

## Patronaža- jučer, danas, sutra

Sanja Kanisek<sup>1,2</sup>, Ivana Barać<sup>2</sup>, Verica Voloder<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Patronažna zdravstvena zaštita, Dom zdravlja Osijek, Studij sestrinstva, Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku, <sup>2</sup>Dom zdravlja Osijek; Osijek

### SAŽETAK

Patronažna djelatnost u Hrvatskoj je prošla dug razvojni put profilirajući se u djelatnost kojoj su nositelji medicinske sestre više stručne spreme. Unatoč porastu broja sestara sa visokom stručnom spremom i prijedlozima o potrebi visoke stručne spreme, još uvijek 8% patronažnih sestara ima završenu srednju stručnu spremu. U zadnje vrijeme događaju se pozitivne promjene koje se odnose na djelomičnu mogućnost prikaza vrste provedenih DT postupaka no zahtijevaju dodatno oblikovanje. Još uvijek je puno neriješenih pitanja kao što su: organizacija radnog vremena, informatizacija, pravna regulativa elektronskog oblika izvješća, suradnja s liječnicima u provedbi rada u grupi za različite vrste korisnika, sudjelovanje u provedbi zdravstvenog odgoja u školama, prepoznavanje mogućnosti doprinosa viših i visokoobrazovanih sestara u patronaži uštedama sustavu kroz samostalnost u utvrđivanju vrste i učestalosti DT postupaka, reguliranje jedinstvenog načina naknade za prijevoz, radnu torbu, odjeću i obuća kao i njihovog sadržaja. Kako bi se mogli okrenuti potrebnom planiranju budućnosti patronaže, najprije je potrebno kvalitetno riješiti probleme prošlosti, koji su nažalost i problemi današnjice, a koje prilično dugo nosimo sa sobom s ciljem unaprjeđenja kvalitete pruženih usluga korisnicima patronažne službe ali i povećanja osobnog zadovoljstva poslom.

Ključne riječi: DT postupci, informatizacija, obrazovanje

„Sestra pomoćnica je onaj misionar, koji će u narod unijeti za nj važne rezultate znanosti. Njoj je dana uloga narodnog prosvjetitelja u higijeni, ona imade da unapređuje zdravlje pojedinca, obitelji, naroda, ljudske zajednice... Ona odlazi k ljudima u kuće, nauča ih principe higijene... Ako je bolestan jedan član obitelji i sestra pomoćnica poučava, kako će se zdravi očuvati od bolesti, a opet čini sve, da ozdravi onaj, koji je izgubio zdravlje...“

dr. Vladimir Čepulić

## Razvoj patronažne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj

Začeci patronažne djelatnosti kod nas počinju 1921. god., osnivanjem prve Škole za sestre pomoćnice, koje su radile monovalentnu patronažu u tadašnjim dispanzerima za tuberkulozu i dojenčad. Tadašnji ravnatelj Škole za sestre pomoćnice, dr. Vladimir Čepulić ističe važnost stvaranja profesionalnog osoblja koje preuzima jednu od osnovnih uloga u javnozdravstvenom radu (1).

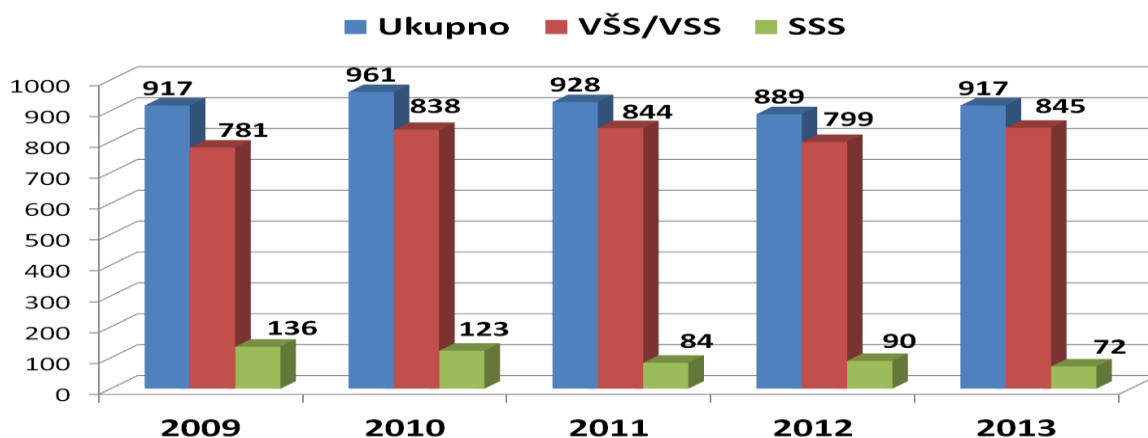
Godine 1930. Osniva se Središte za socijalno higijenski rad u Zagrebu, tako da od 1933. sestre preuzimaju ulogu prvih socijalnih radnika, a od 1935. provode i odgojni rad putem „tečajeva za majku i dijete“ i „njege bolesnika u kući“ (2).

