2011.						
Muškarci	0	0	7	17	1	25
Žene	0	0	6	13	1	20
Ukupno	0	0	13	30	2	45
1997. – 2011.						
Muškarci	3	4	15	36	1	59
Žene	1	3	18	31	2	55
Ukupno	4	7	33	67	3	114
1997. – 2011.-prosječan godišnji broj umrlih osoba						
Muškarci	0,2	0,27	1	2,4	0,07	4
Žene	0,07	0,2	1,2	2,1	0,14	3,6
Ukupno	0,27	0,47	2,2	4,5	0,2	7,6
1997. – 2011.-prosječna godišnja dobno-specifična stopa smrtnosti						
Muškarci	1,27	1,56	6,07	31,25	10,82	6,9
Žene	0,47	1,21	8,06	17,29	8,54	5,97
Ukupno	0,88	1,39	7,02	22,69	8,75	6,42

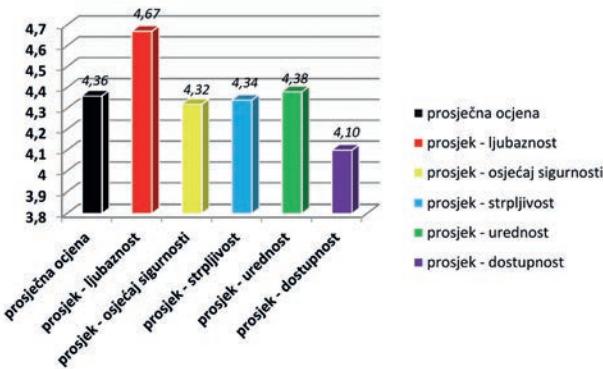
Budući da do sada jedino neosporno dokazano da ionizacijsko zračenje povećava rizik za pojavu tumora mozga (uz neke genetske faktore), a kako se i simptomi bolesti pojavljuju dosta kasno, odnosno kad je bolest već uznapredovala, vrlo su male mogućnosti za prevenciju. Stoga se najveće nade polažu u pronaalaženje novih lijekova, te povećavanje dostupnosti postojećih terapijskih metoda. Iako udio novooboljelih osoba od zločudnih novotvorevina mozga zauzima tek mali dio među oboljelima od zločudnih novotvorevina, ta bolest, zbog svoje progresivnosti i niskih stopa preživljavanja, predstavlja znatan zdravstveni problem u Republici Hrvatskoj i u mnogobrojnim zemljama razvijenog svijeta. Vrlo je bitno ukazati na ovaj javnozdravstveni problem i nametnuti pitanje pomoći oboljelim, jer suočavanjem s dijagnozom zločudnog tumora mozga dolazi do radikalnog zaokreta u životu cijele obitelji. Oboljele osobe zbog propadanja moždanih stanica gube svoje fizičke, psihičke i socijalne funkcije. Zahtijevaju puno brige, pomoći i njegu, u čemu ključnu ulogu imaju članovi obitelji. Problem predstavlja neupućenost javnosti o ovoj opakoj bolesti, manjak informativnih sadržaja te je potrebno osigurati priručnike, brošure, knjižice, letke, koji bi se distribuirali na onkološke, neurološke, neurokirurške odjele, ambulante za radioterapiju i poliklinike. U Hrvatskoj ne postoji udruga za oboljele od tumora središnjeg živčanog sustava, putem koje bi se pružila edukativna pomoć i psihosocijalna podrška, te finansijska potpora u vidu prikupljanja sredstava kroz donacije, humanitarne akcije za lijekove i u kojoj bi oboljeli izmjenjivali iskustva uz pomoć stručnih osoba.

Treba ukazati na važnost što ranijeg otkrivanja bolesti, a time i poboljšanje kvalitete života i njegovo produljenje. Velik doprinos za oboljele, članove njihovih obitelji i cjelokupnu zajednicu, bilo bi provođenje prethodno navedenih mjeru, a sve s ciljem pružanja pravodobne, kvalitetne i sveobuhvatne pomoći i podrške. ▶



PRIKAZ 2 -

Prosječne ocjene po pojedinim kategorijama



Prikaz 2 pokazuje ukupnu prosječnu ocjenu i prosječne ocjene po pojedinim kategorijama. Možemo primjetiti da su pacijenti najzadovoljniji ljubaznošću sestara i tehničara, a najnezadovoljniji dostupnošću. Najniža prosječna ocjena, za dostupnost, je 4.1 što pokazuje da su pacijenti prilično zadovoljni radom medicinskih sestara i tehničara. Ovo su ohrabrujući podaci jer govore da sestre i tehničari pokazuju veliku dozu empatije i da dobro surađuju s pacijentima. Problem s dostupnošću je razumljiv zbog velikog broja pacijenata u odnosu na broj sestara i tehničara koji bi se o njima trebali brinuti.

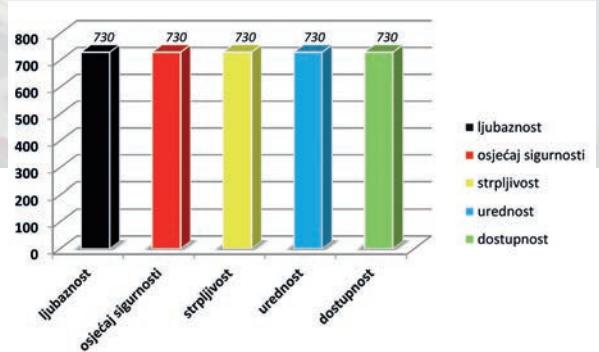
PREGLED AKTIVNOSTI NA PORTALU NAJSESTRA.COM

U nastavku vam donosimo analizu do-sadašnjih aktivnosti na portalu Najsestra.com. Primjetno je da su pacijenti uglavnom jako zadovoljni radom sestara i tehničara, što pokazuju visoki prosjek ocjena i velika većina pozitivnih komentara koji su im dodijeljeni.

