

Procjena potreba za medicinskim sestrama/tehničarima na odjelima palijativne skrbi

Trubelja, Martin

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:672932>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-02**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET U ZAGREBU
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Martin Trubelja

Procjena potreba za medicinskim sestrama/tehničarima na odjelima palijativne skrbi

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2020.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET U ZAGREBU
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Martin Trubelja

Procjena potreba za medicinskim sestrama/tehničarima na odjelima palijativne skrbi

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2020.

“Ovaj diplomski rad izrađen je na Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar”, Katedra za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite pod vodstvom izv.prof. dr.sc. Aleksandra Džakule, dr.med. i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2019./2020.”

Popis kratica

GO - Godišnji odmor

HKMS - Hrvatska komora medicinskih sestara

OB - Opća bolnica

p.p - po potrebi

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. PROBLEM.....	7
3. CILJEVI RADA	7
4. METODE.....	7
5. PRIKAZ SLUČAJA - REDOVITI PLAN RADA	8
5.1. Jutarnja smjena (06:00h - 14:00h)-broj med. sestre radnim danom: 14, broj vikendom:10..	8
5.2. Popodnevna smjena (14:00h - 22:00h)-broj med. sestre radnim danom: 8, broj vikendom: 6 10	
5.3. Noćna smjena (22:00h - 06:00h)- broj med. sestre radnim danom: 4, broj vikendom:4	12
6. PRIKAZ SLUČAJA- IZVANREDNI DOGAĐAJI	14
7. RASPRAVA	17
7.1. Primjer provedenog vremena kod pacijenta koji je svrstan u 4. kategoriju samozbrinjavanja - hranjenje	18
8. ZAKLJUČAK.....	20
9. ZAHVALE	21
10. LITERATURA.....	22
11. POPIS TABLICA.....	25
12. ŽIVOTOPIS.....	26
13. PRILOZI	27

Sažetak

Procjena potreba za medicinskim sestrama/tehničarima na odjelima palijativne skrbi

Martin Trubelja

Dosadašnje određivanje i raspodjela medicinskih sestara oslanjala se na fiksne omjere osoblja i pacijenata. Sistem kategorizacije bolesnika omogućuje da utvrdimo stvarnu potrebu svakog pojedinog pacijenta za zdravstvenom njegom, da tu potrebu kvantificiramo i pretvorimo u vrijeme koje je utrošeno u zbrinjavanje pacijenta te prema izračunu odredimo točan broj medicinskih sestara na svakom odjelu. U Republici Hrvatskoj sistem kategorizacija bolesnika je standardiziran i on se temelji na definiciji zdravstvene njege Virginije Henderson. Hrvatska komora medicinskih sestara je 2006. godine izradila dokument pod nazivom "Razvrstavanje pacijenata u kategorije ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom" koji je dio Sestrinske liste reguliran već spomenutim Zakonom o sestrinstvu. Djelatnici zdravstvene struke imaju visoki stupanj odgovornost prema ljudskom životu i zdravlju.

Prema podacima uzetih na palijativnom odjelu iz OB Varaždin- Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof, rad je u smjenama (tri puta po osam sati). Suočeni sa činjenicom da na odjelu Palijativne skrbi u Novom Marofu nedostaje adekvatan broj medicinskih sestara prema standardizaciji što bitno utječe na psihofizičke sposobnosti samih djelatnika i organizacije uopće. Broj kreveta na odjelima palijative koji pružaju palijativnu skrb je kapaciteta od 89 kreveta od čega oko više od 80% bolesnika je sa trećim i četvrtim stupnjem kategorizacije. Medicinske sestre učestalo navode nedostatak osoblja za svaku od intervencija tijekom smjena. Uz to, spominju da su limitirani vremenom i pod psihičkim, odnosno fizičkim pritiskom što im još dodatno otežava rad. Takav način rada utječe na lošu kvalitetu pružane usluge i potiče opasnost za boravak pacijenata tijekom hospitalizacije. S druge strane, bolnica kao institucija, ne poduzima dodatne mjere da pruža podršku ukoliko netko od medicinskih sestara/tehničara koristi godišnji odmor ili bolovanje. Također, podrška uopće nije vidljiva s brojem zaposlenih na broj pacijenta koje ima u svojoj skrbi.

Ključne riječi: palijativna skrb, kategorizacija, broj osoblja, smjenski rad, kvaliteta rada

Summary

Nursing care needs assessment at palliative care department

Martin Trubelja

To date, the appointment and distribution of nurses has relied on fixed staff-to-patient ratios. The patient categorization system allows us to determine the actual need of each individual patient for health care, to quantify and convert this need in the time spent in patient care and to determine the exact number of nurses in each ward. In the Republic of Croatia, the system of patient categorization is standardized and it is based on the definition of Virginia Henderson's health care. In 2006, the Croatian Nursing Council drafted a document entitled *Classifying Patients into Categories Depending on the Needs for Health Care*, which is part of the Nursing List regulated by the already mentioned Nursing Act. Healthcare professionals have a high degree of responsibility towards human life and health.

According to the data taken at the palliative department from General Hospital Varaždin - Service for extended treatment and palliative care Novi Marof, work in shifts (three times for eight hours). Faced with the fact that the Palliative Care Department in Novi Marof lacks an adequate number of nurses according to standardization, which significantly affects the psycho-physical abilities of employees and organizations in general. The number of beds in palliative care units providing palliative care is a capacity of 89 beds, of which about 80% of patients are in the third and fourth degree of categorization. Nurses often report a shortage of staff for each of the interventions during the shift. In addition, mentioning that they are limited in time and under mental or physical pressure, which makes their work even more difficult. This way of working affects the poor quality of service delivery and encourages the danger for patients to stay during hospitalization. On the other hand, the hospital as an institution does not take additional support measures if one of the nurses/technicians uses GO or sick leave. Also, support is not visible at all with the number of employees on the number of patients who have their own care.

Key words: palliative care, categorization, number of staff, shift work, quality of work

1. UVOD

Povijest kategorizacije bolesnika ovisno o količini pružene njege datira još iz 1863. godine kada je Florence Nightingale koristila neformalnu metodu klasifikacije koja je odražavala radno opterećenje medicinskih sestara (1). George i Kuehn sa Sveučilišta u Pittsburgu su 1950. lansirali studiju o pregledu ideja kategorizacije pacijenata u četiri kategorije. Otkrilo se da količina vremena unutar svake kategorije jako varira. Studija je izvijestila kako pacijenti kategorizirani kao „blago oboljeli“ često puta imaju potrebu za različitim oblicima zdravstvene njege. To su obrazložili činjenicom da se u fazi oporavka bolesnika provodi glavni dio aktivnosti edukacije bolesnika (2). Težnja je da se stvore standardizirani sistemi kategorizacije bolesnika kako bi se omogućila što točnija evaluacija. Primarni cilj kategorizacije bolesnika inicijalno se razvijao u kasnim 50-tima dvadesetog stoljeća. Danas, ciljevi su se bitno proširili i od kategorizacije bolesnika očekujemo da nam omogući dugoročno planiranje broja svih profila osoblja koje sudjeluje u zdravstvenoj njezi, povezivanje podataka kao što su kriteriji kvalitete, duljina boravka bolesnika u bolnici, sestrinske dijagnoze, podatke o učinkovitosti pružene zdravstvene njege i planiranju otpusta (3).

