

Razlike u organizaciji i funkcioniranju patronažne djelatnosti u ruralnim i urbanim područjima Republike Hrvatske

Differences in the organisation and functioning public health nurse service between rural and urban regions in Croatia

Dobrislav Šimić, Zvonimir Bendeković, Mladenka Vrcić Keglević*

Sažetak

Cilj istraživanja bio je analizirati postoje li razlike u organizaciji i opsegu rada patronažnih sestara (PS) u ruralnim, djelomično ruralnim i urbanim područjima u Hrvatskoj (RH).

Metoda: Prema Strategiji ruralnog razvoja RH, 14 županija pripada ruralnim, 6 djelomično-ruralnim, a samo Grad Zagreb pripada urbanoj regiji. Podaci o broju PS, njihovom obrazovnom i radnom statusu, te broju i vrsti posjeta prikupljeni su iz Hrvatskih zdravstveno-statističkih ljetopisa, 1995.-2014.

Rezultati: Broj PS u cijeloj je RH porastao, a najviše u ruralnim regijama, što je dovelo do manjega broja pacijenata u skrbi jedne PS, ali je taj broj još uvijek veći od standardom propisanoga. Obrazovna struktura također se poboljšala: najveći broj patronažnih sestara ima visoku školsku spremu, ali njihov je broj najmanji u ruralnim regijama. U ruralnim regijama veći broj PS radi s djelomičnim radnim vremenom. Razlike su vidljive i u većem ukupnom broju posjeta i posjeta trudnicama u ruralnim regijama, dok je broj posjeta babinjama i novorođenčadi izjednačen s urbanom regijom. Međutim, godišnji broj posjeta dojenčadi i maloj djeci, kao i broj posjeta kroničnim bolesnicima po jednoj PS veći je u ruralnim regijama.

Zaključci: Na temelju navedenih parametara možemo zaključiti da je, usprkos napretku, patronažna djelatnost u ruralnim sredinama još uvijek manje dostupna i više opterećena poslom, od one u urbanim regijama RH.

Cljučne riječi: patronažne sestre, broj i struktura posjeta, ruralno/urbane razlike, Hrvatska

Summary

Aim: The main aim of this study was to investigate if there are any differences in the number and the daily work structure of a public health nurse (PHN) in rural, semi-rural and urban regions in Croatia.

Methods: According to the Strategy for the Development of Rural Regions, 14 counties belong to the rural, six to semi-rural, and only the City of Zagreb to urban regions. Data on the number of PHN, their education and the number of visits were collected from the Croatian Health Service Yearbooks, 1995-2014.

Results: The number of PHN in Croatia increased during the observed period as well as the percentages of PHN with college education. Those numbers are lower in rural regions in comparison to urban ones, while the average numbers of total visits are always higher in rural regions. The average number of visits to pregnant women is also higher in rural and semi-rural regions. The annual number of visits to post-partum women and to new-born babies shows an increased trend, independently of the regions. The annual number of visits to the babies has decreased in urban regions, while it is slightly increasing in rural and semi-rural regions. The annual number of visits to chronic patients is stable in urban regions, but it has increased two times in rural and semi-rural regions.

Conclusions: Besides certain improvements, the obtained results indicate that PHN service in Croatian rural regions is still less available to patients and PHN are overburdened with the number of visits.

Key words: public health nurse, visits, rural and urban regions, Croatia

Med Jad 2016;46(1-2):13-23

* **Ordinacija obiteljske medicine "Dr. Dobrislav Šimić", Bednja** (Dobrislav Šimić, dr. med.); **Dom zdravlja Varaždinske županije, Ordinacija obiteljske medicine Lepoglava** (Zvonimir Bendeković, dr. med.); **Zaklada za razvoj obiteljske medicine, Zagreb** (prof. dr. sc. Mladenka Vrcić Keglević, dr. med.)

Adresa za dopisivanje / *Correspondence address:* Dobrislav Šimić, dr. med., Ordinacija obiteljske medicine "Dr. Dobrislav Šimić", Trg Svete Marije 17, 42 253 Bednja; E-mail: dobri@varazdin.com

Primljeno / *Received* 2015-11-17; Ispravljeno / *Revised* 2015-12-18; Prihvaćeno / *Accepted* 2016-01-29.

Uvod

Patronažna služba u Republici Hrvatskoj (RH) seže u tridesete godine 20. stoljeća kada je osnovano Središte sestara pomoćnica za socijalno-higijenski rad u Zagrebu. Naglasak djelovanja bio je na rješavanju socijalnih problema. Od 1935. godine provode se tečajevi za majku i dijete i njegu bolesnika u kući. Od 1952. godine i osnivanja domova zdravlja, patronažne sestre (PS) počinju s polivalentnim načinom rada u sklopu timova liječnika opće/obiteljske medicine (LOM), provodeći zdravstvenu zaštitu populacije određenog područja.¹ Nakon 1993. godine, kada je uveden slobodan izbor liječnika, LOM preuzimaju odgovornost za pacijente koji su ih odabrali. Patronažna djelatnost ostaje u domu zdravlja i dalje vezana za populaciju s definiranog područja. PS bi prema postojećem zakonu trebale imati dodiplomsku razinu obrazovanja, odnosno završen današnji studij sestrinstva.² One su samostalni djelatnici u sklopu primarne zdravstvene zaštite na temelju odobrenja za samostalni rad od strane Hrvatske komore medicinskih sestara.³

Za provođenje patronažne djelatnosti PS imaju obvezu sklapanja ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO) i to kao zaposlenici domova zdravlja. Sukladno Standardima i normativima HZZO-a, jedna se PS ugovara na 2800 do 5100 stanovnika, ovisno o specifičnosti područja. Ugovaranje patronažne djelatnosti na slabo naseljenim otocima ili drugim ruralnim područjima slabije naseljenosti povezano je s brojem stanovnika. To nije jedini kriterij ugovaranja, pa je tako i veličina teritorija ili izoliranost stanovništva važan kriterij ugovaranja.⁴ Struktura rada patronažne djelatnosti određena je Planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, a zadnja verzija donesena je 2012. godine.⁵ Prema Planu i programu mjera predviđena je jedna posjeta trudnici tijekom trudnoće, dvije posjete babinjači i novorođenčetu (jedna u prvom tjednu, a druga nakon 15 dana), dva posjeta dojenčetu, jedan posjet predškolskom djetetu i najmanje jedan posjet ostaloj djeci i školskoj ustanovi. Procjena o broju ostalih posjeta prepuštena je PS i LOM, ovisno o individualnoj potrebi bolesnika. Sukladno potrebama rade se posjeti za procjenu socijalnih i higijenskih prilika, posjeti kroničnim bolesnicima, bolesnicima starijim od 65 godina koji u zadnjih godinu dana nisu bili kod liječnika i invalidima.⁵ Osnivanjem Ustanova za zdravstvenu njegu u kući, PS dobivaju i novu ulogu u radu s kroničnim bolesnicima. Tijekom razdoblja pružanja zdravstvene njege u kući, PS ima obvezu jednom mjesečno obići bolesnika i obavijestiti

liječnika o stanju pacijenta i potrebi nastavka ili prekida provođenja njege u kući.⁶

Patronažna djelatnost prošla je kroz mnoge promjene od početka devedesetih godina prošloga stoljeća, baš kao i drugi dijelovi zdravstvenoga sustava. Međutim, istraživanja su pokazala da broj PS još uvijek ne odgovara Standardu i da su PS preopterećene brojem posjeta.⁷ Istraživanja ukazuju na činjenicu da je najveći dio rada PS vezan uz kronične bolesnike, iako bi patronažna djelatnost trebala biti prvenstveno preventivna, zdravstveno-odgojna i imati zadaću očuvanja i unaprjeđenja zdravlja, otkrivanja bolesnih i socijalno ugroženih.⁷⁻⁹ Uočene su razlike u organizaciji i funkcioniranju rada PS između županija.¹⁰ Do sad nije istraženo koliko je patronažna djelatnost dostupna stanovnicima koji žive u ruralnim područjima i koji je njezin djelokrug rada. Brojna istraživanja u svijetu, a nešto manje kod nas, ukazuju na činjenicu da su stanovnici ruralnih sredina u nepovoljnijem položaju u odnosu na one koji žive u gradu uključujući stanje zdravlja i pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti.¹¹⁻¹⁴ Stoga je cilj ovoga rada bio istražiti razlike u organizaciji i funkcioniranju patronažne djelatnosti između ruralnih i urbanih regija RH.