Osnivanjem Domova zdravlja 1952. godine, medicinske sestre započinju sa polivalentnim načinom rada, a od 1961. bivaju uključene u timove liječnika opće medicine koji su tada bili teritorijalno raspoređeni. Poslijeratnom reformom iz 1993. godine, uveden je slobodan izbor liječnika čime je narušen koncept obiteljskog načina rada u općoj medicini. Kako bi se sačuvala patronažna djelatnost, koja je ostala vezana na teritorijalnu podjelu, sestre su izdvojene iz liječničkih timova i objedinjene u zasebnoj patronažnoj službi Doma zdravlja. Time su rasterećene od ambulantnog rada, ali opterećene sa većim brojem obitelji i većim teritorijem te su izgubile elemente suradnje i stručne potpore od strane obiteljskih doktora (3). Zbog sve većih potreba za kurativnim radom i tu se počinje zapuštati preventiva, koja je osnovica rada patronažne službe. Zbog rasterećenja patronaže, ali i zbog financijskih interesa, 1997. godine je odobrena privatizacija, odnosno osnivanje privatnih ustanova za zdravstvenu njegu u kući, koje preuzimaju kurativni dio patronažne djelatnosti Doma zdravlja. Ubrzo se sustav zdravstvene njege u kući limitira u broju usluga i postavlja pod nadzor patronažne službe (3).

### Broj i obrazovna struktura medicinskih sestara u Patronažnoj zdravstvenoj zaštiti

Tijekom godina, školovanje medicinskih sestara doživjelo je brojne promjene. Tako se 1966. godine osniva Viša medicinska škola pri Medicinskom fakultetu sa dva usmjerenja: bolnički i dispanzersko- patronažni. Dvadeset godina poslije, odnosno 1986. godine, ukidaju se navedeni smjerovi i educiraju se samo polivalentne sestre. Od 1999. godine osniva se Visoka zdravstvena škola sa trogodišnjim studijem (3). Danas, prema podacima iz registra Hrvatske komore medicinskih sestara (HKMS), ažuriranih 29.10.2013, je ukupno oko 34 000 medicinskih sestara. Od toga, 27 445 srednje stručne spreme, a 6558 više i visoke stručne spreme (4). U „Smjernicama za provođenje zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti“, izdane od strane HKMS, navodi se kako je za rad u Patronažnoj službi potrebno imati

najmanje višu odnosno visoku stručnu spremu (5). Međutim, prema zadnjim dostupnim podacima, u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske u patronažnoj djelatnosti zaposleno je 917 medicinskih sestara pri čemu 845 prvostupnika sestrinstva (92%) i 72 medicinske sestre srednje stručne spreme (8%) (6). Analizirajući vremenski period od 2009. do 2013. godine, vidljiv je kontinuirani porast udjela medicinskih sestara sa višom stručnom spremom (Slika 1).



**Slika 1. Broj i obrazovna struktura medicinskih sestara u Patronažnoj djelatnosti, 2009-2013.**

Iako su prije 30 godina ukinuti svi smjerovi i educiraju se samo polivalentne sestre, u Hrvatskom zdravstveno statističkom ljetopisu za 2013. godinu se navodi kako: „Patronažnu zaštitu provode više medicinske sestre patronažnog smjera“ (6). Ovo je još jedan podatak koji ukazuje na marginaliziranje važnosti obrazovanja medicinskih sestara u patronažnoj djelatnosti. Nažalost, sustav ne prepoznaje potrebu daljnje edukacije patronažnih sestara. Na sreću, patronažne sestre prepoznaju potrebu za profesionalnim usavršavanjem te ulažu i privatno vrijeme i novac kako bi zadovoljile navedenu potrebu i bile u korak sa potrebama današnjih korisnika. Primjerice, u Patronažnoj službi Doma zdravlja Osijek, trenutno su tri magistre sestrinstva, još tri su na diplomskom studiju, a jedna na poslijediplomskom studiju Biomedicine i zdravstva.

### **Sestrinska dokumentacija u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti**

Iz Zakona o sestrinstvu u članku 17. navodi se da je medicinska sestra obvezna evidentirati sve provedene postupke na sestrijskoj listi za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite. Sestrinska lista iz stavka 1. ovoga članka jest skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege (7).

Danas patronažna sestra, sestričnu dokumentaciju provodi u elektronskom, ali značajan dio još uvijek u pisanom obliku i jedina je još uvijek izvan integriranog zdravstvenog sustava. Postupke zdravstvene njege od 1.4.2013. je moguće prikazati kroz više DT postupaka te smo konačno u mogućnosti djelomice prikazati svoje izvršene usluge na osnovu vrste korisnika i oblika rada. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) je donio Odluku o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN, 38/13) kojom se radi praćenja rada i pravdanja utvrđenih sredstava za djelatnost patronažne zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovog članka utvrđuju dijagnostičko-terapijski postupci „nulte“ razine (tablica 1) (8).