Kategorizacija u sestrinstvu je sustavno uređenje stupnja skrbi koje se temelje na zajedničkim karakteristikama kao što su svojstva, morfologija, predmet i tako dalje (4). Dosadašnje određivanje i raspodjela medicinskih sestara oslanjala se na fiksne omjere osoblja i pacijenata. Sistem kategorizacije bolesnika omogućuje da utvrdimo stvarnu potrebu svakog pojedinog pacijenta za zdravstvenom njegom, da tu potrebu kvantificiramo i pretvorimo u vrijeme koje je utrošeno u zbrinjavanje pacijenta te prema izračunu odredimo točan broj medicinskih sestara na svakom odjelu. Zbog toga je važno napomenuti da se sistemi kategorizacije bolesnika trebaju koristiti kako bi se povećala, a ne zamijenila, profesionalna procjena medicinske sestre za zdravstvenom njegom. Uvijek trebamo uzimati u obzir tko radi na određenom odjelu, jesu li to sestre sa srednjom stručnom spremom, prvostupnici sestrinstva, stažisti ili učenici, te koliko imaju radnog iskustva. Iz navedenih razloga je važna konzultacija sa glavnom medicinskom sestrom odjela kako bi se donijela konačna odluka o povećanju ili smanjenju broja medicinskih sestara za izvršenje zadataka zdravstvene njege (5). Smjenski rad je raspored rada u kojem radni sati odstupaju od standardnih sati (npr. večernja smjena, noćna smjena ili rotirajuća smjena) (6). Pristup je to koji omogućuje da se odmaknemo od dosadašnjeg procesa odlučivanja zasnovanog na intuiciji, pritiscima i prethodnim slučajevima (5). Medicinske sestre su samostalne u odlučivanju i rješavanju problema zdravstvene njege čija

kvaliteta ovisi o razumijevanju struke, odnosno razumijevanju procesa zdravstvene njege. Problem predstavlja svako stanje koje odstupa od normalnog ili poželjnog i zbog toga zahtijeva intervenciju medicinske sestre (7).

U Republici Hrvatskoj sistem kategorizacija bolesnika je standardiziran i on se temelji na definiciji zdravstvene njege Virginije Henderson. Definira ulogu medicinske sestre kao pružanje pomoći bolesniku pri zadovoljavanju četrnaest osnovnih ljudskih potreba te definiciji zdravstvene njege D. Orem koja se temelji na ideji samozbrinjavanja (7). Zakon o sestrinstvu nalaže da je u kompetencijama prvostupnika sestrinstva utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom koja se temelji na provođenju sestriinske dokumentacije i služi za kontrolu kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege te je sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta (8). Trenutačni omjeri osoblja i pacijenata su neosjetljivi na varijacije između potreba zdravstvenih institucija i potreba pacijenata. Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS) je 2006. godine izradila dokument pod nazivom *Razvrstavanje pacijenata u kategorije ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom* koji je dio Sestrinske liste reguliran već spomenutim Zakonom o sestrinstvu.

Kategorizacijom bolesnika dobivamo brzi uvid u stvarne potrebe bolesnika za zdravstvenom njegom i time omogućujemo potrebu bolesnika utemeljenu na raspodjelu medicinskih sestara na odjelima unutar bolničkog sustava (5).

Za kategorizaciju bolesnika, kao kritični čimbenici, koriste se slijedeći parametri (Tablica 1. Tablica kritičnih čimbenika kategorizacije pacijenata) (9):

Tablica 1. Tablica kritičnih čimbenika kategorizacije pacijenata

TABLICA KRITIČNIH ČIMBENIKA KATEGORIZACIJE PACIJENATA

Ime i prezime:		Datum rođenja:		Matični broj:			
Datum/Dan hospitalizacije:		ODJEL:					
	ČIMBENIK KATEGORIZACIJE	1	2	3	4		
1	Higijena						
2	Oblačenje						
3	Hranjenje						
4	Eliminacija						
5	Hodanje, stajanje						
6	Sjedenje						
7	Premještanje, okretanje						
8	Rizik za pad						
9	Stanje svijesti						
10	Rizik za nastanak dekubitusa						
11	Vitalni znakovi						
12	Komunikacija						
13	Specifični postupci u zdravstvenoj njezi						
14	Dijagnostički postupci						
15	Terapijski postupci						
16	Edukacija						
BODOVI PO KATEGORIJAMA							
BODOVI UKUPNO							
KATEGORIJA		1	2	3	4		

Medicinska sestra svakodnevno ili po potrebi, procjenjuje stanje pacijenta prema navedenim čimbenicima te ga svrstava u određenu kategoriju na skali od 1 do 4. Pri tome se svaka kategorija zasebno boduje i izračunava ukupan broj bodova. Ovisno o ukupnom broju bodova, određuje se kategorija u koju će pacijent biti svrstan. Najmanji broj bodova koji pacijent može ostvariti je 16, u slučaju da je stanje pacijenta u svakoj kategoriji procijenjeno s 1, a najveći broj bodova koji pacijent može ostvariti je 64, u slučaju da je u svakoj kategoriji stanje pacijenta procijenjeno s 4. (Tablica 2. Raspon bodovanja) (9).

Tablica 2. Raspon bodovanja

Kategorija	Bodovi	Opis
1	16-26	bolesnik je samostalan kod izvođenja osnovnih životnih aktivnosti i nije ovisan od pomoći medicinske sestre
2	27-40	bolesnik je djelomično samostalan, treba povremeno pomoć medicinske sestre kod nekih od osnovnih životnih aktivnosti
3	41-53	bolesnik treba potpunu pomoć kod izvođenja osnovnih životnih aktivnosti
4	54-64	bolesnik je potpuno ovisan u izvođenju osnovnih životnih aktivnosti

Prema navedenom zbroju bodova može se preporučiti vrijeme potrebno za zbrinjavanje jednog pacijenta u pojedinoj kategoriji tijekom 24 sata:

1. samonjega 1-2 sata,
2. minimalna njega 3-5 sati,
3. intermedijalna njega 6-9 sati,
4. intenzivna njega 10 i više sati (9).

Koristeći se Kategorizacijom pacijenata izrađenoj za kategoriziranje pacijenta u stacionarnim ustanovama (bolnicama), za potrebe sestrinstva i zdravstvene njege u Republici Hrvatskoj, iz navedenih rezultata moguće je kvalitetno izraditi potrebe za medicinskim sestrama po pojedinim djelatnostima i odjelima, tj. sistematizaciju sestrinske službe (9).

Palijativna sestrinska skrb je sestrinska specijalnost koja se bavi brigom o bolesnicima s ozbiljnim ili životnim prijetnjama. Cilj palijativne skrbi je spriječiti i ublažiti patnju te podržati najbolju moguću kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji za ljude u završnim fazama života (10). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) palijativna je skrb pristup kojim se bolesnicima suočenim s neizlječivom bolešću i njihovim obiteljima čuva i unapređuje kvaliteta života kroz prevenciju i olakšavanje simptoma sredstvima ranog otkrivanja, procjene i liječenja boli te kroz olakšavanje ostalih psihičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema. Sukladno procjeni i kategorizaciji pacijenata u rješavanje simptoma bolesti uključuju se i medicinske sestre iz Ustanove za zdravstvenu njegu u kući, Udruge za palijativnu skrb, socijalni radnici i drugi stručnjaci (11). Jedinice palijativne skrbi zahtijevaju predan temeljni tim medicinskih sestara i liječnika. Omjer sestrinskog osoblja u jedinici palijativne skrbi na broj kreveta trebao bi biti najmanje jedna medicinska sestra na jednog bolesnika, a po mogućnosti 1,2 sestre na jedan krevet (12,13). Za organizaciju rada 24/7 potrebne su minimalno 4 sestre (tri puta osam ili 12-24-12-48) (13). Prema Članku 45. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, bolnica koja obavlja djelatnost palijativne skrbi uz uvjete iz članka 44. stavka mora imati kao što je navedeno:- Radnici: 2 medicinske sestre opće njege s posebnom edukacijom iz palijativne skrbi na 6 bolesnika (od čega 15% prvostupnica sestrinstva) za 8 sati radnog vremena (14). Nadalje, prema Članku 3. koji navodi da odjeli su ustrojstvena jedinica opće i specijalne bolnice.