Materijal i metode

Istraživanje je longitudinalno i opservacijsko. Podaci koji se odnose na patronažnu djelatnost prikupljeni su iz Hrvatskih zdravstveno-statističkih ljetopisa Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, za razdoblje 1995.-2014.¹⁵ Prikupljeni su podaci o broju, stupnju obrazovanja, uposlenosti i djelokrugu rada PS i podaci o broju i vrstama posjeta u kući štićenika. Podaci su najprije prikupljeni po županijama, a naknadno su grupirani po regijama, sukladno Strategiji ruralnog razvoja RH u kojoj je za podjelu županija na pretežito ruralne, značajno ruralne i pretežito urbane regije korištena definicija Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), koja se temelji na kriteriju gustoće naseljenosti stanovništva.¹⁶ Županije u RH svrstane su u tri regije ovisno o udjelu stanovništva u regiji koje živi u lokalnim ruralnim područjima:

- pretežito ruralne regije (više od 50% stanovništva regije živi u lokalnim ruralnim područjima);
- značajno ruralne regije (15 – 50% stanovništva regije živi u lokalnim ruralnim područjima) i
- pretežito urbane regije (manje od 15% stanovništva regije živi u lokalnim ruralnim područjima).

U daljnjem tekstu radi bolje razumljivosti koristit ćemo termin "ruralne" za one regije koje su Strategijom definirane kao pretežito ruralne, a "djelomično ruralne" za one regije koje su Strategijom definirane kao značajno ruralne. U ruralne regije svrstane su: Bjelovarsko-bilogorska, Brodsko-posavska, Karlovačka, Koprivničko-križevačka, Krapinsko-zagorska, Ličko-senjska, Požeško-slavonska, Sisačko-moslavačka, Šibensko-kninska, Varaždinska, Virovitičko-podravska, Vukovarsko-srijemska, Zadarska i Zagrebačka županija s ukupno 2.110.988 stanovnika. U djelomično ruralne regije svrstane su: Dubrovačko-neretvanska, Istarska, Međimurska, Osječko-baranjska, Primorsko-goranska i Splitsko-dalmatinska županija s ukupno 1.547.327 stanovnika. Grad Zagreb (ukupno 779.145 stanovnika) je jedina županija koja odgovara kriterijima za svrstavanje u urbanu regiju u RH. Podaci o ukupnom broju stanovnika u Hrvatskoj i broju stanovnika po županijama dobiveni su iz popisa stanovništva Državnog zavoda za statistiku.¹⁷

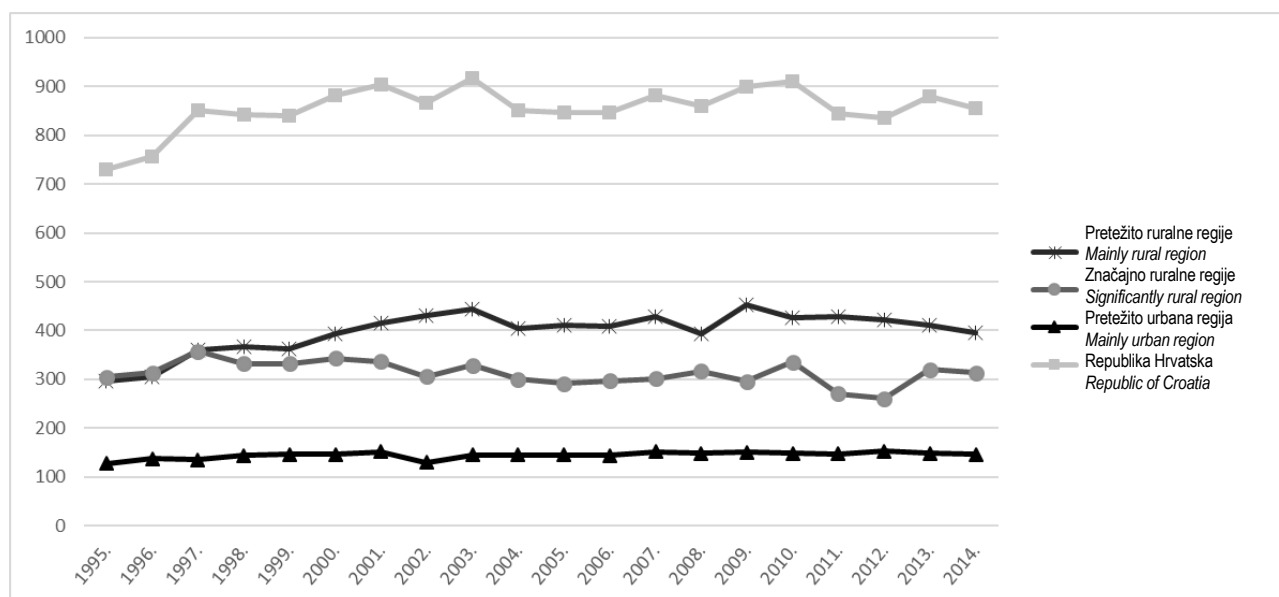
U obradi prikupljenih podataka korištene su metode deskriptivne statistike, a rezultati su prikazani apsolutnim brojevima i postocima. Ukupan broj PS u RH po godinama dobiven je na način da smo zbrajali sestre zaposlene na puno radno vrijeme i one zaposlene u djelomičnom radnom vremenu po formuli da su dva djelomična radna vremena jednaka jednom punom radnom vremenu. Na temelju podataka o ukupnom broju PS i popisa stanovnika za pojedinu godinu i po županijama, izračunat je

prosječan broj stanovnika u skrbi pojedine PS u određenoj godini. Na temelju podataka o ukupnom broju posjeta i broju zaposlenih patronažnih sestara u RH za određenu godinu i županiju izračunat je prosječan broj posjeta po jednoj patronažnoj sestri. Iz podataka o broju pojedinih vrsta posjeta i broja patronažnih sestara izračunat je prosječan godišnji broj posjeta određene vrste po jednoj patronažnoj sestri. Svi su podaci grupirani sukladno regijama u 3 skupine i prikazani linijskim grafikonima.