**Tablica 1. DTP-i u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti**

ŠIFRA		P/K
<b>PT001</b>	<b>Prvi posjet obitelji</b>	P
	priprema za prvi posjet obitelji	
	uspostava kontakta s obitelji	
	popis članova obitelji	
	popunjavanje osobne anamneze članova obitelji	
	Utvrđivanje potreba za patronažnu skrb-izrada plana patr. skrbi	
<b>PT002</b>	<b>Primarna prevencija</b>	P
	trudnice	
	babinjače	
	novorođenčeta	
	dojenčeta	
	malog djeteta	
	školskog djeteta	
	adolescenta	
	odrasle osobe	
	starije osobe	
<b>PT003</b>	<b>Sekundarna i tercijarna prevencija</b>	P
	Kronično oboljele djece	
	odraslih i starijih osoba	
	ovisnika	
	invalida	
<b>PT004</b>	<b>Rad s grupama</b>	P

	trudnice	
	kronični bolesnici	
	ovisnici	
	vrtići	
	škole	
	lokalna zajednica	
<b>PT005</b>	<b>Telefonsko savjetovanje</b>	P
<b>PT006</b>	<b>Suradnja s drugim stručnjacima</b>	P
	izabranim liječnikom	
	socijalnom službom i ustanovama	
	bolnicom	
	zdravstvenom njegom u kući	
	paliјativnom skrbi	
	gerontološkom službom	
	vrtićem	
	školom	
	policijom	
	ostalo	

Prikazani DT postupci još uvijek ne omogućuju prikaz stvarnog rada patronažne sestre. Naime, iz navedenih postupaka, u mjesečnom izvješću prema HZZO-u, iz kojeg se prati rad i pravdaju utvrđena sredstva, nije vidljiva vrsta korisnika ili vrsta provedene suradnje, što asocira na prošlost kada su svi postupci prikazivani jedinstvenom šifrom i ponovo prikriva stvarni rad i trud patronažne sestre (Tablica 2).

Stoga je potrebno preoblikovati navedene DTP-ove dodavanjem nastavka, npr. PT006-1, suradnja s liječnikom obiteljske medicine. Osim primjene novih DT postupaka, novost je i način prikazivanja mjesečnog izvješća patronažne sestre. Do nedavno je mjesečno izvješće Patronaže prikazivano samo u formi količine. Nove tiskanice HZZO-a omogućuju točan prikaz određenog pacijenta: imenom i prezimenom, drugim identifikacijskim podacima (MBO, OIB) te vrstom DT postupka (9). Poteškoća u prikazu identifikacijskih podataka se događa prilikom prikaza posjeta novorođenčetu koje još uvijek tijekom prvih mjesec dana života nema potrebne identifikacijske podatke na čemu HZZO na temelju usmenog dogovora ne inzistira. Unatoč napatku HZZO-a pojedine patronažne službe još uvijek prikazuju mjesečna izvješća u formi kojom se samo prikazuje količina i vrsta provedenih postupaka.

### **Vremensko normiranje DT postupaka „nulte“ razine**

Za potrebe kvalitativnog dokumentiranja postupaka sukladno vrsti korisnika iz gore navedenih DT postupaka HKMS je definirala proširene specifične postupke za sve vrste korisnika te navela tumačenje vremenskog normiranja za prvih šest postupaka (5).

Šifra PT001- Očekivano vrijeme za izvršavanje postupaka 60-90 min.

Šifra P002- Očekivano vrijeme za izvršavanje postupaka 60 min.

Šifra P003- Očekivano vrijeme za izvršavanje postupaka 60 min.

Šifra P004- Očekivano vrijeme za izvršavanje postupaka 60- 120 min., max 180 min.

Šifra P005- Očekivano vrijeme za izvršavanje postupaka 5- 15 min.

Šifra P006- Očekivano vrijeme za izvršavanje postupaka 15-30 min

Navedeno vremensko normiranje DT postupaka predloženo od strane HKMS-a nije u suglasju s tumačenjem HZZO-a koji navedene postupke u Patronaži kategorizira kao postupke „nulte“ razine koji se vremenski ne normiraju, za razliku od DT postupaka Zdravstvene njege u kući. U pokušaju vremenskog normiranja postupaka unutar jednog radnog dana nailazimo na poteškoće u vidu nemogućnosti istovremenog usklađivanja npr. vremena trajanja i prikazivanja rada u grupi. Naime, prijedlog HKMS-a o vremenskom normiranju postupaka također nije u suglasju s obrascem dnevnog, odnosno mjesečnog izvješća prema HZZO-u. Ukoliko želimo prikazati stvarni rad patronažne sestre u grupi (npr. Grupa za potporu dojenja) koristeći službeni obrazac HZZO-a, (Tablica 2), samo će rad u grupi iznositi osam sati. Dodatno, prikazujući rad izvan ustanove, kao što je posjet kroničnom bolesniku, sa potrebnim suradnjama, dnevno izvješće će biti dodatno vremenski neprimjereno prikazano.