Također, u općim bolnicama odjel se ustrojava radi pružanja zdravstvene zaštite na razini specijalizacije, odnosno uže specijalizacije. U specijalnim bolnicama odjel se ustrojava radi pružanja zdravstvene zaštite na razini djelatnosti. Odjel mora imati najmanje 15 bolesničkih postelja (15).

S druge strane, definirani standardizirani postupci prema HKMS, koja nakon izrade Sestrinske liste 2006. godine i Kategorizacije bolesnika, ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom 2007. godine, provodi aktivnosti koje omogućavaju medicinskim sestrama provoditi zdravstvenu njegu prema najboljim standardima sestrinske prakse. Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi predstavljaju pravila po kojima su medicinske sestre dužne postupati. Jedinstveni način provođenja postupaka osigurava isti standard i sigurnost za svakog bolesnika. Vremenski i kadrovski normativi koji proizlaze iz „Standardiziranih postupaka“ omogućavaju planiranje potrebnog broja medicinskih sestara i nužnost razine obrazovanja, što je važno za organiziranje provođenja zdravstvene njege. Određivanjem vremenskih i kadrovskih normativa, racionalno se koriste ljudski potencijali. Vremenski normativi su procijenjeni temeljem mjerenja jedinice vremena u kliničkim uvjetima, a kadrovski temeljem kompetencija medicinskih sestara. Standardizirani postupci su pisani na način koji omogućava, korisniku i medicinskoj sestri, racionalno shvaćanje provedbe postupka. Koraci provedbe postupka omogućavaju optimalnu iskoristivost vremena, prostora te materijala i razvidne su kompetencije. Primjena standardiziranih postupaka otklanja organizacijske probleme i konflikte među zaposlenima. Odličan su edukacijski materijal za novozaposlene, pripravnike i studente. Pogodni su, sa sestrinskom listom i kategorizacijom pacijenata ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom, za određivanje optimalnog broja medicinskih sestara u zdravstvenoj ustanovi (16).

Djelatnici zdravstvene struke imaju visoki stupanj odgovornost prema ljudskom životu i zdravlju. Istodobno su izloženi i specifičnim stresorima (kemijski, biološki, fizikalni) te postoji znatno viši rizik za nastanak sindroma izgaranja (engl. Burnout) (17). Psihološki aspekt je proces kojim se razvija aspekt samopoimanja na temelju preferencije unutar grupe i percepcije pripadnosti društvenoj ili kulturnoj skupini (18). Sindrom izgaranja je prekomjerna reakcija na stres, na okupacijsko ili profesionalno okruženje. Ono se očituje osjećajima emocionalne i fizičke iscrpljenosti zajedno s osjećajem frustracije i neuspjeha (19). Pojavnost sindroma znatno je češća u radnim sredinama gdje zaposlenici opisuju postojanje nesigurnosti radnog mjesta, neodgovarajuću zaštitu radnika, čestu potrebu prekovremenog rada, iznenadne promjene u procesu rada, povećanu učestalost obavljanja hitnih radnih aktivnosti, nedovoljnost

dnevnog i tjednog odmora, neadekvatne osobne dohotke, nezadovoljavajuće rukovodeće strukture, osjećaj besmislenosti izvršavanja radnih zadataka (20). Briga za umirućeg bolesnika i za potrebe članova njegove obitelji stresna je za medicinsku sestru/tehničara. Svakodnevno suočavanje s progresivnim smanjenjem stupnja funkcionalnosti bolesnika, smanjenje stupnja kvalitete života, česte promjene raspoloženja, sociološka problematika, metode suočavanja sa smrtnim ishodom znatno utječu na emocionalnu i fizičku iscrpljenost (21).

Indikatori kvalitete u sestrinskoj skrbi su vrsta i broj bolničkih infekcija, integritet kože/dekubitus, broj medicinskih sestara i drugog osoblja po krevetu bolesnika, ukupan broj sati zdravstvene njege po bolesniku tijekom 24 sata, zadovoljstvo bolesnika sestrinskom skrbi, zadovoljstvo bolesnika suzbijanjem boli, zadovoljstvo bolesnika razinom edukacije, odnosno informiranosti i zadovoljstvo medicinskih sestara (22). Kvaliteta rada su norme, kriteriji, standardi i druge izravne kvalitativne i kvantitativne mjere korištene pri određivanju kvalitete zdravstvene zaštite (23). Potpuno upravljanje kvalitetom uključuje upravljanje ciljevima, statističke analize, građenje tima i Demingov krug kvalitete. To je proces kontinuiranog unapređenja i upravljanja kvalitetom poslovanja organizacije. Primjenjuje se na cijelu organizaciju, obuhvaća sve poslovne procese, proizvode i usluge i temelji se na pretpostavci da je poboljšanje kvalitete ključni čimbenik učinkovitosti (24). Prema istraživanju koje je provedeno u KBC-u Osijek na tvrdnju koja se odnosila na zapošljavanje, 55% ispitanika govori u kojoj mjeri ima dovoljno osoblja za rad te da je radno vrijeme primjereno za pružanje najbolje sestrinske skrbi za pacijente. U istraživanju mišljenja medicinskih sestara/tehničara rezultati su pokazali da se samo 10% ispitanika slaže da imaju dovoljno osoblja za posao (25). Prekovremeni rad značajno utječe na češće pogreške u radu radnika u nuklearnim elektranama, anesteziologa, veterinaru, liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika uključujući i medicinske sestre (26).

Redoviti plan rada je rad kroz određene protokole po satima kroz dan, da bi se svi zadaci zadovoljili i ispunili njihovi uvjeti kao što su kvaliteta i rezultati. Izvanredni događaji su događaji koji se mogu javiti u bilom kojem trenutku i utječu na plan rada tako da povećavaju potrebu za osobljem i njegovim rješavanjem. Takvi događaji su obično prioriteta i neizbježni su, a ukoliko ih se želi zanemariti direktno će utjecati na redoviti plan rada i na njegovu kvalitetu.

2. PROBLEM

Danas smo suočeni sa činjenicom da na odjelu Palijativne skrbi u Novom Marofu nedostaje adekvatan broj medicinskih sestara prema standardizaciji što bitno utječe na psihofizičke sposobnosti samih djelatnika i organizacije uopće. Također, medicinske sestre/tehničari koji rade duže vrijeme na odjelima dovode u pitanje kvalitetu skrbi i osobnu motivaciju za provođenje postupaka kroz zdravstvenu njegu. Medicinske sestre/tehničari u velikoj mjeri imaju probleme sa stresom i izgaranjem na poslu zbog manjka osoblja.

3. CILJEVI RADA

1) Utvrditi u kojoj mjeri je nedostatan broj medicinskih sestara/tehničara i kako on utječe na pojavu kvalitete rada i sindroma izgaranja.

2) Utvrditi mogućnost utjecaja na bolnice da se pridržavaju normativa o broju osoblja na broj kreveta koji je propisan i povećati zadovoljstvo sestara i korisnika zdravstvenih usluga.