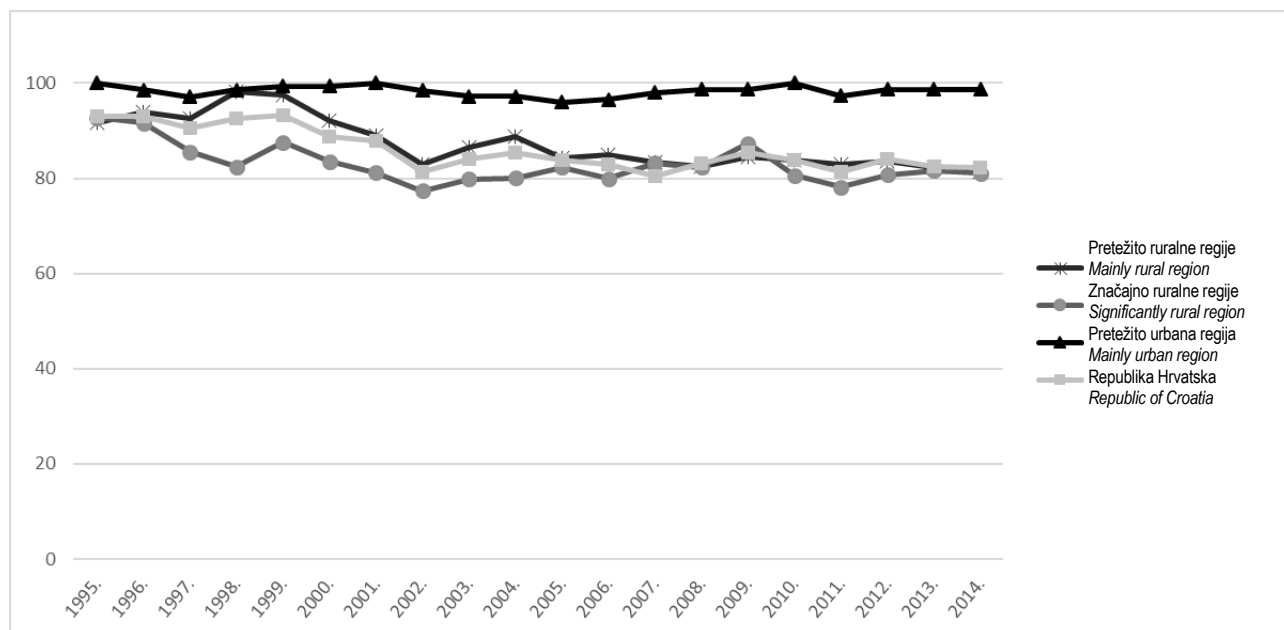
Rezultati

Organizacijska struktura patronažne djelatnosti

U promatranom 20-godišnjem razdoblju broj PS u RH je, uz oscilacije, u porastu. U početku praćenja trend porasta je veći (729 PS u 1995., a 916 u 2003. godini). Trend je stacionaran do 2010., nakon čega slijede oscilacije, a u 2014. bilo je 855 PS. Najveći ukupni porast broja PS zabilježen je u ruralnim regijama (297 PS u 1995., a 453 u 2009. godini), a nakon 2010. godine broj im lagano opada na 396 PS registriranih u 2014. godini. U djelomično ruralnim regijama vidljiv je trend pada do 2005. godine (od 305 na 291 PS), a nakon toga blago raste na 313 PS u 2014. godini. U urbanoj regiji zabilježen je blagi trend porasta broja PS, u 1995. godini bilo ih je 127, a 146 u 2014. godini (Slika 1).



Slika 1. Broj patronažnih sestara u pretežito ruralnim, značajno ruralnim i pretežito urbanoj regiji RH, 1995. – 2014.
Figure 1 Number of public health nurses working in rural, semi-rural and urban regions of Croatia, 1995-2014



Slika 2. Broj patronažnih sestara zaposlenih u punom radnom vremenu u pretežito ruralnim, značajno ruralnim i pretežito urbanoj regiji RH, 1995. – 2014.

Figure 2 Number of public health nurses employed full-time in rural, semi-rural and urban regions of Croatia, 1995-2014

Najveći broj PS u RH bio je zaposlen s punim radnim vremenom, a manji s djelomičnim radnim vremenom. Zabilježen je trend pada broja PS koje rade s punim radnim vremenom, s 93,1% u 1999. godini kad ih je bilo najviše, na 82,3% u 2014. godini. Najveći postotak PS s punim radnim vremenom bio je u urbanoj regiji (95,9-100,0%). Zatim su slijedile djelomično ruralne regije s trendom pada s 98,1% na 81,4%. Najmanje PS zaposlenih s punim radnim vremenom bilo je u ruralnim regijama, najprije s trendom pada (92,7% na 77,4%), da bi u 2014. godini porastao na 81% (Slika 2).

Na razini RH vidljiv je kontinuirani trend rasta broja PS s višom školskom spremom (VŠS), od 75,6 % u 1995. na 93,6% u 2014. godini. Najveći postotak PS s VŠS bio je u urbanoj regiji (88,7% u 2009. do 100% u 2014. godini). Zatim su slijedile ruralne regije, s kontinuiranim porastom (78,4% u 1995. na 96,4% u 2014. godini). Najmanji postotak PS s VŠS zabilježen je u djelomično ruralnim regijama, ali i u njima sa značajnim porastom (56,9% u 1995., 86,6% u 2014. godini) (Slika 3).

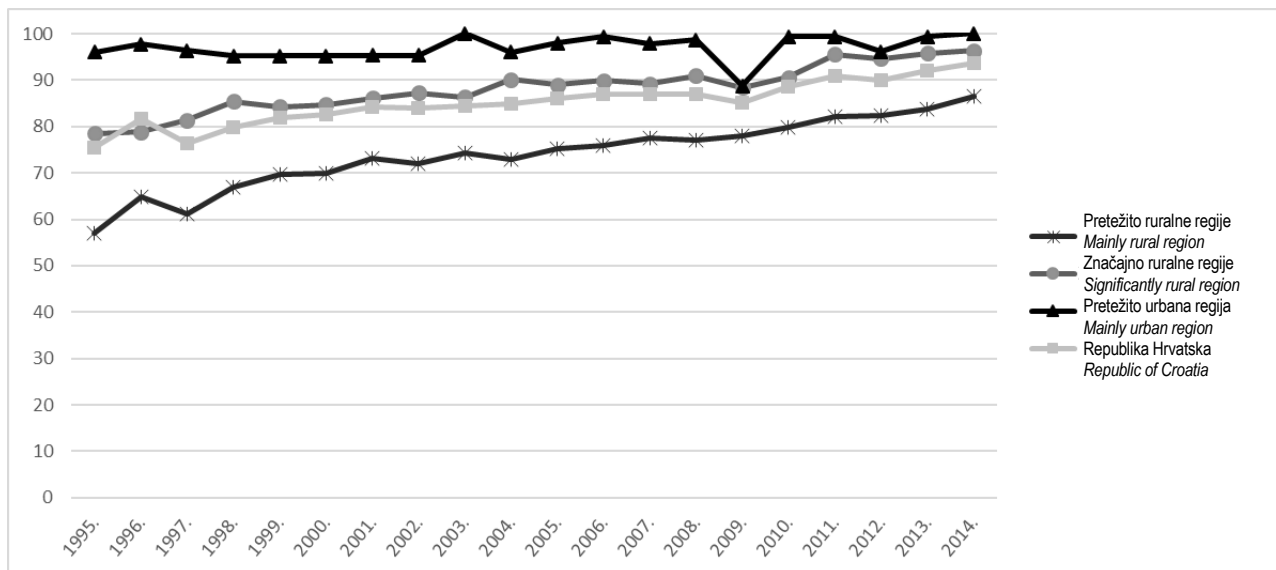
Sukladno porastu broja PS, prosječan broj stanovnika u skrbi jedne PS u RH imao je trend opadanja, sa 6563 stanovnika u 1995. na 5012 u 2014. godini. Najveći trend pada zamijećen je u ruralnim regijama RH (9079 stanovnika u 1995., 4717 u 2003. godini), a zatim je trend bio stacionaran, s prosječno 4988 stanovnika u skrbi jedne PS u 2014. godini. Trend pada prosječnog broja stanovnika po jednoj PS

prisutan je, ali manje značajan i u djelomično ruralnim i urbanim regijama, pa je u 2014. godini, u djelomično ruralnim regijama bilo nešto manje (4850), a u urbanoj regiji nešto više (5411) stanovnika (Slika 4).