ANALIZA

PRIKAZ 1 -

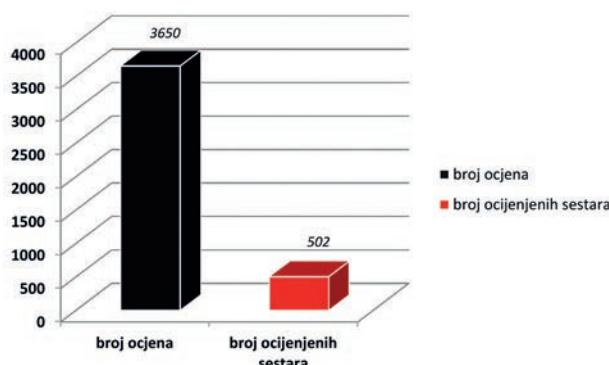
Raspodjela ocjena po pojedinim kategorijama ocjenjivanja



Ukupno je dodijeljeno 3650 ocjena ili 730 po pojedinoj kategoriji. Iz priloženog je vidljivo da su pacijenti detaljno ispunili sve kategorije ocjenjivanja jer je raspodjela po kategorijama ravnomjerna.

PRIKAZ 3 -

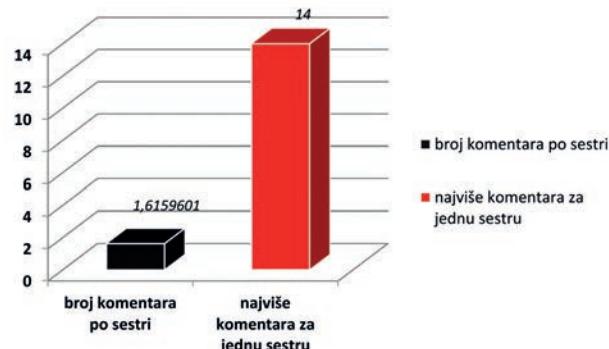
Broj dodijeljenih ocjena i broj ocijenjenih sestara



Prikaz 3 pokazuje broj dodijeljenih ocjena i broj ocijenjenih sestara. Možemo primjetiti da je svakoj ocijenjenoj sestri prosječno dodijeljeno malo više od 7 ocjena.

PRIKAZ 4 -

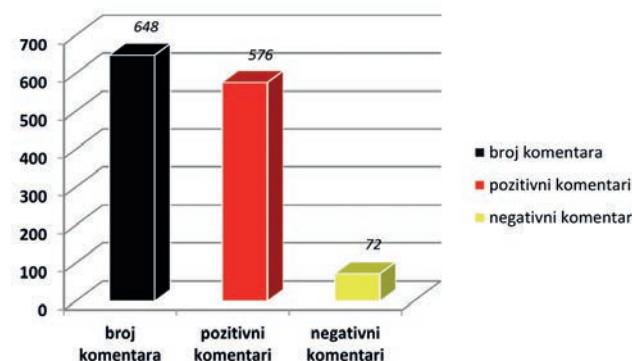
Komentari - prosjek i maksimalan broj za pojedinu sestru



U prikazu 5 možemo vidjeti da je jedna sestra dobila 14 komentara, a da je komentiranim sestrama u prosjeku dodijeljen 1.6 komentar.

PRIKAZ 4 -

Raspodjela komentara - pozitivni i negativni



Prikaz 4 pokazuje ukupan broj dodijeljenih komentara te broj pozitivnih i negativnih komentara. Ukupno je dodijeljeno 648 komentara od kojih je 576 ili 89% pozitivnih/neutralnih te 72 ili 11% negativnih.



Đuro Tomić, diplomirani medicinski tehničar

SPECIJALNA BOLNICA ZA MEDICINSKU REHABILITACIJU KRAPINSKE TOPLICE

KATEGORIZACIJA BOLESNIKA U PRAKSI U SPECIJALNOJ BOLNICI ZA MEDICINSKU REHABILITACIJU KRAPINSKE TOPLICE

Kako doći do potrebnog broja medicinskih sestara/tehničara koji pružaju zdravstvenu njegu bolesnika na nekom odjelu ili u pojedinoj bolnici?

Ovo pitanje često postavljaju mnogi: ravnateljstva bolnica, ekonomisti, a poglavito glavne sestare/tehničari bolnica, budući da su oni zaduženi osigurati dovoljan broj medicinskih sestara/tehničara koji će pružiti zadovoljavajuću zdravstvenu njegu. Budući da u zdravstvu, kolikogod društvo bilo bogato, nikada nema dovoljno novca potrebnog za osiguravanje adekvatne zdravstvene skrbi za svakog pojedinca, svaka uprava istovremeno mora biti racionalna.

Tijekom povijesti mnogi su se bavili ovim problemom. O potrebi kategoriziranja pacijenata ovisno o količini zdravstvene njege koju je potrebno pružiti pacijentu, govorila je još F. Nihtingale. U drugoj polovici dvadesetog stoljeća uvodi se terminologija progresivne njege – maksimalno prilagođavanje potrebama pacijenta. V. Henderson – zadovoljavanje 14 osnovnih ljudskih potreba. D. Orem – definira zdravstvenu njegu na ideji samozbrinjavanja.

Ovisno o potrebojnoj pomoći za zadovoljavanjem osnovnih ljudskih potreba, te ovisno o dijagnostičkim i terapeutskim postupcima koji se provode, pacijenti se razvrstavaju u četiri kategorije. Tablica kritičnih čimbenika kategorizacije pacijenata sadrži 16 parametara, a za svaki čimbenik kategorizacije imamo mogućnost odabira bodova od 1 - 4. Tablica bodova po kategorijama ima raspon od 16 do 64 boda.