**Tablica 2. Primjer dnevnog izvješća patronažne sestre**

Rbr.	Ime i prezime osigurane osobe	MBO	OIB	Datum	Šifra DTP-a	Količina
1	Mara Marić	1023456789	123456789101	15.05.2015.	PT004	1
2	Ana Anić	1023456789	123456789101	15.05.2015.	PT004	1
3	Iva Ivić	1023456789	123456789101	15.05.2015.	PT004	1
4	Klara Klarić	1023456789	123456789101	15.05.2015.	PT004	1
5	Lucija Lucić	1023456789	123456789101	15.05.2015.	PT004	1
6	Petra Petrić	1023456789	123456789101	15.05.2015.	PT004	1
7	Mila Milić	1023456789	123456789101	15.05.2015.	PT004	1
8	Suzana Suzić	1023456789	123456789101	15.05.2015.	PT004	1
9	Ivan Ivić	1023456789	123456789101	15.05.2015.	PT003	1
10	Ivan Ivić	1023456789	123456789101	15.05.2015.	PT006	1
11	Ivan Ivić	1023456789	123456789101	15.05.2015.	PT006	1

HZZO je donio Odluku o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja čime su utvrđeni novi dijagnostičko-terapijski postupci „nulte“ razine (tablica 3) (10).

**Tablica 3. DTP-ovi u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti**

ŠIFRA		P/K
<b>PT007</b>	Motivacija za sudjelovanje u nacionalnom preventivnom programu za rano otkrivanje raka vrata maternice	P
<b>PT008</b>	Motivacija za sudjelovanje u nacionalnom preventivnom programu za rano otkrivanje raka dojke	P
<b>PT009</b>	Motivacija za sudjelovanje u nacionalnom preventivnom programu za rano otkrivanje raka debelog crijeva s dostavom materijala za testiranja	P
<b>PT010</b>	Procjena potreba za propisivanjem ortopedskih pomagala i med proizvoda	K
<b>PT011</b>	Praćenje korištenja i revizija ortopedskih pomagala i med proizvoda	K
<b>PT012</b>	Edukacija o načinu života i prevenciji komplikacija nakon operacije i drugih dijagnostičko-terapijskih postupaka	K

<b>PT013</b>	Edukacija bolesnika za samozbrinjavanje rane	K
<b>PT014</b>	Edukacija člana obitelji/skrbnika za tretiranje rane	K
<b>PT015</b>	Edukacija bolesnika za tretiranje umjetnih otvora	K
<b>PT016</b>	Edukacija člana obitelji/skrbnika za tretiranje umjetnih otvora	K
<b>PT017</b>	Edukacija bolesnika za primjenu kisika u kući	K

Iako nisu jasne upute o načinu primjene i prikaza prvih 6 DT postupaka, uvedeni su novi postupci (tablica 3) koji su dodatno „zbunili“ patronažne sestre. Brojna su pitanja: u kojim situacijama, koliko često i na koji način koristiti navedene postupke. Je li potrebno u izvješću prikazivati npr, PT015 zajedno sa PT003? Imaju li navedeni postupci također prijedlog vremenskog normiranja? Iako je djelatnost patronažne službe danas primarno preventivno edukativna i informativna (3), nije li ovo uvertira preusmjerenja osnovne aktivnosti patronažne sestre na kurativni dio koji nije bit ove djelatnosti?

Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja - patronažna zaštita školske djece, podrazumijeva mjere individualnog i grupnog zdravstvenog odgoj, te se navodi kako patronažna sestra surađuje u edukacijskim programima sa školskim ustanovama. Međutim, u Nastavnom planu i programu zdravstvenog odgoja u osnovnim i srednjim školama je navedeno: “U nastavnom planu naveden je broj nastavnih sati sata razrednika na kojima će se ostvarivati dodatne teme zdravstvenog odgoja. Redosljed provedbe sadržaja odredit će razrednik u dogovoru sa ostalim odgojno obrazovnim radnicima u školi i vanjskim suradnicima- školska medicina”. Smatramo kako je potrebno uključiti patronažne sestre kao vanjske suradnike u školama. Također, patronažna zaštita kroničnih bolesnika, obuhvaća individualni i grupni zdravstveni odgoj u cilju usvajanja određenih postupaka i vještina samokontrole i prevencije komplikacija osnovne kronične bolesti... Smatramo kako je nužna suradnja s liječnicima obiteljske medicine, koja bi podrazumijevala uključivanje patronažne sestre u izvršavanju „preventivnih panela“ te na taj način putem liječnika obiteljske medicine privukla pacijente na uključivanje u rad u malim grupama s različitim temama.