4. METODE

Analiza stanja je provedena u OB Varaždin- Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof. Kao alat za prikupljanje podataka korišteni su: "Obrazac za redoviti plan rada tijekom smjene" (Prilog 1.) i "Obrazac za izvanredne događaje tijekom smjene" (Prilog 2.) koji predstavljaju prikaz slučaja. Analizirano je radno opterećenje medicinskih sestara, izvanrednih događaja te zabilježena odstupanja od planiranog na palijativnom odjelu. Podaci su prikupljeni u veljači 2020. godine kroz 7 uzastopnih dana gdje je rad u smjenama (tri puta osam sati) prema rasporedu čime je utvrđeno da u jutarnjoj smjeni radi 17 medicinskih sestara/tehničara (od toga za potrebe ambulate 3 medicinske sestre/tehničara sa bacc. med. techn.) i ostalih sa srednjom/višom stručnom spremom na odjelu. Popodnevna smjena se sastoji od 8 medicinskih sestara/tehničara sa srednjom/višom stručnom spremom na odjelu bez ambulantne sestre i noćna smjena sa 4 medicinskih sestara sa srednjom/višom stručnom spremom na odjelu bez ambulantne sestre. Kroz vikend, broj medicinskih sestara je manji što možemo vidjeti iz podataka koji nam prikazuju sljedeće, a to je da je broj osoblja u jutarnjoj smjeni 10, u popodnevnoj smjeni 6 i u noćnoj 4 medicinske sestre/tehničari. Također, potrebno je uzeti u obzir da u jutarnjoj smjeni kroz vikend, ambulantne sestre ne rade te medicinske sestre/tehničari trebaju pokriti i taj dio sa odjela. Isto tako, ambulantni dio ne radi u popodnevnoj, odnosno u

noćnoj smjeni već ju pokrivaju medicinske sestre/tehničari sa odjela. Podaci su prikazani kada medicinske sestre nisu na GO i na bolovanjima za sve smjene.

Broj kreveta na odjelima palijative koji pružaju palijativnu skrb je kapaciteta od 89 kreveta od čega oko više od 80% bolesnika je sa trećim i četvrtim stupnjem kategorizacije, odnosno samozbrinjavanja te ostatak bolesnika sa prvim i drugim stupnjem kategorizacije (pokretni). Broj njegovatelja koji radi na odjelu nije zabilježen što se očituje iz pregleda mjesečnog rasporeda.

Nakon provedenog popunjavanja obrazaca, dobiveni podaci će biti obrađeni na način koji će prikazivati učestale nedostatke tijekom smjena, definirati najveće potrebe medicinskih sestara u određenim dijelovima dana i prikazati probleme koji se javljaju tijekom smjena. Prema vlastitom mišljenju i uočavanju problema na odjelu palijative, odnosno procijenu kroz standardizaciju broja osoblja, može se predviđati nedostatak osoblja što direktno utječe na kvalitetu rada i sagorjevanje.

5. PRIKAZ SLUČAJA - REDOVITI PLAN RADA

Prikaz slučaja kroz redoviti plan rada u smjenama (Tablica 3., Tablica 4., Tablica 5.) tijekom tjedna je prikazan na način da su svi dani u tjednu sumirani u ovom jedinstvenom prikazu sadržavajući 3 dijela (jutarnju smjenu, popodnevnu smjenu, noćnu smjenu). Sve medicinske sestre koje su radile prema rasporedu rada, kroz uzastopnih 7 dana su ispunjavale obrasce da što više doprinesu problematici s kojom se suočavaju svakodnevno na poslu.

5.1. Jutarnja smjena (06:00h - 14:00h)-broj med. sestre radnim danom: 14, broj vikendom:10

Veliki obujam rada je vidljiv pod vremenskim dijelovima kao što su *jutarnja njega 1*, *jutarnja njega 2*, *priprema terapije/podjela terapije i infuzija*, *obilazak pacijenata* gdje se zahtjeva psihička i fizička spremnost medicinskih sestara i adekvatno znanje o lijekovima i njihovom pripremom, odnosno podjelom. Isto tako, kod ostalih intervencija u istoj smjeni zahtjeva se određeni broj sestara da bi se sve intervencije odradile na visokoj kvaliteti. Uloga medicinskih sestara i tehničara su da svaku aktivnost odraduju kao grupa te da upotpune zadatke koje imaju po planu na vrijeme i zajednički prelaze na drugu aktivnost istovremeno. Medicinske sestre i tehničari su pružali njegu bolesnika kao bazičnu uslugu pacijentima jer zbog kapaciteta nisu uspjeli odraditi zdravstvenu njegu bolesnika. To se može vidjeti (iz Tablice 3. Prikaz

slučaja redovitog plana rada- jutarnja smjena) prema izjavama medicinskih sestara/tehničara o problematici u jutarnjoj smjeni da im nedostaje osoblja, imaju limitirano vrijeme određenih aktivnosti, nemogućnost da se posvete pacijentu u potpunosti.

Tablica 3. Prikaz slučaja redovitog plana rada- jutarnja smjena

Redoviti plan rada tijekom smjene:		
JUTARNJA SMJENA	Trajanje:	Kada se osjeća problem i zašto? (npr: fizičko/ psihičko opterećenje, neznanje, manjak kompetencija, izgaranje, nedostatak sestara,....?)
<i>Primopredaja</i>	06:00h- 06:30h	Neadekvatni prijenos informacija na sve sestre tijekom primopredaje zbog brzine primopredaje, opširna količina podataka i događaja tijekom smjena, gubitak informacija tijekom rada u smjeni zbog obilnog obujma posla
<i>Jutarnja njega 1</i>	06:30h- 08:00h	Nedostatak osoblja, fizička iscrpljenost, psihičko opterećenje, veliki obujam rada, premali kapacitet i potpora od strane nadležnih, burn-out, limitirano vrijeme određenih aktivnosti, nemogućnost da se posvetimo pacijentu u potpunosti, neadekvatna zdravstvena njega, nedostatak pomagala za rukovanje, nepoznavanje adekvatnih koraka vezanih za promjene položaja u krevetu i namještanja
<i>Doručak</i>	08:00h- 09:00h	Nedostatak osoblja, problemi kod brzog hranjena, hrana predugo stoji osobito kod pacijenata kod kojih je hrana podijeljena zadnja, pacijent odbija jesti hladnu hranu
<i>Jutarnja njega 2</i>	09:00h- 10:00h	Nedostatak osoblja, fizička iscrpljenost, psihičko opterećenje, veliki obujam rada, premali kapacitet i potpora od strane nadležnih, burn-out sindrom, limitirano vrijeme određenih aktivnosti, nemogućnost da se sestre posvete pacijentu u potpunosti, neadekvatna zdravstvena njega, površnost, nedostatak pomagala za rukovanje, nepoznavanje adekvatnih koraka vezanih za promjene položaja u krevetu i namještanja
<i>Međuobrok</i>	10:00h- 10:30h	Nedostatak osoblja, neznanje sa novim oblicima antidijabetika i njihovom primjenom, nepoznavanje adekvatnih koraka vezanih za promjene položaja u krevetu i namještanja
<i>Terapija/podjela terapije/ infuzije</i>	10:30h- 11:30h	Veliki broj lijekova za pripremiti u vrlo kratkom vremenu koji se ne smiju pripremati unaprijed, novo osoblje koje nije adekvatno educirano i nema iskustvo sa različitim lijekovima i njihovom pripremom, novi lijekovi koji se prvi puta koriste što utječe na sigurnu pripremu istih, nedostatak osoblja za podjelu, fizičko opterećenje, psihičko opterećenje, mjerenje vitalnih funkcija prije davanja terapije, obavještanje dežurnog liječnika
<i>Priprema pacijenata za ručak</i>	11:30h- 12:00h	Nedostatak osoblja, nepoznavanje adekvatnih koraka namještanja pacijenta u povišeni položaj, fizičko opterećenje, nedostatak pomagala