Pravilnikom o sestrinskoj dokumentaciji, sestrinska dokumentacija uvedena je u bolničkim zdravstvenim ustanovama od 2011. godine i obvezna je za primjenu.

Sestrinska dokumentacija je izvrstan alat koji nam pomaže kod izračuna potrebnog broja medicinskih sestara / tehničara za 24-satnu zdravstvenu njegu na pojedinom odjelu odnosno u cijeloj bolnici.

Uz sestrinsku dokumentaciju još su dva Pravilnika koji nas usmjeravaju, odnosno ograničavaju kod izračuna potrebnog broja medicinskih sestara/tehničara, to su: Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti iz 2011. godine, te Pravilnik o uvjetima za ustroj odjela u općim i specijalnim bolnicama iz 2014. godine.

Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju u Krapinskim Toplicama po svojoj namjeni je bolnica za medicinsku rehabilitaciju i za specijalističko-konzilijsku zdravstvenu zaštitu. Bolnica je osnovana 1952. Status specijalne bolnice u Krapinskim Toplicama stekla je 05.11.1962.

Bolnica obavlja ove djelatnosti:

- medicinsku rehabilitaciju i liječenje neuroloških, kardiovaskularnih, ortopedsko-traumatiziranih, reumatskih i internističkih bolesnika odrasle i dječje dobi
- pruža polikliničko-specijalističke usluge iz djelatnosti Bolnice
- opskrbljuje Bolnicu lijekovima putem bolničke ljekarne
- vrši prijevoz bolesnika
- obavlja djelatnost osnovnog obrazovanja i predškolskog odgoja djece sa teškoćama u razvoju i druge djece na liječenju i medicinskoj rehabilitaciji
- obavlja hotelsko-smještajnu i ugostiteljsku djelatnost sa uslugama zdravstvenog turizma
- obavlja poslove socijalne skrbi za djecu s teškoćama u razvoju izvan vlastite obitelji upućenu na medicinsku rehabilitaciju i specijalno školovanje, koja skrb se ostvaruje ostvaruje kao stalni smještaj i boravak, odnosno cijelodnevni ili poludnevni boravak.

Bolnica obavlja svoje medicinske djelatnosti putem ovih organizacijskih jedinica:

1. STACIONARNI ODJELI:

- Odjel za medicinsku rehabilitaciju i fizikalnu terapiju,
- Odjel za medicinsku rehabilitaciju neuroloških bolesnika,
- Odjel za medicinsku rehabilitaciju bolesnika sa bolestima srca i krvnih žila,
- Odjel za medicinsku rehabilitaciju ortopedsko-traumatiziranih bolesnika,
- Odjel za medicinsku rehabilitaciju djece
- Odjel za unutarnje bolesti.

2. SPECIJALISTIČKO-KONZILIJARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA I DIJAGNOSTIČKE AMBULANTE



3. DIJAGNOSTIČKI ODJELI

- Kliničko-biokemijski laboratorij
- Radiološka dijagnostika.

4. BOLNIČKA LJEKARNA

5. ODJEL ZA SOCIJALNU SKRB DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Bolnica ima 426 kreveta za rehabilitaciju i 30 kreveta za akutne bolesti ugovorenih s HZZO, a ukupno ima 578 kreveta u krevetnoj mreži.

U Bolnici je zaposleno 188 medicinskih sestara/tehničara i to: 5 diplomiranih (2,66%), 37 prvo-stupnica sestrinstva (19,68%) i 146 medicinskih sestara / tehničara (77,66%).

Sestrinska dokumentacija vodi se u „papirnatom“ obliku. Kategorizacija bolesnika se radi prilikom dolaska bolesnika u Bolnicu, te se svakodnevno prati i radi evaluacija, ako je potrebno bolesnik se stavlja u drugu višu ili nižu kategoriju ako je došlo do promjene stanja bolesnika, odnosno povećana ili smanjena potreba za sestrinskim intervencijama.

Dobiveni podaci o kategorizaciji bolesnika su dragocjeni podaci na osnovu kojih se izračunava potreba za brojem medicinskih sestara/tehničara. Kao primjer iznosimo situaciju u Bolnici na dan 14. travnja 2014.

U tablici su prikazani odjeli s brojem kreveta.

Ukupno je 578 kreveta, a popunjeno je 511.

Popunjeno kreveta navedenog dana u Bolnici bila je 88,40%.

U I. kategoriji bilo je ukupno 287 bolesnika, te je prosječno ostvareno 278 sati rada.

U II. kategoriji bilo je ukupno 133 bolesnika, te je prosječno ostvareno 399 sati rada.

U III. kategoriji bilo je ukupno 62 bolesnika, te je prosječno ostvareno 372 sati rada.

U IV. kategoriji bilo je ukupno 29 bolesnika, te je prosječno ostvareno 290 sati rada.

Navedenog dana u Bolnici je ukupno utrošeno 1348 sati rada u zdravstvenoj njezi, za što je bilo potrebno 169 medicinskih sestara/tehničara.

U Bolnici je zaposleno 188 medicinskih sestara/tehničara.

Radi porodnog dopusta odsutno je 6 medicinskih sestara, 3 sestre su odsutne radi dugotrajnog bolovanja, 8 medicinskih sestara/tehničara radi u poliklinici, 2 medicinske sestre/tehničara su u ravnateljstvu.

Navedenog dana u Bolnici je bilo 169 sestara/tehničara za rad na pružanju zdravstvene njege, ali samo teoretski, budući da u kalkulaciju treba unijeti slobodne dane tjednog odmora, godišnjeg dopusta svakog pojedinog radnika, zatim treba razmišljati i o drugim odsustvima radnika s posla.

Ovdje je samo načelno dotaknuta problematika izračuna potrebnog broja medicinskih sestara/tehničara. Za potpunu analizu treba uvrstiti sve navedene parametre, ali i ovakva nepotpuna analiza nam je orijentir da možemo sagledati svu složenost postojećih problema nedostatka potrebnog broja medicinskih sestara/tehničara u bolnicama.