## **„Iskorištenost“ kompetencija prvostupnika/ca i magistri sestrinstva u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti**

Prema Zakonu o sestrinstvu, zdravstvena njega je osnovna djelatnost medicinske sestre, a utvrđivanje potreba pacijenta za zdravstvenom njegu, jedna je od kompetencija prvostupnika/ce sestrinstva (7). U praksi se navedeni Zakon primjenjuje samo u području nadziranja rada radnika koji na bilo koji način utječu na provođenje zdravstvene njege u kući, a utvrđivanje potreba pacijenta za istim svodi se na riječ „predlaže“ nastavak (11).

Naime, Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe propisuje procjenitelje potrebe za zdravstvenom njegu u kući, provoditelje i nadzor nad njezinom provedbom. Odnosno, liječnik procjenjuje potrebu i opseg zdravstvene njege u kući (propisuje DTP postupke, određuje vremensko razdoblje i dinamiku provođenja) (11) te organizira službu zdravstvene njege u svrhu kontinuiranog zbrinjavanja (12). Ustanova za zdravstvenu njegu u kući provodi, a Patronažna služba tijekom razdoblja pružanja njege obilazi osiguranu osobu najmanje jednom u 14 dana, te putem propisanih obrazaca, izvještava izabranog doktora o njezinom zdravstvenom stanju, rezultatima dotada provedene zdravstvene njege i potrebi njezinog daljnjeg provođenja (11). Patronažna služba također je dužna proslijediti izabranom doktoru, mjesečno izvješće o provedenoj zdravstvenoj njezi u kući koje joj dostavlja ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno privatnik koji je proveo zdravstvenu njegu u kući (13). Dodatno, sustav svakodnevno gubi zbog „neprepoznavanja“ i neiskorištavanja kompetencija visokoobrazovanih sestara u patronažnoj službi koje kroz stečene kompetencije upravljanja sustavom zdravstvene njege i procjene razvoja zdravstvene njege (7), mogu doprinijeti podizanju kvalitete pruženih usluga ali i uštedama samom sustavu kroz samostalnost u propisivanju vrste i učestalosti DTP postupaka zdravstvene njege u kući. „Neprepoznavanje“ kompetencija prvostupnika/ce i magistri sestrinstva u patronažnoj službi od strane sustava, s jedne strane, asocira na vožnju autobusom 1950- tih godina u SAD-u, a s druge strane na uzrečicu: „Biti slijep pored zdravih očiju“.

### **Suradnja s drugim stručnjacima**

Suradnja je nužna, jer ciljevi su nam isti, dobrobit i zdravlje korisnika, odnosno, bolesnika. Prijenosom i razmjenom informacija opservacije, prikupljenih podataka i stanja u suradnji s drugim stručnjacima unutar sustava iznaći će se kvalitetnije rješenje problem. Najčešća suradnja je s timovima obiteljske medicine, pedijatrijskim i ginekološkim ordinacijama te Centrom za socijalnu skrb Patronažna sestra će upoznati izabranog liječnika o novonastaloj situaciji, problemu njegovog pacijenta ili obitelji, koji se mogu reflektirati na

zdravstveni status korisnika. U manjim sredinama suradnja je objektivno bolja, jer su gotovo svi stanovnici usmjereni prema jednom lokalitetu, domu zdravlja ili centru primarne zdravstvene zaštite. U većim sredinama (gradskim), gdje se stanovnici opredjeljuju na više lokaliteta čak i unutar jedne obitelji, patronažna sestra mora surađivati s više različitih liječnika, moguće na više lokaliteta (14). Navedeno predstavlja problem od manjkavosti uvida liječnika obiteljske medicine u cjelokupnu obiteljsku situaciju, fizičke udaljenosti ordinacija, različitih radnih vremena ordinacija, nemogućnosti uspostavljanja pravovremenog telefonskog kontakta s liječnikom i sl.

Danas, u doba elektronske komunikacije, većinu prijava za posjete pacijentima, patronažna služba Doma zdravlja Osijek prima elektronskom poštom. Navedeni oblik komunikacije omogućuje pravovremeno obavljanje posjete pacijentima te povratnu informaciju. Zbog već navedene učestale potrebe suradnje patronažne službe s drugim stručnjacima, najčešće izabranim liječnikom, te navedenih fizičkih otežavajućih okolnosti, nužno je zakonski regulirati mogućnost dostavljanja i prosljeđivanja pismenih izvješća elektronskom poštom (npr. izvješće o početku ili produženju zdravstvene njege u kući) s ciljem osiguranja što brže i kvalitetnije skrbi korisnicima i uštede vremena patronažne sestre koje bi se moglo kvalitetnije preusmjeriti na preventivni rad u zajednici.