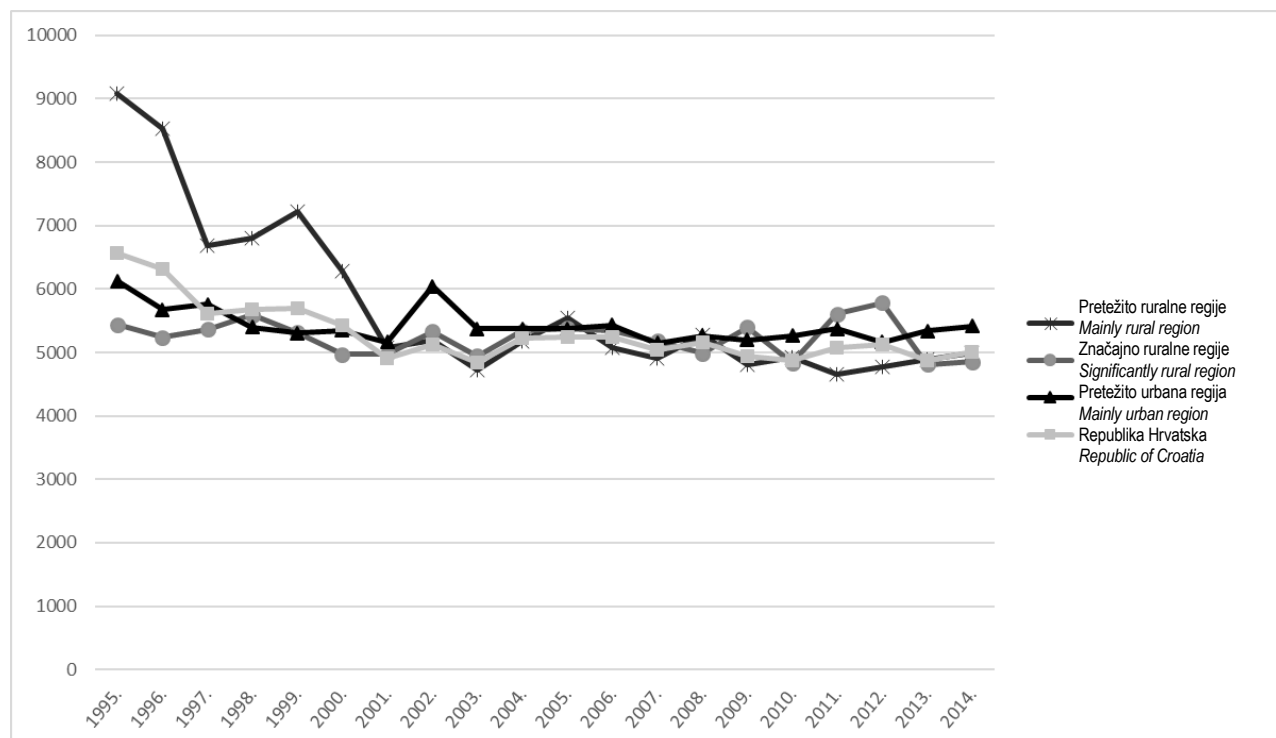
Struktura rada patronažne djelatnosti

Prosječan godišnji broj posjeta po jednoj PS u RH bio je u stalnom porastu, od 1339 posjeta učinjenih u 2005. do 1587 u 2014. godini (zamijećen značajan porast od 2010. do 2012. godine). Najveći porast zamijećen je u ruralnim regijama RH (1316 posjeta u 1995., 1743 u 2014. godini). Prosječan broj posjeta po PS u djelomično ruralnim i urbanoj regiji bio je nešto manji od onih u ruralnim regijama: u djelomično ruralnim 1296 posjeta u 1995., a 1410 u 2014. godini, a u urbanoj regiji 1496 posjeta u 1995., a 1543 u 2014. godini (Slika 5).

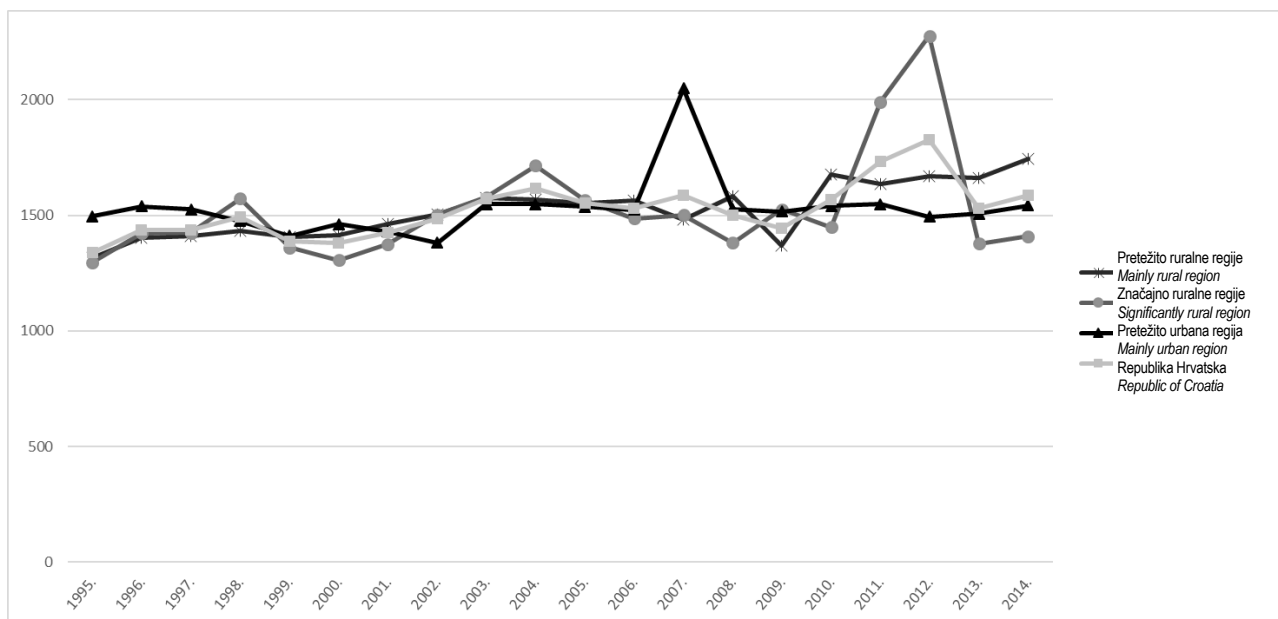
Prosječan godišnji broj posjeta kroničnim bolesnicima po jednoj PS u RH bio je, uz manje oscilacije, u kontinuiranom porastu. U 1995. godini napravljeno je prosječno 693 posjeta kroničnim bolesnicima po jednoj PS, a u 2014. godini 890 posjeta. Najveći porast broja posjeta zamijećen je u ruralnim (671 posjeta u 1995. na 1027 u 2014) i djelomično ruralnim regijama (637 posjeta u 1995. na 770 u 2014). Za razliku od toga, u urbanoj regiji broj posjeta kroničnim bolesnicima po jednoj PS se, uz oscilacije, smanjivao (879 posjeta u 1995., 779 u 2014. godini) (Slika 6).