Mnogi pravilnici i uredbe nas limitiraju u zapošljavanju potrebnog broja medicinskih sestara / tehničara, što neminovno utječe na kvalitetu pruženih usluga na nivou zdravstvene njege, što se reflektira u izražavanju zadovoljstva ili nezadovoljstva korisnika naših usluga. ◀

KATEGORIZACIJA BOLESNIKA U BOLNICI KRAPINSKE TOPLICE

14.04.2014.	BROJ KREVETA	I. KATEGORIJA + (SATI RADA)	II. KATEGORIJA + (SATI RADA)	III. KATEGORIJA + (SATI RADA)	IV. KATEGORIJA + (SATI RADA)	UKUPAN BROJ BOLESNIKA, (BROJ SAMI RADAJI = BROJ SAMENJA)
REUMATOLOGIJA	127	103 * (1) =103	7 * (3) =21	1 * (6) =6	0 * (10) =0	111 (130) =16
NEUROLOGIJA	119	17 * (1) =17	27 * (3) =81	43 * (6) =258	26 * (10) =260	113 (616) =77
KARDIOLOGIJA	145	99 * (1) =99	17 * (3) =51	0 * (6) =0	0 * (10) =0	116 (150) =19
ORTOPEDIE	100	30 * (1) =30	53 * (3) =159	5 * (6) =30	2 * (10) =20	90 (239) =30
DJEČJI ODJEL	54	20 * (1) =20	21 * (3) =63	5 * (6) =30	1 * (10) =10	47 (123) =15
INTERNI ODJEL	33	18 * (1) =18	8 * (3) =24	8 * (6) =48	0 * (10) =0	34 (90) =12
UKUPNO	578	287 (287)	133 (399)	62 (372)	29 (290)	511 (1348) =169

IZ STRANE LITERATURE



(Lancet, February 26, 2014, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8))

Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study

STOPA SMRTNOSTI U BOLNICAMA U ODNOSU NA RAZINU OBRAZOVANJA MEDICINSKIH SESTARA

RETROSPEKTIVNA STUDIJA U DEVET EUROPSKIH ZEMALJA I SAD-U

Linda H Aiken, Douglas M Sloane, Luk Bruyneel, Koen Van den Heede, Peter Griffiths, Reinhard Busse, Marianna Diomidous, Juha Kinnunen, Maria Kózka, Emmanuel Lesaffre, Matthew D McHugh, M T Moreno-Casbas, Anne Marie Rafferty, Rene Schwendimann, P Anne Scott, Carol Tishelman, Theo van Achterberg, Walter Sermeus, for the RN4CAST consortium

Pripremila: Ljiljana Pomper

Smanjenje radnog opterećenja medicinskih sestara, kao i veći udio medicinskih sestara s obrazovanjem prvostupnika / prvostupnika, povezani su sa znatno manje smrtnih slučajeva nakon rutinskih kirurških postupaka, pokazalo je međunarodno istraživanje Linde H. Aiken, sveučilišne profesorice zdravstvene njegе i sociologije Sveučilišta u Pennsylvaniji i brojnih suradnika, a rezultati istraživanja objavljeni su u znanstvenom časopisu Lancet 26. veljače 2014. godine.

Istraživači su na temelju podataka o 422 730 kirurških pacijenata iz 300 bolnica u 9 europskih zemalja, te podataka o medicinskim sestrarima i njihovom obrazovanju dobivenih ispitivanjem 26 516 sestara, otkrili da je svako povećanje u broju prvostupnika za 10% bilo povezano sa smanjenjem rizika od smrti pacijenata za 7%.

Istraživanje je također pokazalo da povećanje radnog opterećenja sestara za jednog pacijenta povećava vjerojatnost od smrtnog ishoda kirurških pacijenata u roku od 30 dana od dana prijema za 7%.

U sklopu reformi zdravstvenog sustava u Evropi, kojima je važan cilj ograničenje rasta troškova, medicinske sestre su laka meta, jer su uštеде smanjenjem broja medicinskih sestara brzo izvedive, za razliku od ušteda putem povećane učinkovitosti, koju je puno teže postići. Međutim, smanjenje broja medicinskih sestara neće samo smanjiti kvalitetu i sigurnost zdravstvene njegе, već može imati i katastrofalne posljedice za pacijente.

Europska istraživanja koja se odnose na rezultate i ishode zdravstvene njegе u bolnicama tek su u nastajanju, ali ima ih sve više, dok su komplementarna istraživanja u Sjevernoj Americi pokazala da su dobra kadrovska politika u pogledu sestara i prvostupničko obrazovanje sestara povezani s niskim mortalitetom u bolnicama. Dok je u SAD-u gotovo polovica od 50 država rezultate istraživanja implementirala u zakonodavstvo, ili to namjerava učiniti, istraživanja u Evropi imaju malo utjecaja na konkretne mjere u bolnicama. S

ciljem osiguranja novih znanstvenih dokaza o planiranju bolničke zdravstvene njegе i obrazovanja medicinskih sestara u budućnosti, provedeno je istraživanje RN4CAST, do sada najobuhvatnije i najrigoroznije istraživanje zdravstvene njegе i ishoda liječenja u Evropi. Istraživanje je financirano od strane Europske unije, Nacionalnog instituta za istraživanja u sestrinstvu i Nacionalnog instituta za zdravstvo u SAD-u.