U medijima se navodi kako će uskoro patronažne sestre radu koristiti mobilne uređaje – **tablete** i podatke o pacijentima koje obilaze unositi u sustav zdravstvene zaštite koji ih povezuje s ordinacijama primarne zdravstvene zaštite, zdravstvenim ustanovama, **HZZO-om** i **Zavodom za javno zdravstvo**. Nadalje se navode dodatne prednosti kao što su: mogućnost evidencije svog rada, prosljeđivanje vrijednih medicinskih podataka, kao npr. mjerenja šećera u krvi, krvnog tlaka, spirometrije te mogućnost slikanja promjena na pacijentovoj koži uz prosljeđivanje izabranom liječniku. HZZO navodi kako se otvara novo poglavlje u brizi za pacijente i brzini pružanja zdravstvene skrbi. Nacionalni projekt financira **Hrvatska regulatorna agencija za mrežne djelatnosti** kroz sustav potpora (15). Informatizacija patronažne službe je nužno potrebna. Kao i u životu, sve ima svoje prednosti i nedostatke. Pri tome treba promišljeno, u konzultaciji sa patronažnim sestrama koje zaista rade u praksi, procijeniti oblik i opseg potrebne informatizacije. Prilikom planiranja oblika informatizacije treba posvjestiti opasnost pretvaranja patronažne sestre u „tipkačicu“ koja bi mogla vrijeme posjete provesti pognute glave evidentirajući prikupljene podatke i pri tome ne biti u mogućnosti, dovoljno vremena posvetiti pacijentu kojem je koncentrirani sugovornik najvažniji kriterij kvalitete.

## **Struktura radnog vremena patronažne sestre**

Tijekom jutarnjeg dijela patronažna sestra obavlja „nevidljivi“ dio posla u „nevidljivo vrijeme“. Ministar zdravlja, uz prethodno mišljenje nadležnih komora donio je Pravilnik o početku, završetku i rasporedu radnog vremena zdravstvenih ustanova i privatnih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe (16). U istom Pravilniku se navodi kako je radno vrijeme za djelatnost patronaže u domovima zdravlja je od 7.30 do 15.30 sati. Priprema za rad traje 30 minuta na početku radnog vremena, a ostatak radnog vremena su patronažne posjete. Na kraju radnog vremena podnose se izvješća o posjetama voditelju patronaže i nadležnom izabranom doktoru primarne zdravstvene zaštite (16). Dakle, vođenje propisane sestrinske dokumentacije i evidencije, dogovori i najave za obilazak, priprema za posjetu (stručna literatura, konzultacija, priprema torbe, dokumentacije, provjera potrebne opreme) potrebno je obaviti u navedenih 30 minuta. Dodatno je pitanje skrbi za pokretne pacijente koje liječnici obiteljske medicine vrlo često u jutarnjim satima upute u patronažu radi npr. edukacije inzulinske terapije, samokontrole šećera u krvi, savjeta o prehrani i sl. Naravno da navedenu pripremu i skrb za pokretne pacijente nije moguće ostvariti u 30 minuta, odnosno za navedeni dio posla potrebno je oko 90 minuta, tako da gotovo svakodnevno „kršimo pravilnik o radnom vremenu“ kako bismo mogli kvalitetno i odgovorno obaviti posao. Patronažne sestre nisu usko specijalizirane sestre, kao što su pedijatrijske i sl. već u skrbi imaju široku lepezu korisnika različitih potreba ili „od rođenja sve do...“.

## **Radna torba, odjeća i obuća, naknada za prijevoz**

Sestra Lujza Janović Wagner, koja je 1930-ih predvodila sestre pomoćnice, isticala je važnost besprijeorne sestrinske uniforme. Unutar glasila sestara pomoćnica – Sestrinske riječi, navodi kako ljudi prepoznaju sestru po njejoj uniformi. Ako bi se sestra pojavila u građanskom odijelu, ljudi bi je zapitkivali tko je i što traži, no osoba u uniformi ulijeva povjerenje i osjećaj discipline (17). Pretražujući arhivsku građu o uniformama sestara u Hrvatskoj, autori Dugac i Horvat u svom radu su iznijeli zanimljive podatke. Tako je iznenađujuće kako je još 1928. godine, Ministarstvo narodnog zdravlja odobrilo popis službene sestrinske odore koji je sadržavao 11 odjevnih predmeta uz njezin podroban opis. Službena sestrinska odora, bez obzira na to koliko se mijenjala ili nadopunjavala, bila je zakonskim propisima zaštićena te drugom osoblju, izuzevši diplomirane sestre pomoćnice, nije bilo dopušteno da ju nosi (1). Dugac i Horvat, nadalje iznose podatke o postojanju propisa koji određuje izgled i sadržaj službene torbe koju su sestre nosile za vanjski rad. Navodi se kako je kožna torba trebala imati više pretinaca, kratki remen za rad u gradu i dugački za rad na selu, te tri pretinca – jedan za lijekove i instrumentarij, drugi za