<i>Ručak</i>	<i>12:00h-13:00h</i>	Nedostatak osoblja, problemi kod brzog hranjena, hrana predugo stoji osobito kod pacijenata kod kojih je hrana podijeljena zadnja, pacijent odbija jesti hladnu hranu
<i>Obilazak pacijenata (higijena, promjena položaja)</i>	<i>13:00h-14:00h</i>	Nedostatak osoblja, fizička iscrpljenost, psihičko opterećenje, veliki obujam rada, premali kapacitet i potpora od strane nadležnih, burn-out sindrom, limitirano vrijeme određenih aktivnosti, nemogućnost da se sestre posvete pacijentu u potpunosti, neadekvatna zdravstvena njega, površnost, nedostatak pomagala za rukovanje, nepoznavanje adekvatnih koraka vezanih za promjene položaja u krevetu i namještanja

5.2. Popodnevna smjena (14:00h - 22:00h)-broj med. sestre radnim danom: 8, broj vikendom: 6

Veliki obujam rada je vidljiv pod vremenskim dijelovima kao što su *priprema terapije/mjerenje tjelesne temperature, njega pacijenta/masaže/mjerenje diureze, večera, podjela terapije, priprema za sljedeći dan (dokumentacija, terapije, infuzije)* gdje se zahtjeva psihička i fizička spremnost medicinskih sestara i adekvatno znanje o lijekovima i njihovom pripremom, odnosno podjelom. Način dokumentiranja se većinski provoditi kroz papire. Isto tako, kod ostalih intervencija u istoj smjeni zahtjeva određeni broj sestara da bi se sve intervencije odradile na visokoj kvaliteti. Uloga medicinskih sestara/tehničara u ovoj smjeni je većinski bazirana na pripremu lijekova, provođenju dokumentacije, promatranje pacijenata i različitih mjerenja gdje osoblje ne radi zajedno kao cjelokupni tim isti posao istovremeno, već se raspoređuju na različite zadatke u toj smjeni što se može vidjeti iz Tablice 4. Prikaz slučaja redovitog plana rada- popodnevna smjena.

Tablica 4. Prikaz slučaja redovitog plana rada- popodnevna smjena

Redoviti plan rada tijekom smjene:		
POPODNEVNA SMJENA	Trajanje:	Kada se osjeća problem i zašto? (npr: fizičko/ psihičko opterećenje, neznanje, manjak kompetencija, izgaranje, nedostatak sestara,....?)
<i>Primopredaja</i>	<i>14:00h-14:15h</i>	Neadekvatni prijenos informacija na sve sestre tijekom primopredaje zbog brzine primopredaje, opširni opis događaja tijekom smjena, gubitak informacija tijekom rada u smjeni zbog obilnog obujma posla, kratko vrijeme primopredaje
<i>Obilazak pacijenata (infuzije, dodavanje voda, presvlačenje p.p,</i>	<i>14:15h-15:00h</i>	Veliki obujam terapije za podijeliti, raznolikost terapije, nedostatak sestara, različiti upiti od strane pacijenata, nedostupnost pomagala, fizičko opterećenje, novi lijekovi koji se prvi puta koriste što utječe na sigurnu pripremu istih, nedostatak osoblja za podjelu, psihičko opterećenje,

<i>podjela terapije za večeru)</i>		mjerenje vitalnih funkcija prije davanja terapije, obavještanje dežurnog liječnika
<i>Međuobrok</i>	<i>15:00h-15:30h</i>	Nedostatak osoblja, neznanje sa novim oblicima antidijabetika i njihovom primjenom
<i>Priprema terapije/ mjerenje tjelesne temperature</i>	<i>15:30h-16:15h</i>	Veliki broj lijekova za pripremiti u vrlo kratkom vremenu koji se ne smiju pripremati unaprijed, novo osoblje koje nije adekvatno educirano i nema iskustvo sa različitim lijekovima i njihovom pripremom, novi lijekovi koji se prvi puta koriste što utječe na sigurnu pripremu istih, fizičko opterećenje, otežana komunikacija sa pacijentom, nedostatak osoblja
<i>Njega pacijenta, masaže, mjerenje diureze</i>	<i>16:15h-17:45h</i>	Nedostatak osoblja, fizička iscrpljenost, psihičko opterećenje, veliki obujam rada, premali kapacitet i potpora od strane nadležnih, burn-out sindrom, limitirano vrijeme određenih aktivnosti, nemogućnost da se sestre posvete pacijentu u potpunosti, neadekvatna zdravstvena njega, površnost, nedostatak pomagala za rukovanje, nepoznavanje adekvatnih koraka vezanih za promjene položaja u krevetu i namještanja
<i>Priprema pacijenta za večeru</i>	<i>17:45h-18:00h</i>	Nedostatak osoblja, nepoznavanje adekvatnih koraka namještanja pacijenta u povišeni položaj, fizičko opterećenje, nedostatak pomagala, otežana komunikacija sa pacijentima
<i>Večera</i>	<i>18:00h-19:00h</i>	Nedostatak osoblja, problemi kod brzog hranjena, hrana predugo stoji osobito kod pacijenata kod kojih je hrana podijeljena zadnja, pacijent odbija jesti hladnu hranu, psihičko opterećenje, fizičko opterećenje, otežana komunikacija sa pacijentima, nedostatak pomagala, stavljanje pacijenta u određeni položaj za hranjenje
<i>Podjela terapije</i>	<i>19:00h-19:30h</i>	Veliki broj lijekova za pripremiti u vrlo kratkom vremenu koji se ne smiju pripremati unaprijed, novo osoblje koje nije adekvatno educirano i nema iskustvo sa različitim lijekovima i njihovom pripremom, novi lijekovi koji se prvi puta koriste što utječe na sigurnu pripremu istih, fizičko opterećenje, otežana komunikacija sa pacijentom, nedostatak osoblja
<i>Priprema za sljedeći dan (dokumentacija, terapije, infuzije)</i>	<i>19:30h-20:00h</i>	Veliki broj lijekova za pripremiti, novo osoblje koje nije adekvatno educirano i nema iskustvo sa različitim lijekovima i njihovom pripremom, novi lijekovi koji se prvi puta koriste što utječe na sigurnu pripremu istih, fizičko opterećenje, nedostatak osoblja, neadekvatna dokumentacija, ponavljanje i prepisivanje istih dokumenata, komplicirano evidentiranje
<i>Pauza</i>	<i>20:00h-20:30h</i>	
<i>Obilazak po potrebi</i>	<i>20:30h-21:30h</i>	Otežana komunikacija sa pacijentima, različiti upiti pacijenata koji nisu vezani za sestrinsku profesiju,

		nedostatak osoblja kod manipulacije pacijenta, neznanje vezano za promjenu položaja i rukovanje sa pacijentom
<i>Primopredaja</i>	<i>21:30h- 22:00h</i>	Neadekvatni prijenos informacija na sve sestre tijekom primopredaje zbog brzine primopredaje, opširni opis događaja tijekom smjena, gubitak informacija tijekom rada u smjeni zbog obilnog obujma posla, kratko vrijeme primopredaje

5.3. Noćna smjena (22:00h - 06:00h)- broj med. sestre radnim danom: 4, broj vikendom:4

Veliki obujam rada je vidljiv pod vremenskim dijelovima kao što su *podjela antibiotika/inzulini/obilazak pacijenata, obilazak po potrebi svakog punog sata/provjera lijekova/popis materijala, naručivanje* gdje se zahtjeva psihička i fizička spremnost medicinskih sestara i adekvatno znanje o lijevima i njihovom pripremom, odnosno podjelom. Isto tako, kod ostalih intervencija u istoj smjeni zahtjeva se određeni broj sestara da bi se sve intervencije odradile na visokoj kvaliteti. Uspoređujući raspored i broj sestara na odjelima kroz radne dane i vikende, iz priloženog je vidljivo da je broj sestara isti, ali veoma mali za broj pacijenata na odjelu. Uloga medicinskih sestara/tehničara u ovoj smjeni je većinski bazirana na pripremu lijekova, provođenju dokumentacije, nadziranje pacijenata kroz noć i mjerenju vitalnih znakova gdje osoblje ne radi zajedno isti posao kao cjelokupni tim istovremeno, već se raspoređuju na različite zadatke u toj smjeni.