Istraživači su analizirali podatke o pacijentima i bolnicama, prikupljene iz administrativnih izvora o 422 730 pacijenata u 300 bolnica, u 9 europskih zemalja - Belgija, Engleska, Finska, Irska, Nizozemska, Norveška, Španjolska, Švedska i Švicarska. Analize su uključivale pacijente starije od 50 godina s boravkom u bolnici od barem 2 dana, a koji su bili podvrnuti rutinskim, općim, ortopedskim, ili vaskularnim operacijama i za koje su svi podaci bili dostupni. Ti su se podaci odnosili na komorbiditet pri prijemu u bolnicu, tip operacije, status pri otpustu, kao i ostale varijable korištene za prila-

godbu rizika. Dobiveni su podaci o pacijentima i smrtnosti otpuštenih pacijenata iz bolnica nakon operacije obuhvaćenih studijom, u godini koja je bila najbliža onoj u kojoj su anketirane sestre, a za koju su podaci bili dostupni. Spomenuto razdoblje je ono između 2007. i 2009. godine. Rutinske operacije odabранe su prije svega zato što ih izvode sve akutne bolnice, zato što su procedure prilagodbe rizika za kirurške pacijente dobro provjerene i vrednovane, kao i zato što se komorbiditeti koji predstavljaju rizik za pacijenta, kod kirurških pacijenata mogu točnije razlikovati. Razlog tomu je taj što su oni prisutni već pri prijemu u bolnicu, nasuprot komplikacijama koje nastaju u bolnici.

Podaci o medicinskim sestrama i njihovom obrazovanju dobiveni su ispitivanjem profesionalnih medicinskih sestara koje sudjeluju u bolničkoj zdravstvenoj mreži u 300 bolnica u 9 europskih zemalja, tijekom razdoblja od 2009. do 2010. godine. U svim zemljama osim Švedske bolnice su izabrane iz različitih regija, nakon čega je promjenljiv broj medicinskih i kirurških odjela za odrasle bio nasumice odabran u svakoj bolnici, ovisno o veličini bolnice. Bile su anketirane sve sestre koje su pacijentima pružale direktnu njegu u ovim odjelima. U Švedskoj su sve bolnice i svi odjeli, bilo medicinski bilo kirurški, bili uključeni uzorkovanjem svih medicinskih sestara. Medicinske sestre su za svaku bolnicu bile izračunate iz anketnih podataka dijeljenjem broja pacijenata s brojem sestara, tako da je svaka obuhvaćena sestra bila prisutna na odjelu u zadnjoj smjeni, a potom uprosječavanjem omjera preko ukupnog broja sestara koje su odgovorile na anketu u svakoj od bolnica. Skup podataka koji se odnose na medicinske sestre je dobiven izravno od sestara. Mjerena je sestrinska naobrazba izračunavanjem postotka od svih sestara u bolnicama koje su izjavile da imaju diplomu prvostupnika ili višu.

Procijenjena je povezanost između njihove naobrazbe s 30- dnevnim mortalitetom pacijenata, prije i nakon uzimanja u obzir dodatnih karakteristika bolnica, kao i karakteristika pacijenata.

Dobiveni su podaci o mortalitetu za 422 730 pacijenata, broj bolnica i otpusta nakon operacija je varirao od zemlje do zemlje. Postotak kirurških pacijenata koji su umrli u bolnici unutar 30 dana od prijema je bio 1,3% u uzorku od 9 zemalja; najniži je bio Švedskoj, a najviši u Nizozemskoj. Stopa odaziva na anketu kod sestara se kretala od manje od 40% u Engleskoj, do gotovo 84% u Španjolskoj, a prosjek joj je bio 62% u 9 zemalja. Razlike i u broju medicinskih sestara i njihovom obrazovanju su bile velike i među zemljama i između bolnica u svakoj pojedinoj zemlji. Podaci pokazuju da su i broj medicinskih sestara i njihovo obrazovanje, bili značajno povezani s mortalitetom kirurških pacijenata nakon operacije. Stupnjevi omjera izgleda sugeriraju da je svaki porast od jednoga pacijenta po sesri povezan s vjerojatnošću od 7% povećanja smrtnog ishoda unutar razdoblja od 30 dana nakon prijema u bolnicu, dok 10%-tно povećanje broja prvostupnica pokazuje da se mortalitet smanjuje za 7%. Ove veze sugeriraju da pacijenti u bolnicama u kojima 60% medicinskih sestara ima prvostupničku diplomu i u kojima se jedna sestra brine u projektu za 6 pacijenata, imaju gotovo 30% niži mortalitet, nego pacijenti u bolnicama gdje svega 30% sestara ima prvostupničku diplomu, te u kojima jedna sestra skrbi za prosječno 8 pacijenata.

Nalazi ovoga istraživanja pokazuju da povećanje radnog opterećenja sestara rezultira povećanom vjerojatnošću intrahospitalne smrti pacijenta, te da je povećanje broja sestara s prvostupničkom diplomom povezano sa smanjenjem spomenutih smrtnih ishoda.

Nalazi podupiru slične takve ishode manjih europskih istraživanja i slični su onima iz studije kirurških pacijenata u američkim i kanadskim bolnicama. Ovi nalazi pri-donijeli su nedavnoj odluci Europskog parlamenta (9.10.2013.) da odobri dva edukacijska smjera za medicinske sestre – jedan stručni, a drugi s višom razinom obrazovanja. Međutim, iako Evropska unija priznaje visoko obrazovanje medicinskih sestara nakon 12 go-

dina općeg obrazovanja, odluka da se i dalje dopusti strukovno obrazovanje medicinskih sestara nakon svega 10 godina općeg obrazovanja je upitna. Naime, ovakav proces obrazovanja može otežati pristup visokoj naobrazbi za medicinske sestre u pojedinim zemljama – npr. u Njemačkoj gdje niti jedna sestra obuhvaćena ovim istraživanjem nije imala prvostupničku diplomu.