Slika 3. Broj patronažnih sestara s višom stručnom spremom u pretežito ruralnim, značajno ruralnim i pretežito urbanoj regiji RH, 1995. – 2014.
 Figure 3 Number of public health nurses with college education in rural, semi-rural and urban regions of Croatia, 1995-2014

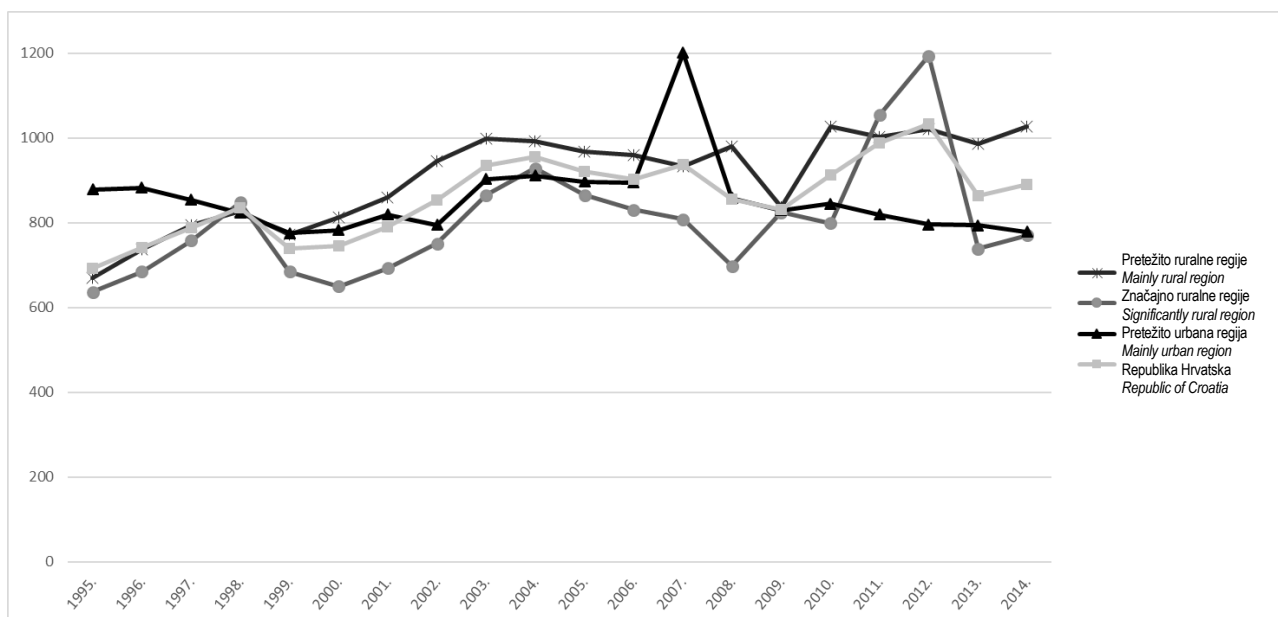


Slika 4. Prosječan broj stanovnika po jednoj patronažnoj sestri u pretežito ruralnim, značajno ruralnim i pretežito urbanoj regiji RH, 1995. – 2014.
 Figure 4 Average number of patients per one public health nurse in rural, semi-rural and urban regions of Croatia, 1995- 2014



Slika 5. Prosječan godišnji broj posjeta po jednoj patronažnoj sestri u pretežito ruralnim, značajno ruralnim i pretežito urbanoj regiji RH, 1995. – 2014.

Figure 5 Average annual number of visits per one public health nurse in rural, semi-rural and urban regions of Croatia, 1995-2014



Slika 6. Prosječan godišnji broj posjeta kroničnim bolesnicima po jednoj patronažnoj sestri u pretežito ruralnim, značajno ruralnim i pretežito urbanoj regiji RH, 1995. – 2014.

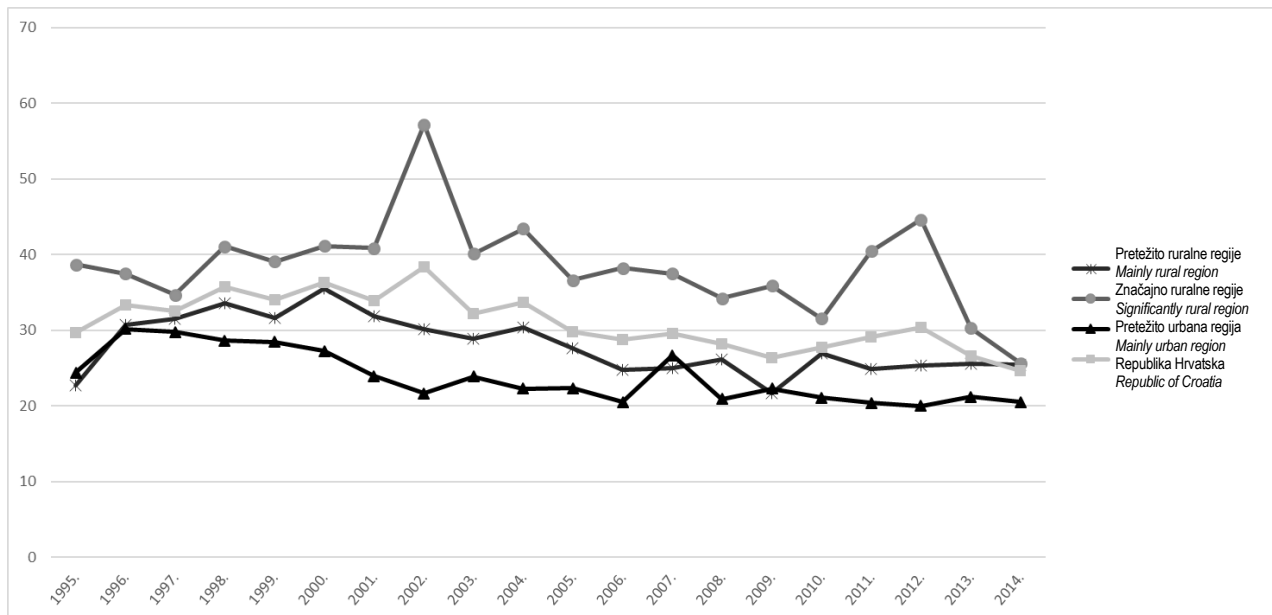
Figure 6 Average annual number of visits to chronic patients per one public health nurse in rural, semi-rural and urban regions of Croatia, 1995-2014

Prosječan godišnji broj posjeta trudnicama po jednoj PS u RH u stalnom je padu, od 38 posjeta u 2002. godini kada ih je bilo najviše, do 25 u 2014. godini. Najveći broj posjeta napravljen je u ruralnim regijama (39 posjeta u 1995, a 26 u 2014, godini). Zatim slijede djelomično ruralne regije, najprije s

porastom od 23 posjeta trudnicama u 1995., na 35 u 2000. godini, nakon čega je nastupio kontinuirani pad na 25 posjeta u 2014. godini. U cijelom ispitivanom razdoblju, najmanje posjeta trudnicama po jednoj PS bilo je u urbanoj regiji s kontinuiranim padom (24 posjeta u 1995., 21 u 2014. godini) (Slika 7).