Tablica 5. Prikaz slučaja redovitog plana rada- noćna smjena

Redoviti plan rada tijekom smjene:		
NOĆNA SMJENA	Trajanje:	Kada se osjeća problem i zašto? (npr: fizičko/ psihičko opterećenje, neznanje, manjak kompetencija, izgaranje, nedostatak sestara,....?)
<i>Podjela antibiotika, inzulini, obilazak pacijenata</i>	<i>22:00h- 23:00h</i>	Neznanje vezano za primjenu novih lijekova
<i>Obilazak po potrebi (svaki puni sat), provjera lijekova, popis materijala, naručivanje)</i>	<i>23:00- 04:00h</i>	Otežana komunikacija sa pacijentima, različiti upiti pacijenata koji nisu vezani za sestrinsku profesiju, nedostatak osoblja kod manipulacije pacijenta, neznanje vezano za promjenu položaja i rukovanje sa pacijentom, neznanje kako smiriti pacijenta
<i>Priprema jutarnje terapije</i>	<i>04:00h- 04:30h</i>	Neznanje vezano za primjenu novih lijekova

<i>Jutarnje mjerjenje vitalnih funkcija/ diureza</i>	<i>04:30h- 05:30h</i>	Fizičko opterećenje, otežana komunikacija sa pacijentom, nedostatak osoblja
<i>Dokumentacija</i>	<i>05:30h- 06:00h</i>	Učestalo mijenjanje proizvođača lijeka prema najjeftinijoj ponudi na tržištu u sustavu

6. PRIKAZ SLUČAJA- IZVANREDNI DOGAĐAJI

Tijekom smjenskog rada, uz redoviti plan rada postoji mogućnost pojave izvanrednih događaja koji mogu utjecati na normalni plan rada osoblja. Pod izvanredne događaje smatramo smrt pacijenata, posjete obitelji izvan termina posjeta, otpust pacijenta, prijem pacijenta, iznenadne infekcije, dijagnostika, povišena temperatura, pratnja pacijenta u drugu bolnicu, izvanredni sastanak timova, agresije pacijenata, bol kod pacijenta, komplikacije, svađe sa obitelji, dodatna skrb i itd. Iz (Tablice 6. Prikaz slučaja izvanrednih događaja) možemo uočiti kako pojedini događaji utječu na redoviti plan rada medicinskih sestara. Takvi događaji remete normalni rad medicinskih sestara i zahtijevaju dodatne napore osoblja da riješe dodatne zadatke.

Iz priloženog je vidljivo kako već obična kontrola glukoze koja traje oko 15 min kod novo-pronađenih dijabetičara, odnosno na pacijente kod kojih se sumnja da imaju dijabetes, može poremetiti čitavi plan rada u toj smjeni, pa čak imati utjecaj na rad u drugoj smjeni. Također, ostali primjeri ukazuju koliko je vremenski bilo potrebno medicinskim sestrama da riješe određeni izvanredni događaj koji uvelike traju i oduzimaju vrijeme za rješavanje istog, uz dodatno opterećenje ostalih u timu da se nose sa planom u redovitom radu.

Za primjer, ispis pacijenata, naizgled zvuči kao jednostavni postupak s kojim ćemo uštedjeti vrijeme, rad i osoblje za tu smjenu, no s druge strane oduzima čak i više vremena od planiranog rada jer 2 medicinske sestre/tehničari ne mogu pripremiti pacijenta za otpust bez popratne dokumentacije, odijevanja, transporta do sanitetskog vozila što uvelike zauzima vremenski prostor za obavljanje zadataka na što su medicinske sestre/tehničari prepušteni sami sebi bez dodatnog pomoćnog osoblja.

Tablica 6. Prikaz slučaja izvanrednih događaja

<p>Navesti izvanredne događaje tijekom smjene (npr: novi prijem pacijenta, umrli pacijent, posjeta obitelji izvan termina posjeta, dodatna skrb, gripa na odjelu, hitna dijagnostika, bol kod pacijenta, komplikacije, svađa sa obitelji...?):</p>	<p>U kojem od redovitog plana rada se odvijalo?</p>	<p>Trajanje:</p>	<p>Koje je vrijeme bilo potrebno/ produženo za obavljanje redovitoga plana rada u trenutku izbjivanja izvanredne situacije kod ostalih sestara?</p>	<p>Koliko sestara je bilo uključeno za obavljanje događaja koji je bio izvanredan?</p>	<p>Navesti razlog nastanka problema? (npr: fizičko/ psihičko opterećenje, neznanje, manjak kompetencija, izgaranje, nedostatak sestara...?)</p>
<p>Smrt pacijenta u 12:30h</p>	<p>Tijekom ručka (12:00-13:00)</p>	<p>45 min</p>	<p>Ručak je trajao do 13:25</p>	<p>2 medicinske sestre</p>	<p>Sestre nisu na vrijeme stigle nahraniti ostale pacijente, nedostatak osoblja u takvim situacijama, pritisak na ostalih 12 sestara koje hrane, opsežna dokumentacija za umrlog, neadekvatna provjera u obilasku kasnije prema predviđenome, brza primopredaja podataka za popodnevnu smjenu što može uzrokovati propust u važnim informacijama, vremenski limit, mogućnost izgaranja, frustriranost i mogućnost propusta za intervencije koje slijede</p>
<p>Kontrola glukoze u 07:00h za 2 pacijenta</p>	<p>Tijekom jutarnje njege 1 (06:30-08:00)</p>	<p>15 min</p>	<p>Jutarnja njega 1 je trajala do 08:30</p>	<p>1 medicinska sestra</p>	<p>Ostalih 13 medicinskih sestara nastavljaju sa njegom, pritisak na medicinske sestre koje odrađuje njegu bolesnika, neadekvatna njega, vremenska ograničenost, užurbanost, površnost, stres, brzopletost, izgaranje, otežan rad i manipulacija sa</p>

					bolesnikom, nezadovoljstvo pacijenta, loši odnos prema pacijentu, osjećaj bespomoćnosti, gubitak ritma, produženje aktivnosti i preuzimanje određenog vremena iz sljedećih intervencija koje slijede (doručak)
Ispis 3 pacijenata u 08:20h	Tijekom doručka (08:00-09:00)	60 min	Doručak je trajao do 09:30	2 medicinske sestre	Ostalih 12 medicinskih sestara hrane pacijente, brzo apliciranje hrane u nazogastrične stome, povraćanje pacijenata, pritisak na medicinske sestre, brzopletost, ograničenje sa vremenom, stvaranje lošeg odnosa sa pacijentom uzrokovanog brzinom rada, neadekvatno pristupanje u intervencijama koje slijede nakon doručka, nedostatak medicinskih sestara
2 novoprimljena pacijenta 09:10h	Tijekom jutarnje njege 2 (09:00-10:00)	90 min	Jutarnja njega 2 je trajala sve do 11:45 sa prekidima zbog obavljanja ostalih intervencija koje su po redovitom planu kroz dan	2 medicinske sestre	Ostalih 12 medicinskih sestara nastavljaju sa njegom, suočene su sa količinom koja im je preostala da završe njegu, nervoza, psihičko i fizičko opterećenje, nezadovoljstvo pacijenata, neadekvatna manipulacija sa pacijentima, površnost, pogreške pri radu, nepridržavanje pravila antiseptike, visoki rizik za prijenos intrahospitalnih infekcija, loša kvaliteta usluge, visok rizik za ozljede na radu, nedostatak znanja kako raditi u takvim uvjetima rada