Ova studija ima nekoliko ograničenja. Procijenjen je samo jedan ishod, mortalitet, i to samo u pacijenata koji su bili podvrgnuti uobičajenim općim kirurškim zahvatima. Mjerenje razine obrazovanja oslanjalo se na definiciju prvostupničke naobrazbe na način na koji je to određeno u svakoj od zemalja obuhvaćenih istraživanjem, a što se razlikuje od zemlje do zemlje. Ispitivanja pokazuju radna opterećenja sestara u svim smjenama, no taj podatak može biti nepouzdan za neke bolnice u slučaju da su neke sestre koje rade noću (kada je broj pacijenata po sesri veći nego danju) odgovorile na anketu u drugačijem broju nego one koje rade dnevne smjene. Osim toga, smrtni ishodi za pacijente potječu iz godine koja je kronološki najbliža godini u kojoj su anketirane sestre, no zbog toga što su podaci o pacijentima bili dostupni s vremenskim odmakom, ova dva izvora podataka nisu uvijek potpuno uskladjena. Konačno, podaci su sinkronijski (vrijede za određeni vremenski trenutak). Isto tako, važno je napomenuti da mnogi čimbenici mogu utjecati na ishod pacijenta, kao što su prisutnost prvostupnika tijekom vikenda i kvaliteta upravljanja bolnicom.

Autori zaključuju da odnos broja pacijenata prema broju medicinskih sestara, kao i razina obrazovanja medicinskih sestara, imaju značajnu ulogu u ishodu liječenja kirurških bolničkih pacijenata u Europi. Kako bi se ustanovilo mogu li se nalazi ovog istraživanja ponoviti i kod ostalih pacijenata, potrebno je provesti dodatna istraživanja. Isto tako, dodatna istraživanja treba provesti s ciljem potvrđivanja nalaza istraživanja provedenih u SAD-u, gdje je pokazano da zdravstvena njega s nepovoljnijim ishodima povećava materijalne troškove. ◀

Journal of Nursing Regulation. October 2013, Volume 4, Number 3: 20-27

Effective Delegation: Understanding Responsibility, Authority, and Accountability

UČINKOVITO DELEGIRANJE: RAZUMIJEVANJE, ODGOVORNOST, AUTORITET

Christine Mueller, Amy Vogelsmeier; Pripremile: Cecilia Grgas – Bile i Biljana Kurtović

Obveza pružanja sigurne i kvalitetne skrbi postavlja izazove pred medicinske sestre, a naročito pred one koje delegiraju dužnosti nelicenciranom pomoćnom osoblju. Ovi izazovi i brige su povećane u današnjem okruženju zdravstvene skrbi: pacijenti s komplikiranim, kroničnim stanjima, zdravstvena njega pacijenata s kroničnom bolji i upotreba sofisticirane tehnologije. Kako bi donijele sigurne, učinkovite odluke, sestre moraju razumjeti odgovornost i autoritet koji su povezani s delegiranjem. Sve odluke moraju biti temeljene na osnovnim principima javne zaštite. U ovom članku, autora Christine Mueller i Amy Vogelsmeier opisuje se učinkovito delegiranje, faktori koji utječu na navedeno, objašnjava se kad i što sestre mogu delegirati, te se opisuje proces delegiranja.

Čimbenici koji utječu na delegiranje uključuju, po literaturi, nekoliko ključnih i kritičnih čimbenika koji utječu na produktivnost sestrinstva, npr. administrativna pravila, razlike u edukaciji, razlike u načinu provođenja skrbi, osobine zaposlenika i komunikacija.

Što se administrativnih pravila tiče, definiraju se legalne granice sestrinske prakse, kompetencije, zakoni. Autori naglašavaju kako je od iznimne važnosti da licencirane medicinske sestre poznaju sve navedeno. Razlike u edukaciji jako variraju, postoje različiti nazvi: „asistent za zdravstvenu njegu”, „zdravstveni djelatnik”, „zdravstveni pomoćnik” itd. Opisi posla, obrazovanje, testiranja, kao i delegiranje, u mnogočemu se razlikuju od države do države. Na primjer u nekim državama zdravstveni djelatnik mora imati 1000 sati radnog iskustva prije nego što može raditi u administraciji izdavanja lijekova, a u drugoj državi mora imati godinu dana radnog iskustva i to prilikom zapošljavanja na neodređeno.

Od medicinskih sestara se očekuje da će učinkovito i sigurno delegirati zadatke pomoćnom osoblju na različitim područjima zdravstvene zaštite, uključujući domove za starije osobe, škole, bolnice.

Delegiranje u bolnicama zbog velikog broja korisnika, pacijenata, zahtijeva donošenje složenih odluka, te u takvom okruženju medicinska sestra mora biti izuzetno pažljiva. Način na koji je organizirana zdravstvena njega, i način na koji se pruža, također može utjecati na učinkovitost i sigurnost delegiranja. Weydt (2010) ističe da se količina provedene zdravstvene njegе koja se može sigurno delegirati dovodi u svezu sa stalnim problemom nedostatka osoblja. Weydt napominje da prilikom pružanja određenog modela njegе treba koristiti partnerski pristup, zbog dosljednosti među odnosima koji poboljšavaju sposobnosti, znanja i potiču povjerenje između medicinskih sestara i ostalog osoblja. Također, bit učinkovitog sustava pružanja njegе jest i komunikacija među članovima tima koji obavlja njegu bolesnika. Dokazi pokazuju da je komunikacijski propust uzrok bitnih događaja od 1995. do 2006. (Institute of Medicine, 2006). Kao rezultat toga, u 2008. zajednička komisija je upozorila na potrebu razvijanja standarda za učinkovitu komunikaciju među osobljem u njihovim ciljevima za sigurnost za pacijenata. Anthony i Vidal (2010.) tvrde da su prava komunikacija i ispravan smjer instrumenti u oblikovanju kvalitete "i sigurnosnog ishoda".