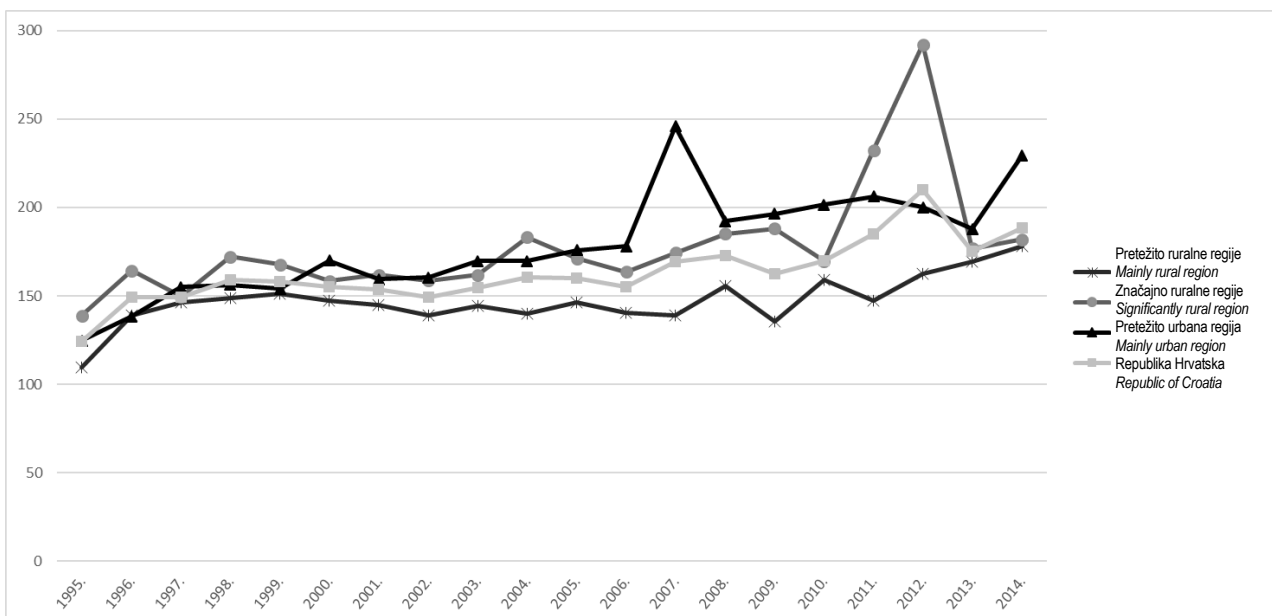
Prosječni godišnji broj posjeta babinjačama po jednoj PS u RH kontinuirano je rastao tijekom cijelog razdoblja promatranja, s prosječnih 124 posjeta u 1995. na 188 u 2014. godini. Najmanji broj posjeta babinjačama u odnosu na ostale promatrane regije zabilježen je u djelomično ruralnim regijama, ali je također prisutan

trend porasta (109 posjeta 1995. godine, 178 posjeta 2014. godine). U ruralnim i u urbanoj regiji broj je posjeta babinjačama uvijek bio veći, a tijekom promatranog razdoblja još je više porastao, osobito u urbanoj regiji (u ruralnim, sa 139 u 1995., na 182 u 2014. godini, a u urbanoj sa 125 u 1995., na 229 u 2014. godini) (Slika 8).



Slika 7. Prosječni godišnji broj posjeta trudnicama po jednoj patronažnoj sestri u pretežito ruralnim, značajno ruralnim i pretežito urbanoj regiji RH, 1995. – 2014.

Figure 7 Average annual number of visits to pregnant women per one public health nurse in rural, semi-rural and urban regions of Croatia, 1995-2014



Slika 8. Prosječni godišnji broj posjeta babinjačama po jednoj patronažnoj sestri u pretežito ruralnim, značajno ruralnim i pretežito urbanoj regiji RH, 1995. – 2014.

Figure 8 Average annual number of visits to post-partum women per one public health nurse in rural, semi-rural and urban regions of Croatia, 1995-2014

Slično posjetama babinjačama, i prosječan godišnji broj posjeta novorođenčadi po jednoj patronažnoj sestri u RH bio je u porastu (127 posjeta u 1995., 211 u 2014. godini). U djelomično ruralnim regijama zabilježen je najmanji prosječan godišnji broj posjeta novorođenčadi, ali kao i u cijeloj RH, trend je porastao (121 posjeta u 1995., 200 posjeta u 2014. godini). U urbanoj regiji zamijećen je najveći trend rasta u odnosu na sve regije (125 posjeta u 1995., 266 u 2014. godini). Za razliku od posjeta novorođenčadi, prosječan godišnji broj posjeta dojenčadi (od kraja prvog mjeseca života, do navršenih 12 mjeseci) po jednoj PS u RH bio je u padu (127 posjeta u 1995., 87 u 2014). U ruralnim regijama pad je bio najveći (sa 129 na 80 posjeta). Posjeti ostalim populacijskim grupama, kao što su zdrave žene, mala i školska djeca, posjeti školskim ustanovama i posjeti zbog socijalnih i higijenskih prilika, koji su također predviđeni Planom i programom mjera za patronažnu djelatnost, obavljani su značajno rjeđe u cijeloj RH i s generalnim trendom pada. U obje ruralne regije zabilježen je veći prosječan godišnji broj svih navedenih posjeta nego u urbanoj regiji.

Rasprava

Rezultati istraživanja pokazuju da u RH postoje razlike u organizaciji i funkcioniranju patronažne djelatnosti između ruralnih i urbanih regija, a ne samo, kako je od prije poznato, između županija.¹⁰ Tijekom ispitivanog 20-godišnjeg razdoblja u ruralnim je regijama djelomično nadoknađen manjak patronažnih sestara (PS) što je dovelo do smanjenja prosječnoga broja stanovnika po jednoj PS, ali je taj broj još uvijek veći od standardom propisanoga. Naime, u 2014. godini prosječan je broj stanovnika u tim regijama bio 4988, a jedna se PS u tim regijama može ugovoriti već na 2800 stanovnika.⁴ Za razliku od ruralnih regija, prosječan je broj stanovnika po jednoj PS u urbanoj regiji, skoro unutar Standarda. Iz toga možemo zaključiti da je u RH patronažna djelatnost još uvijek manje dostupna ruralnom nego urbanom stanovništvu.

Nepovoljnija je i obrazovna struktura PS koje rade u ruralnim regijama jer ne odgovara standardu o posjedovanju visoke školske spreme. Iako je postotak tako obrazovanih sestara znatno porastao, oko 15% njih još uvijek radi sa srednjom školskom spremom u ruralnim, za razliku od urbane regije, u kojoj skoro sve PS imaju visoko obrazovanje. Za očekivati je da se započeti trend rasta broja PS s visokom školskom spremom u ruralnim regijama nastavi i u budućnosti, jer se radi o kompleksnim sadržajima rada koji se

obavljaju samostalno i u kući bolesnika i za koje je prema suglasju struke visokoškolsko obrazovanje neophodno.^{3,18}

Dok su u urbanoj regiji skoro sve PS zaposlene s punim radnim vremenom, u ruralnim regijama njih oko 20% radi s djelomičnim radnim vremenom. Slična je situacija i u djelomično ruralnim regijama. Rad s djelomičnim radnim vremenom najvjerojatnije je posljedica rijetke naseljenosti seoskih područja, pa jedna medicinska sestra obavlja dvije funkcije, dijelom radnog vremena funkciju ambulatne, a drugim dijelom funkciju PS. Zbog toga bi bilo potrebno dodatno istražiti gdje je i zašto primijenjen ovaj organizacijski model i koliko je učinkovit, jer ne postoje publicirani radovi o ovom fenomenu.