7. RASPRAVA

Iz navedenog se može ustanoviti da sestre učestalo navode nedostatak osoblja za svaku od intervencija tijekom smjena. Uz to, spominju da su limitirani vremenom i pod psihičkim, odnosno fizičkim pritiskom što im još dodatno otežava rad. Ukoliko izuzmemo od svake smjene potrebe za velikim obrtajima rada te sagledamo u kojem dijelu dana je potreba za osobljem najpotrebnija, jest u jutarnjoj smjeni, jer tada nam je osoblje potrebno za fizički dio *jutarnje njege 1* i *jutarnje njege 2* svakog dana bez obzira na dan. Ako bismo pratili smjernice za jedinice palijativne skrbi koje predlažu omjer sestrinskog broja osoblja na broj kreveta, trebalo bi biti da najmanje jedna medicinska sestra/tehničar na jednog bolesnika, a po mogućnosti 1,2 sestre/tehničara na jedan krevet što bismo u potpunosti zadovoljili sve kriterije zdravstvene njege pod što se podrazumijeva njega bolesnika i psihološki pristup pacijentu. Prema Članku 45. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti u Republici Hrvatskoj, bolnica koja obavlja djelatnost palijativne skrbi uz uvjete iz članka 44. stavka mora imati kao što je navedeno:- Radnici: 2 medicinske sestre opće njege s posebnom edukacijom iz palijativne skrbi na 6 bolesnika (od čega 15% prvostupnica sestrinstva) za 8 sati radnog vremena. Nadalje, iz priloženih informacija možemo vidjeti da na odjelima nedostaju medicinske sestre koje pružaju zdravstvenu njegu, kao primjerice, za jutarnju smjenu čak i do 13 medicinskih sestara na 89 bolesničkih kreveta. Uz to, kako navodi pravilnik, medicinske sestre bi trebale imati posebnu edukaciju iz palijativne skrbi što u praksi nije točno jer po zapošljavanju na odjele dolaze medicinske sestre koje su već radile, ali na drugim odjelima ili dolaze direktno po završetku škole bez ikakvog znanja od palijativnoj skrbi. To je najblaži oblik prikaza koliko medicinskih sestara nedostaju na odjelima. Ako bismo koristili formulu prema Europskim standardima i normativima, tada bi taj izračun bio oko 107 medicinske sestre/tehničara na 89 kreveta. Također, moramo uzeti u obzir kada nam je potreban frekventan broj medicinskih sestara na odjelu, da li je to ujutro, popodne ili navečer.

U okolnostima ako financijska podrška bolnice ne omogućuje stalno zaposlenje potrebnog osoblja, preporučljivo bi bilo da se kao pomoć medicinskim sestrama/tehničarima nadopuni s osobljem poput njegovatelja, fizioterapeuta ili medicinskih sestara u pripremi. Oni bi se nadopunili u onim situacijama kada bi potrebe bile za osobljem iznad standarda, odnosno kada bi se javili izvanredni događaji. Prema informacijama dobivenih od medicinskih sestara/tehničara na odjelu, uočava se da prilikom GO i bolovanja osoblja, ne postoji zamjena ili dodatna podrška osoblja.

Također, neovisno o danu u tjednu, bilo da je to radni dan ili vikend, potrebe za ovim vremenskim dijelovima su iste. Prema tome, broj sestara bi morao biti isti u svim radnim danima u tjednu i vikendima. Uspoređujući raspored i broj sestara na odjelima kroz radne dane i vikende, možemo uočiti da je redukcija broja sestara vikendima u jutarnjoj smjeni za 4 osobe manja što još dodatno otežava rad osoblja za iste potrebe pacijenata. Isto tako, redukcija osoblja je vidljiva za 2 osobe u popodnevnoj smjeni što još dodatno otežava rad osoblja za iste potrebe pacijenata.

7.1. Primjer provedenog vremena kod pacijenta koji je svrstan u 4. kategoriju samozbrinjavanja - hranjenje

Prema podacima o rasporedu kroz radni tjedan, na odjelu za palijativnu skrb se nalazi 14 medicinskih sestara/tehničara u jutarnjoj smjeni. Odjel sadrži 89 kreveta sa trećim i četvrtim stupnjem samozbrinjavanja, odnosno 3. i 4. stupnjem kategorizacije pacijenata. Podaci pokazuju da je više od 80% pacijenata sa 4. stupnjem kategorizacije. Kod takvih pacijenata potrebno je 10 i više sati skrbi kako navodi HKMS. Za adekvatno hranjenje pacijenta potrebno je oko 40 min vremena što uključuje pripremu osoblja, pacijenta, okoline, vrijeme hranjenja, čišćenje nakon hranjenja, stavljanje pacijenta u povišeni položaj nakon hranjenja. Ako definiramo da 80% pacijenata ima 4. stupanj kategorizacije na tom odjelu, to je brojka od 71 pacijenta. Ukoliko taj broj pomnožimo sa vremenom trajanja hranjenja (71 pacijent x 40 min), dobijemo brojku od 2840 min (47 sata hranjenja svih pacijenata ukoliko ju provodi jedna medicinska sestra/tehničar) i to podijelimo sa 14 medicinskih sestara/tehničara, iznositi će da se potroši na hranjenje ukupno 3 sata po jednoj smjeni. Sami prikaz potvrđuje da se potroši skoro polovice radnog vremena u jutarnjoj smjeni samo na adekvatno hranjenje. Na to se možemo zapitati kako se provode druge intervencije koje su dio redovitog plana rada, a kakve su tek kod pojave izvanrednih događaja?!

Nezapošljavanje osoblja na palijativnim odjelima je još jedan problem. On se može očitovati na način da bolnice ne žele zaposliti dodatno osoblje zbog toga što nitko od nadležnih institucija ne provjerava u kakvim uvjetima rade medicinske sestre/tehničari, odnosno način financiranja je manji od potrebitog. Također se postavlja pitanje zašto nije adekvatno definirani pravilnik o broju osoblja na palijativnim odjelima u Republici Hrvatskoj ukoliko je on standardiziran i predložene su nam smjernice za cijelo području Europske Unije. Možda imamo odgovor na to, a to je da nadležni predstavljaju sliku palijativne skrbi kao povoljnu za

građanstvo ili palijativu nismo uspjeli još dovoljno razviti ili je još uvijek u počecima razvijanja!?

8. ZAKLJUČAK

Iz ovog rada možemo zaključiti da na odjelu palijativne skrbi nedostaje veliki broj osoblja te da se medicinske sestre/tehničari nalaze u nepovoljnoj situaciji. Takav način rada utječe na kvalitetu pružane usluge i potiče opasnost za boravak pacijenata tijekom hospitalizacije. S druge strane, bolnica kao institucija, ne poduzima dodatne mjere da pruža podršku ukoliko netko od medicinskih sestara/tehničara koristi GO ili bolovanje. Također, podrška uopće nije vidljiva s brojem zaposlenih na broj pacijenta koje ima u svojoj skrbi. Problematika zapošljavanja novih medicinskih sestara/tehničara je također jedan od osnovnih problema jer plaće nisu motivirajuće za takav rad. Isto tako, postoji mogućnost averzije prema radilištima na palijativnim odjelima zbog marginalizacije i loše pozicije rada u društvu.