Komunikaciju među članovima osoblja koji pružaju skrb podržavaju i povjerljivi međuljudski odnosi (Anthony & Vidal, 2010). Mnogo je puta za rutinske zadatke, uz učinkovit nadzor, potrebna pažljiva komunikacija (Anthony & Vidal, 2010). Ako delegira nešto, medicinska sestra mora dati pravi smjer, na primjer ne bi sm-

jela jednostavno reći pomoćniku da izvaje pacijenta, bez objašnjenja zašto i kako. On ili ona treba objasniti važnost svakodnevnog viganja pacijenta. Bez razumijevanja razloga dnevnih mjerena težine, potrebe za vaganje pacijenta u isto doba dana te korištenje iste vrijednosti, kao i potrebe da se prijavi dobitak ili gubitak težine medicinskoj sestri, asistent će jednostavno tome pridavati manje važnosti. Kad asistent ima više znanja i razumijevanja o važnosti zadatka, vjerojatnije je da će ishod biti pozitivan. Kako bi delegirala određeni zadatak, medicinska sestra mora znati što i kojem stupnju može delegirati.

Naime, autori smatraju da prilikom delegiranja zadatka medicinska sestra mora procijeniti sljedeće:

- Postoji li potencijalno oštećenje? Koja je vjerojatnost da se pacijenata oštetiti?
- Složenost skrbi: Koje su kognitivne i psihomotorne vještine potrebne? Ako se razvije problem tijekom naizgled nekomplikiranog zadatka, što učiniti?
- Nepredvidivost ishoda. Je li stanje pacijenta stabilno?

Prije delegiranja bilo kojeg zadatka, medicinska sestra mora utvrditi da on ili ona ima ovlasti za provođenje istog na temelju zakona, prema organizacijskim standardima. Nadalje, medicinska sestra ne smije delegirati zadatke ako u bilo kojem trenutku vjeruje da je sigurnost pacijenta u opasnosti ili je ugrožena ili ako postoe druge razlozi da se prekine zadatak. Isto tako, svaki pomoćni djelatnik ima odgovornost da ne prihvati delegirani zadatak za koji zna da je izvan njegovog opsega znanja i vještina. Od njih se isto tako očekuje da izraze svoju zabrinutost, pitaju za dodatnu edukaciju i pomoći pri obavljanju zadatka, ili da traže da ih se potpuno isključi iz obavljanja zadatka.

Proces delegiranja zahtjeva sofisticiranu kliničku prosudbu, kritičko razmišljanje i donošenje odluka. Sigurno, primjereno delegiranje uključuje sljedeća pravila: pravi zadatak mora biti izveden pod pravim okolnostima prema pravoj osobi u pravom smjeru i na pravi način. Kako bi se ispravno delegiralo, medicinska sestra mora znati stanje bolesnika, kao i sposobnosti svog pomoćnika, mora osigurati obavljanje zadataka s prethodnim pripremama te pratiti učinkovitost i ishod aktivnosti.

Svaki bi pomoćni djelatnik morao biti svjestan trenutka u kojem se određeni zadatak obavlja, te poznavati mogućnost nepovoljnog ishoda koji zahtjeva brzo izvještavanje medicinske sestre.

Medicinska sestra prati provedbu zadatka i osigurava usklađenost sa standardima prakse. Pri procjeni učinkovitosti delegiranog zadatka, treba uzeti u obzir činjenicu je li delegirani zadatak bio uspješan u postizanju željenih rezultata u zdravstvenoj njezi za pacijenta te postoje li bolji načini. Osim toga, također tre-

ba razmotriti je li pomoćnik izvršio zadatak točno, je li komunikacija bila prikladna i pravodobna, kao i uspjesi i izazovi. A naposlijetku treba procijeniti i je li asistent imao priliku učiti i primiti povratnu informaciju. Zaključno, učinkovito delegiranje nije jednostavna stvar. To je vještina koja se razvija i poboljšava uz obrazovanje u praksi. Razvoj vještine delegiranja mora početi tijekom obrazovanja kroz prilike kao što su simulacije mentora, te kliničkih iskustava koja se nastavljaju u praksi s trajnom podrškom, obrazovanjem i samovrednovanjem (Hansteii , 2011.). ◀

Nursing Times. 2014. Volume 110, Number 5: 12-15

Why do student nurses want to be nurses ZAŠTO POSTATI MEDICINSKA SESTRA

Paula Crick, Louise Perkinton, Fiona Davies; Pripremile: Cecilia Grgas – Bile i Biljana Kurtović

Uvijek je bilo mnogo rasprava o tome što čini dobru medicinsku sestruru, no u radu autori navode rezultate istraživanja kako su navedeni razlozi za ulazak u profesiju i stajališta o ulozi medicinske sestre pokazali da su učenička motivacija i percepcija usmijereni na njegu kao na brigu više nego na njegu kao na vrstu tehničke struke.

Dobra sestra primjećuje male stvari koje čine veliku razliku za bolesnike. Istražujući ove tvrdnje, autori su istražili obilježja skupina studenata – medicinskih sestara, kako bi saznali što ih motivira da se pridruže toj struci, što sestrinstvo znači za njih, te koji su aspekti sestrinstva i vrijednosti većine. Mnoga sveučilišta imaju različite procese selekcije, čime postaje jasno da se koriste vrijednosti temeljnih kriterija i osiguravaju kandidatima dobro razumijevanje značenja pojma skrbi, uključujući za mnoge prethodno iskustvo brige. Međutim, u ožujku 2013, ministar zdravlja Jeremy Hunt rekao je da potencijalni student sestrinstva treba imati i do godinu dana iskustva u zdravstvenoj njezi prije upisa na trogodišnji obrazovni zdravstveni stupanj.

Istraživanje u ovom radu autori su osmislili s ciljem ispitivanja kvaliteta i vrijednosti koje student sestri-

nstva već ima kad započinje svoje obrazovanje.