Opterećenost radom patronažne djelatnosti u ruralnim područjima također je veća. Iako PS iz tih regija imaju nešto manji broj stanovnika u skrbi, godišnje obave veći broj posjeta od njihovih kolegica u druge dvije regije. Najvjerojatnije je to posljedica povećane potrebe za patronažnom skrbi sve većeg broja starijeg i samačkog stanovništva koje živi u seoskim područjima^{17,19} Na to ukazuje i činjenica da je više od 50% posjeta učinjeno kroničnim bolesnicima, doduše u svim regijama, ali u ruralnim regijama je i taj broj veći. Dok se u urbanoj regiji broj posjeta kroničnim bolesnicima smanjuje, u obje ruralne regije se povećava. Prema istraživanju Šućura i Zrinščaka, ruralno starije stanovništvo boluje od većeg broja kroničnih bolesti, što najvjerojatnije pridonosi povećanom broju posjeta tim bolesnicima u ruralnim regijama.¹⁹ Međutim, možda tom fenomenu pridonosi smanjeni broj kućnih posjeta liječnika obiteljske medicine, pa dio posjeta preuzimaju PS.²⁰ Obveza jednomjesečnog posjećivanja bolesnika koji imaju odobrenu kućnu njegu vjerojatno pridonosi povećanju toga broja.⁶ Uloga patronažne sestre u brizi za kronične bolesnike, kao što su bolesnici koji imaju povišeni kardiovaskularni rizik, dijabetes, astmu, i uloga PS u skrbi za stare ljude s multi-morbiditetom, propituje se i u drugim istraživanjima kod nas i u svijetu.²¹⁻²⁴ Međutim, veliki broj posjeta kroničnim bolesnicima trebalo bi dodatno istražiti jer ukazuje i na mogući smjer razvoja patronažne djelatnosti. Umjesto preventivne i zdravstveno-odgojne uloge, moguće je da se patronažna djelatnost sve više okreće kurativi.

Osim posjeta babinjačama i novorođenoj djeci, sve vrste preventivnih posjeta, uključujući posjete trudnicama, dojenčadi i maloj djeci, školskoj djeci i posjeta zbog socijalnih i higijenskih razloga, smanjuju se u cijeloj RH, a nešto u manjem opsegu i u ruralnim područjima. Pitanje je zašto je broj posjeta babinjačama i novorođenoj djeci u cijeloj RH, pa tako i u

ruralnim županijama, veći od propisanoga Programom mjera, dok je broj posjeta trudnicama i dojenčadi manji.⁹ Možda je to racionalna odluka naših PS, jer su, sukladno literaturi, ovi posjeti učinkovitiji pridonoseći unapređenju zdravlja majke i djeteta, dok za druge vrste posjeta nemamo literaturni dokaz o učinkovitosti.^{25,26} Međutim, i prevelik ukupan broj posjeta, osobito kroničnim bolesnicima, mogao bi biti razlog malom broju svih nabrojanih, preventivnih posjeta. U 2014. godini u ruralnim je regijama jedna PS obavila prosječno preko sedam posjeta dnevno, a u ostalim regijama nešto više od 6 posjeta. Ako se uzme u obzir da je predviđeni normativ za posjete jedan sat i da su udaljenosti u ruralnim područjima znatno veće, onda niti ne preostaje puno vremena za druge, s javno-zdravstvenog aspekta, vrlo vrijedne aktivnosti.²⁷

Dobivene rezultate teško je uspoređivati s literaturom iz drugih zemalja, jer je organizacija patronažne djelatnosti različita: pretežito je monovalentna (jedan profil PS odgovoran je za skrb samo jedne populacijske grupe), dok je kod nas polivalentna (jedna PS odgovorna je za skrb svih stanovnika toga područja).^{28,29} Najbliža moguća usporedba bila bi sa susjednim zemljama s kojima dijelimo tradiciju patronažne djelatnosti, međutim ne postoje ili su nama nedostupni radovi o toj temi. U Sloveniji je patronažna služba djelomično u sustavu koncesija, a u sklopu svoga rada imaju i obavljanje kućne njege. Razumljivo je da je broj posjeta kroničnim bolesnicima veći, a standard manji, 2500 stanovnika je u skrbi jedne PS.³⁰ U Srbiji je standardni broj definiran na 5000 stanovnika po jednoj PS i pretežito su preventivno orijentirane, ali nema podataka o urbano-ruralnim razlikama.³¹

Nedostaci istraživanja prvenstveno se odnose na prikupljene podatke. Uočene su manje nepreciznosti u prikazu nekih podataka po godinama, a osobito je prisutan nagli skok svih promatranih obilježja u razdoblju od 2010. do 2012. godine. Anomalija je najvjerojatnije nastala zbog primjene drugog softverskog programa, ali nevezano na uzrok, to je upozorenje na potrebu pažljivijeg prikupljanja i prikazivanja podataka. Bez obzira na uočene nedostatke, prednost istraživanja prvenstveno je njegova utemeljenost na službenim zdravstveno-statističkim podacima koji se i inače koriste za planiranja u zdravstvu na nacionalnoj i lokalnim razinama, te služe za međunarodne usporedbe. Podaci su također prikupljeni na jednak način tijekom cijelog promatranog razdoblja, pa je bilo moguće pratiti dvadesetogodišnje trendove. Osim toga, dvadesetogodišnje razdoblje promatranja dovoljno je dugo za praćenje sadašnjih i predviđanje budućih trendova.

Iako su podaci pogodni za praćenje trendova, nisu pogodni za dublju analizu regionalnih razlika, a osobito su nepouzdana za utvrđivanje uzroka zbog kojih su razlike nastale, što bi trebalo dodatno istražiti.

Usprkos nedostacima dobiveni rezultati mogli bi poslužiti kao dodatni element u planiranju razvoja i ugovaranju patronažne djelatnosti s namjerom da se i kroz patronažnu djelatnost smanje urbano-ruralne nejednakosti u dostupnosti zdravstvenoga sustava. Iako je u zadnjih dvadeset godina došlo do unapređenja te djelatnosti, prvenstveno povećanjem broja PS u ruralnim područjima, taj bi trend bilo poželjno nastaviti. Bilo bi važno razmišljati o dodatnom smanjenju prosječnoga broja stanovnika po jednoj PS, osobito u ruralnim područjima, i/ili barem o dosljednoj primjeni postojećeg Standarda. Bilo bi poželjno da se uočeni trend visokoškolskog obrazovanja također nastavi, jer jedan dio PS u ruralnim područjima, doduše manji, još uvijek ima srednjoškolsko obrazovanje. Za to je potrebno izdvojiti dodatna financijska sredstva, ali i omogućiti zapošljavanje zamjenskih sestara za vrijeme odsutnosti zbog školovanja. Smanjenjem Standarda o broju stanovnika po jednoj PS smanjila bi se i radna opterećenost, pa bi se moglo očekivati da se više rade preventivni sadržaji za koje su PS primarno osposobljene. Uvođenjem visokoškolskog obrazovanja patronažna djelatnost je u prilici, ne samo definirati profesionalne okvire unutar našeg dinamičnog zdravstvenog sustava, nego i stasati kao akademska disciplina.^{32,33} Dobiveni rezultati mogli bi poslužiti kao poticaj za daljnja istraživanja, osobito onih koja će se baviti djelokrugom rada i učinkovitosti pojedinih postupaka neophodno potrebnih za akademski napredak te profesije.³⁴

Zaključak

Dobiveni rezultati ukazuju na postojanje razlika u organizaciji i funkcioniranju patronažne djelatnosti između ruralnih i urbanih regija u RH. Broj PS, kao i prosječan broj stanovnika po jednoj PS u ruralnim regijama, još je uvijek veći od standardom predviđenoga broja za ta područja. Obrazovna struktura je lošija, a veći broj PS radi s djelomičnim radnim vremenom u ruralnim područjima. PS u ruralnim područjima opterećenije su većim brojem posjeta i to najčešće posjetima kroničnim bolesnicima. Međutim, iako su preventivni posjeti u svim regijama manje zastupljeni, njihova struktura je nešto povoljnija u ruralnim područjima. Na temelju navedenih parametara možemo zaključiti da je, usprkos napretku, patronažna djelatnost u ruralnim sredinama još uvijek manje dostupna, a više opterećena poslom, od one u urbanim regijama RH.