Smatram da ovim prikazom slučaja mogu utjecati na promjene u pravilnicima koji se odnose na palijativnu skrb u bolnicama i osnažiti problem sa kojima se susreću medicinske sestre/tehničari. Time bih želio otvoriti problematiku o mogućnostima pronalazjenja rješenja i postići osviještenošću nadležnih da moraju uzeti u obzir rad osoblja u nepovoljnim uvjetima jer svatko od nas na neki način pati, bilo da koristi usluge iz zdravstva, bilo da radi na radilištu ili provodi sustav prema mogućnostima. Stoga, moraju se provoditi preporuke standardizacije i definirati pravilnici sa jasnim pravilima bez opisivanja istih na općoj razini već na konkretnim razlozima.

9. ZAHVALE

Veliko hvala medicinskim sestrama/tehničarima iz OB Varaždin- Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof na podršci i razumijevanju pruženom tijekom studiranja. Također, hvala im na iskazanim podacima koje sam koristio za izradu ovog rada.

10. LITERATURA

- (1) McDonald L, Florence Nightingale. Passionate Statistician. *Journal of Holistic Nursing*. 1988. str. 267-277.
- (2) Giovannetti Hall L, Indicators of nurse staffing and quality nursing work environments. *Quality Work Environments for Nurse and Patient Safety*. 1978. str.1-3. Washington: Dhew Publication.
- (3) Van Slyck A, Part II: Patient Classification System. *A Systems Approach to the Management of Nursing Services - Nursing Management*. 22: 1991. str. 23-25.
- (4) Classification. PubMed.com.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68002965>. Dostupno 14. travnja 2018.
- (5) Katuša D, Ispitivanje povezanosti između postojećeg i potrebnog broja medicinskih sestara na temelju izračuna kategorizacije bolesnika kod kirurških bolesnika u Općoj bolnici Zadar. *Diplomski rad Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet Sveučilišni, Diplomski studij sestrinstva*; 2015.
<https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef:274>. Dostupno 29. travnja 2018.
- (6) Shift Work Schedule. PubMed.com.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Rotating+Shift+Work>. Dostupno 14. travnja 2018.
- (7) Fučkar G. Bolesnik i potrebe. *Proces zdravstvene njege*. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb. 1995. str. 272.
- (8) Zakon o sestrinstvu. [Zakon.hr](http://www.zakon.hr).
<https://www.zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu>. Dostupno 05. travanj 2018.
- (9) Hrvatska komora medicinskih sestara, HKMS. *Razvrstavanje pacijenata u kategorije ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom*. Zagreb; 2006.
- (10) Palliative Care Nursing. PubMed.com.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68064946>. Dostupno 14. travnja 2018.
- (11) Šoša V. *Palijativna skrb*. Dom zdravlja Zagreb-Centar. Zagreb; 2013.
- (12) Mid-Western Health Board. *Report on the National Advisory Committee on Palliative Care*. Lenus.com. Department of Health and Children.
<http://hdl.handle.net/10147/43031> Dostupno 05. travnja 2018.
- (13) *European Journal of Palliative Care*, Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi. Preporuke Europskog udruženja za palijativnu

- skrb. Translated from the articles first published in the; 16(6); 2009. str. 278-289 i 2010; 17(1): str. 22-33.
- (14) Ministarstvo zdravstva, Narodne novine. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti. NN 124/2015; 2015.
https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2015_11_124_2368.html Dostupno 25. veljače 2019.
- (15) Pravilnik o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica (Urednički pročišćeni tekst, „Narodne novine“, broj 145/13, 31/15, 49/16 i 62/18) <http://www.propisi.hr/print.php?id=7130> Dostupno 28. veljače 2019.
- (16) Šepec S, Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb; 2010.
- (17) Weber A, Burnout Syndrome: A Disease of Modern Societies? Occupational Medicine. NCBI. England; 2000.
- (18) Social Identification. PubMed.com.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=psychological+aspect> Dostupno 14. travnja 2018.
- (19) Burnout. PubMed.com.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68002055> Dostupno 14. travnja 2018.
- (20) Karasek R, Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. Administrative Science Quarterly. Vol. 24. No. 2;1979. str. 285-308.
- (21) Pruessner JC, Hellhammer DH, Kirschbaum C, Burnout, perceived stress and cortisol responses to awakening. Psychosomatic Med. Vol. 2; 1999. str.197-204.
- (22) Kalauz S, Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi. Visoka zdravstvena škola. Zagreb; 2010.
- (23) Quality Indicators. PubMed.com.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68019984> Dostupno 14. travnja 2018.
- (24) Čelar D, Valečić V, Željezić D, Kondić Ž, (2014) Alati za poboljšavanje kvalitete. Technical journal. Zagreb.
- (25) Hodak J, Mišljenja medicinskih sestara/tehničara o neželjenim događajima tijekom procesa sestrinske skrbi u KBC-Osijek. Diplomski rad. Sveučilišni diplomski studij Sestrinstva. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. ZIR; 2016.
<https://zir.nsk.hr/islandora/object/mefos%3A121> Dostupno 29. travnja 2018.

(26) Alfredsson et al., 1985. Lipscomb et al., 2002. Park et al., 2001. Schnall et al., 2000. Sokejima, Kagamimori, 1998. Steenland, 2000. Steptoe, Wi lemsen, 2004. Theorell, Rahe, 1972.

11. POPIS TABLICA

Tablica 1. Tablica kritičnih čimbenika kategorizacije pacijenata (prema HKMS (9)).....	3
Tablica 2. Raspon bodovanja (prema HKMS (9)).....	3
Tablica 3. Prikaz slučaja redovitog plana rada- jutarnja smjena.....	9
Tablica 4. Prikaz slučaja redovitog plana rada- popodnevna smjena.....	10
Tablica 5. Prikaz slučaja redovitog plana rada- noćna smjena.....	12
Tablica 6. Prikaz slučaja izvanrednih događaja.....	14

12. ŽIVOTOPIS

Martin Trubelja, rođen je 01.12.1993. godine u Varaždinu. Po završetku osnovnoškolskog obrazovanja upisuje smjer medicinske sestre/tehničara u Srednju medicinsku školu Varaždin koju završava 2012. godine. Iste godine upisuje prvostupništvo na Sveučilištu Sjever u Varaždinu na smjeru sestrinstva te ga završava 2016. godine. Nakon toga 2017. godine odrađuje Stručno osposobljavanje bez zasnivanja radnog odnosa u „Općoj bolnici Varaždin- Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof“ na odjelu palijativnog liječenja. Istodobno upisuje diplomski studij sestrinstva na Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Nastupio je na stručnom kongresu kao autor rada.

13. PRILOZI

Prilog 1.

Datum: Smjena: 8h (zaokruži) : jutarnja / popodnevna / noćna

Broj sestara u smjeni: Broj pacijenata:

Redoviti ritam rada u smjeni:

Redoviti plan rada tijekom smjene:		
	Trajanje:	Kada se osjeća problem i zašto? (npr: fizičko/ psihičko opterećenje, neznanje, manjak kompetencija, izgaranje, nedostatak sestara,....?)

Prilog 2.

<p>Navesti izvanredne događaje tijekom smjene (npr: novi prijem pacijenta, umrli pacijent, posjeta obitelji izvan termina posjeta, dodatna skrb, gripa na odjelu, hitna dijagnostika, bol kod pacijenta, komplikacije, svađa sa obitelji...?):</p>	<p>U kojem od redovitog plana rada se odvijalo?</p>	<p>Trajanje:</p>	<p>Koje je vrijeme bilo potrebno/produženo za obavljanje redovitoga plana rada u trenutku izbivanja izvanredne situacije kod ostalih sestara?</p>	<p>Koliko sestara je bilo uključeno za obavljanje događaja koji je bio izvanredan?</p>	<p>Ukoliko se je osjetio problem, navesti zašto? (npr: fizičko/psihičko opterećenje, neznanje, manjak kompetencija, izgaranje, nedostatak sestara...?)</p>