Grupa ispitanika se sastojala se od 115 medicinskih sestara studenata na Sveučilištu Derby koji su zamoljeni da ispunе upitnik o svom prvom danu na sveučilištu u rujnu 2012; to je traženo zbog demografskih podataka te zbog informacije o svojim razlozima za ulazak u profesiju i njihovo razumijevanje uloge medicinske sestre. Upitnik je uključivao otvorena i zatvorena pitanja i razvijen je kao brz način za prikupljanje podataka; 112 studenata je upitnik ispunilo i vratio. Studenti su primili informativni obrazac i potpisali su pristanak na tom obrascu. Imena nisu bili uključena, ali svaki sudionik dobio je broj tako da su se odgovori mogli povezati s određenom podgrupom. Upitnik je otkrio da su demografske studijske grupe bile slične onima u diplomskoj skupini. Većina žena (83%), prosječna dob je 28, i 49 % su bili prvi u svojoj obitelji koji poхаđaju stupanj visokog obrazovanja. U smislu akademske pozadine , 45% mlađih je završilo pristupni tečaj , 32 % je A- razine , a 21% je već imao diplomu ili stupanj. S obzirom na iskustva u zdravstvenoj njezi, 96 % imalo prethodno iskustvo; preostalih 14 % nije ponudilo nikakav komentar o svom iskustvu.

Studenti su se izjasnili kako sestrinstvo zapravo nije bilo njihov prvi izbor karijere. Svi su dali odgovore na pitanje: "Zašto ste odlučili doći u područje sestrinstva?" Najčešće korišteni odgovori bili su „želja za pomoći " (26 %) ili "briga " (25 %). Autori su identificirali četiri glavna razloga u odlukama za ulazak u profesiju, mnogi navode više od jednog. Razlozi koji su altruistični i u prirodi čovjeka, na primjer, "ono što sam oduvijek želio" , "u mojoj prirodi" , "ja sam brižna osoba", "želim napraviti razliku" , "želim učiniti nešto vrijedno". Navedeni izrazi su se našli u 60% odgovora . Razlozi koji su dolazili iz pozitivnih iskustava u sestrinstvu, uključivali su i osobna iskustva kao korisnika usluga ili pacijenta, izravna iskustva u sestrinskoj praksi iz rada s medicinskim sestrama ili imaju članove obitelji koji su medicinske sestre. To je evidentno u 17% odgovora. Neki studenti su izjavili da žele napredovati ili promijeniti svoju karijeru.

Zaključno autori navode da je opseg ponuđenih razloga prilično uzak, s naglaskom na skrb, podršku i komunikaciju, s malo spomena medicinskih, tehničkih i administrativnih aspekata u sestrinskoj praksi, na što bi svakako trebalo utjecati te proširiti spektar poimanja značenja profesije sestrinstva. ◀



Hotel Terme Jezerčica - odmor za cijelu obitelj



POSEBNA PONUDA ZA SVE ČLANOVE HRVATSKE KOMORE MEDICINSKIH SESTARA
10% POPUSTA NA SVE USLUGE HOTELA TERME JEZERČICA

WELLNESS DAY - 230 kuna

- cjednevni ulazak u SPA centar, cijelodnevno korištenje vodenog parka s termalnom vodom od 38°C, masaža uljem melise i naranče (30 minuta)

Well & SPA paket - 3 dana, 2 polupansiona - 590 kuna

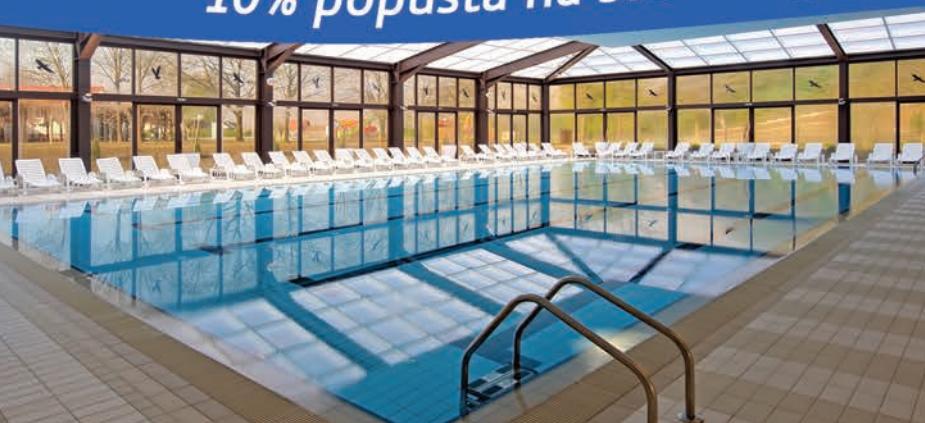
- neograničeno korištenje vodenog parka s termalnom vodom od 38°C, korištenje fitness centra, neograničeno korištenje SPA centra jedan dan, šećerni piling u turskoj sauni, Well & SPA čaj, opuštajuća masaža, besplatni WI-FI internet, vježbe u vodi pod vodstvom fizioterapeuta

Dugi boravak- 8 dana, 7 noćenja - 1.890 kuna

- smještaj u dvokrevetnoj superior sobi, 7 polupansiona, neograničeno korištenje unutarnjih i vanjskih bazena s termalnom vodom od 38°C, neograničeno korištenje fitness centra, besplatni WI-FI internet, vježbe u vodi pod vodstvom fizioterapeuta (2 x dnevno, pon-pet)

-10%

10% popusta na sve usluge za članove HKSM-a



Hotel Terme Jezerčica
Toplička 80, 49240 Donja Stubica
Tel: +385 (0) 49 200 600
Tel: +385 (0) 49 200 605
Fax: +385 (0) 49 200 601
www.terme-jezercica.hr,
info@terme-jezercica.hr