Zahvala

Autori se zahvaljuju svim patronažnim medicinskim sestrama u RH koje su, usprkos velikom radnom opterećenju, ustrajno bilježile podatke o svom radu na kojima se temelji ovo istraživanje izrađeno uz potporu Zaklade za razvoj obiteljske medicine.

Literatura

1. Mojsović Z, i sur. Sestrinsko u zajednici. 2. dio. Zagreb: Zdravstveno visoko učilište; 2006.
2. Hrvatski Sabor. Zakon o izmjenama i dopunama zakona o sestriinstvu. Narodne novine. 2011; 57.
3. Hrvatska komora medicinskig sestara. Odobrenje za samostalan rad. Dostupno na adresi: www.hkms.hr. Datum pristupa informaciji 31. svibnja 2014.
4. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine. 2010;43.
5. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Dostupno na adresi: <http://zakon.poslovna.hr/public/plan-i-program-mjera-zdravstvene-zaštite-iz-obveznog-zdravstvenog-osiguranja>. Datum pristupa informaciji 12. 03. 2014.
6. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Izmjena Pravila i općih uvjeta ugovaranja primarne, sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite i razine zdravstvenih zavoda za razdoblje od 1. travnja do 31. prosinca 2004. godine. Narodne novine. 2004; 81.
7. Mazzi B. Patronažna služba i obiteljski doktor. U: Zbornik jedanaestog kongresa HDOD-HLZ, Rovinj 2011. Rovinj: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora – Hrvatskog liječničkog zbora; str.10-28. Dostupno na adresi: www.hdod.net/rad_drustva.
8. Bendeković Z, Šimić D, Gladović A, Kovačić L. Changes in the organizational structure of public health nurse services in the Republic of Croatia 1995 to 2012. Coll Antropol. 2014;38(Suppl 2):85–89.
9. Šimić D, Bendeković Z, Gladović A, Kovačić L. Did the structure of work in the public health nurse service of the Republic of Croatia change in the period 1995-2012? Coll Antropol. 2014;38(Suppl 2):91–95.
10. Bendeković Z, Šimić D, Vrcić Keglević M. Regionalne razlike u patronažnoj djelatnosti u RH, period 1995. - 2012. godine. Med Fam Croat. 2014;22: 33-41.
11. Marmot M, Allen JJ, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet. 2012;380:1011-1029.
12. Vikum E, Krokstad S, Westin S. Socioeconomic inequalities in health care utilisation in Norway: the population-based HUNT3 survey. Int J Equity Health. 2012;11:48.
13. Bethea TN, Lopez RP, Cozier YC, White LF, McClean MD. The relationship between rural status, individual characteristics, and self-rated health in the Behavioral Risk Factor Surveillance System. J Rural Health. 2012;28:327-338.
14. Šućur Z, Zrinščak S. Bolne razlike: samoprocjena nejednakosti zdravlja u Hrvatskoj i Europskoj zajednici. Croatian Medical Journal. 2007;653-666.
15. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi, 1995- 2014. Zagreb; Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 1995-2014.
16. Ministarstvo poljoprivrede, ribarstva i ruralnog razvoja. Strategija ruralnog razvoja RH 2008. – 2013. Dostupno na: http://seerural.org/1documents/Strategic_Documents2/Croatia/Strategija_ruralnog_razvoja_Republike_Hrvatske_za_razdoblje_2008_2013.pdf. Datum pristupa informaciji 22. 6. 2015.
17. Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva 1991, 2001, 2011. godine. Kontingenti stanovništva po županijama, gradovima i općinama. Zagreb: Državni zavod za statistiku; 1996,2002,2012. Dostupno na adresi: <http://www.dzs.hr>. Datum pristupa informaciji 12. 3. 2014.
18. Šimunović VJ, Županović M, Mihanović F, Zemunik T, Bradarić N, Janković S. In search of a Croatian model of nursing education. Croat Med J. 2010;51: 383-95, assessed 4. 4. 2014.
19. Županić M, Kovačević I, Krikić V, Županić S. Everyday needs and activities of geriatric patients–users of home care. Period Biol. 2013;115(4):575–580
20. Javorić H, Topolovec-Nižetić V, Pavleković G. Home visits in Croatian family practice: a longitudinal study: 1995-2012. Coll Antropol. 2014;38(Suppl 2):55-59.
21. Džakula A, Ivezić J, Žilić M at al. Cardiovascular risk factors and visiting nurse intervention – evaluation of a Croatian survey and intervention model: the CroHort study Coll. Antropol. 2012;36(Suppl. 1):21-25.
22. Špehar B, Mačević B. Patronage medical care of patients with diabetes – Health Centre Duga Resa, Croatia. Sestrinski glasnik 2014;19:8-11.
23. Cicutto L, To T, Murphy S. A randomized controlled trial of a public health nurse-delivered asthma program to elementary schools. J Sch Health. 2013;83:876-84.
24. Sullivan-Marx EM. Is it time for a public health nursing approach to aging? J Gerontol Nurs. 2013 Sep;39:13-6.
25. Glavin K, Schaffer MA. A comparison of the Well Child Clinic services in Norway and the Nurse Family Partnership Program in the United States. J Clin Nurs. 2014;31:153-66.
26. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. Cochrane Database Syst Rev. 2013(7): CD009326.
27. Smith K, Bazini-Barakat N. A public health nursing practice model: melding public health principles with the nursing process. Public Health Nurs. 2003;20:42-8.

28. Glavin K, Schaffer MA, Halvorsrud L, Kvarme LG. A comparison of the cornerstones of public health nursing in Norway and in the United States. *Public Health Nurs.* 2014;31:153-66.
29. Brookes K, Davidson P, Daly J, Hancock K. Community health nursing in Australia: a critical literature review and implications for professional development. *Contemp Nurse.* 2004;16:195-207.
30. Ministarstvo za zdravje Republike Slovenije. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. Nacionalni Inštitut za javno zdravje RS. Dostupno na: http://www.ivz.si/podatkovne_zbirke. Datum pristupa informaciji 12. 6. 2014.
31. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe. *Službeni glasnik RS.* 2005;107.
32. Županić M. Organizacija, obrazovanje i kompetencije patronažnih medicinskih sestara. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo.* 2013;9:5-15.
33. Hansen C, Carryer J, Budge C. Public health nurses' views on their position within a changing health system. *Nurs Prax N Z.* 2007;23:14-26.
34. van Bekkum JE, Hilton S. The challenges of communicating research evidence in practice: perspectives from UK health visitors and practice nurses. *BMC Nurs.* 2013;12:17.