pregaču, ručnik i sapun, a treći za kartoteku, pisaći i drugi pribor. U torbi je svoje mjesto nalazio i zdravstveno-prosvjetni materijal, kao i karte s adresom ustanove u kojoj rade, kako bi im se ukućani mogli obratiti kada im zatreba pomoć. Sestra Wagner također je naglašavala važnost urednosti službene torbe, pri čemu je sestra nadstojnica, bila dužna, bez prethodne obavijesti provjeriti sadržaj torba. Sastavni dio uniforme diplomirane sestre bila je i značka koja je potvrđivala njezin status (1). Prema zakonskim propisima i zaključcima sjednice šefova domova narodnog zdravlja 1936. godine, naređuje se da se nabavi kompletna uniforma za vanjski te uniforma za unutarnji rad. Napominje se da ako sestre ubuduće ne budu nosile uniforme, zbog tog će nemara odgovarati one same, ali i šefovi ustanova. Iako je idejno i zakonski bilo posve jasno da sestre pomoćnice trebaju nositi propisanu uniformu za vrijeme posla, očito je da stvari vezane uz uniforme nisu tekle glatko. Propisom je određeno da ustanove ili nadležstva moraju sestrama osigurati odgovarajuća radna odijela, međutim u praksi se javljao golem otpor. Nizali su se problemi o tome kako će uniforma izgledati, tko će ju platiti, kako će se refundirati ako ju sestra sama nabavi, hoće li šefovi ustanova dopustiti sestrama da nose uniforme i sl. Nakon 1945. godine sestre nanovo traže svoja prava vezano uz uniforme. Sestre mole Savez zdravstvenih i socijalnih namještenika Jugoslavije, odnosno da izda potrebne doznake za nabavu obuće i čarapa. Navodi se kako sestre obavljaju opsežan terenski rad, a budući da je zahladnjelo i pao je snijeg, slabo su obuvene te im je potreban po jedan par kožnih cipela i dva para čarapa. Ako ne dobiju obuću, neće moći nastaviti terenski rad. Ritam nabave nove uniforme podrazumijevao je da se zimski i proljetni kaputi nabavljaju svake tri godine, a haljine, pregače i cipele svake godine (1). Dakle, borba za radnu torbu, odjeću i obuću stara je koliko i patronažna djelatnost. Iznenadujuće je koliko je detaljan opis izgleda i sadržaja radne torbe, odjeće i obuće patronažne sestre prije gotovo 90 godina. Danas je upitno koliko Domova zdravlja uopće ima pravilnik o radnoj torbi, odjeći i obući. Za sve one koji nam danas u radnu torbu, koje neke patronažne sestre nisu dobile već godinama, „guraju“ tablete, vage za kontrolu tjelesne mase novorođenčadi, spirometre i ostale „metre“ promotivnog materijala, postavljamo pitanje osnovnog sadržaja i maksimalne težine radne torbe koju patronažna sestra koristeći javni prijevoz može i smije nositi.

I naravno, pitanje za sve nas patronažne sestre: Hoćemo li konačno prekinuti ovu dugogodišnju borbu i prestati se pitati na što točno i koliko često imamo pravo te se konačno izboriti za ono što nam i pripada?

## **Struktura terena i naknada za prijevoz patronažne sestre**

Jasno je da uvjeti rada nisu na svim područjima jednaki pa bi bilo nužno prilagoditi i postojeći standard od 5.100 stanovnika po sestri. Gustoća stanovništva na km<sup>2</sup> bi tu morala biti presudna, jer nije isto imati u skrbi par većih zgrada u gradu ili pokrivati teritorij od 200 km<sup>2</sup>, gdje patronažna sestra realno ne bi smjela imati više od 2.500 stanovnika u skrbi (3). U nekim sredinama ne postoji javni prijevoz ili je njegova učestalost rijetka tako da patronažna sestra nije u mogućnosti pravovremeno obaviti sve potrebne planirane posjete korisnicima i potrebne suradnje s drugim stručnjacima. Iz navedenih razloga, određene patronažne službe imaju mogućnost koristiti službene automobile. Međutim, postavlja se pitanje naknade za dolazak i odlazak s posla onim patronažnim sestrama koje koriste javni prijevoz ili vlastiti automobil. Odnosno, je li mjesto rada zdravstvena ustanova, ili sam teren prema kojem je patronažna sestra „ugovorena“?

### **Zaključak**

Nužno je da sustav prepozna potrebu za širokim spektrom stručnog znanja patronažne sestre kroz poticanje patronažnih sestara na daljnje školovanje, priznavanje i korištenje stečenih kompetencija visokoobrazovanih sestara kao nositelja preventivnih aktivnosti u zajednici, unaprjeditelja kvalitete pruženih usluga korisnicima te onih koji mogu doprinijeti smanjenju nepotrebne potrošnje u sustavu .

Potrebno je doraditi i uskladiti prijedloge HKMS i HZZO-a o vrsti i načinu primjene DT postupaka u patronažnoj djelatnosti te konačno uputiti patronažne sestre u njihovu primjenu.

Potrebno je uključiti patronažne sestre kao vanjske suradnike u školama.

Neophodno je osvijestiti važnost suradnje s liječnicima obiteljske medicine, koja bi podrazumijevala uključivanje patronažne sestre u izvršavanju „preventivnih panela“ te na taj način putem liječnika obiteljske medicine privukla pacijente na uključivanje u rad u malim grupama s različitim temama.

Potrebno je zakonski regulirati slanje pismenih izvješća patronažne sestre elektronskom poštom, jer ulaskom u današnju obitelj patronažna sestra dolazi u situaciju potrebe suradnje sa dva, a nekad i više izabranih liječnika koji su na različitim lokacijama.

Informatizacija patronažne službe je nužno potrebna, ali je pri procijeni opsega i oblika, potrebno konzultirati patronažne sestre u praksi.

Potrebno je izraditi novi prijedlog strukture radnog vremena u patronažnoj službi, odnosno povećati vrijeme jutarnje pripreme i skrbi za pokretne pacijente kroz savjetovašta u

prostoru patronažne službe, sa dosadašnjih 30 na 90 minuta te ovo vrijeme učiniti „vidljivim“ i prema HZZO-u.

Potrebno je izraditi proširiti Smjernice za provođenje zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti koje bi uz opis primjene „novih“ DTP-ova (PT007 do PT017), definirale sadržaj i težinu radne torbe patronažne sestre.

S obzirom na razlike u strukturi terena odnosno gustoći stanovništva na km<sup>2</sup>, uvjeti rada nisu na svim područjima jednaki pa je nužno prilagoditi postojeći standard od 5.100 stanovnika po patronažnoj sestri.

## Literatura

1. Dugac Ž, Horvat K. Službeno, praktično, elegantno: o uniformama sestara pomoćnica- medicinskih sestara od 1920-tih do 1940- tih godina u Hrvatskoj. Acta med- hist Adriat 2013; 11 (2): 251-74. Dostupno na: <http://hrcak.srce.hr/111066> (veljača, 2015.)
2. Mojsovic Z. i sur. Zdravstvena njega u zajednici. Visoka zdravstvena škola, Zagreb; 2005.
3. Mazzi B. Patronažna služba i obiteljski doktor. Dostupno na: [http://www.hdod.net/rad\\_drustva/Patronazna\\_i\\_doktor.pdf](http://www.hdod.net/rad_drustva/Patronazna_i_doktor.pdf) (veljača, 2015).
4. Registar Hrvatske komore medicinskih sestara. Dostupno na: <http://www.hkms.hr/licence.php> (veljača, 2015.)
5. Hrvatska komora medicinskih sestara. Smjernice za provođenje zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti. Zagreb, 2013.
6. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. Zagreb, 2014. Dostupno na: [http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2014/04/ljetopis\\_2013\\_.pdf](http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2014/04/ljetopis_2013_.pdf) (veljača, 2015).
7. Zakon o sestinstvu. „Narodne novine“ broj 121/03, 117/08, 57/11.
8. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Odluka o izmjenama i dopunama, Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (NN, 38/13).
9. Mjesečno izvješće o radu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti- patronaža. Dostupno na: <http://www.hzzo.hr/hzzo-za-partnere/tiskanice-medicinskih-izvjesca> (veljača, 2015.)
10. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Odluku o izmjenama i dopunama, Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (NN, 157/14)
11. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe (NN, 88/10)
12. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Osnovne preventivne mjere u patronažnoj djelatnosti (NN, 126/06 )
13. Opći uvjeti ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (NN, 50/10)
14. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. Razgovor s Jasnom Cepic, Predsjednicom Društva patronažnih sestara HUMS-a. Dostupno na: <http://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/177/152> (veljača, 2015).
15. Večernji list. Dostupno na: <http://www.vecernji.hr/hrvatska/za-terenski-rad-patronaznim-sestrama-stize-novi-alat-tablet-979244> (veljača, 2015).
16. Pravilnik o početku, završetku i rasporedu radnog vremena zdravstvenih ustanova i privatnih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe (NN, 4/14)
17. Janović-Wagner L. O sestriškoj uniformi. Sestrinska riječ 1934; 2:76-9.