

# Suradnja obiteljskog liječnika i patronažne sestre

---

Žigolić Blažević, Mirela

Master's thesis / Diplomski rad

2019

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/um:nbn:hr:105:135004>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-13**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
MEDICINSKI FAKULTET  
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Mirela Žigolić Blažević**

**Suradnja obiteljskog liječnika i patronažne  
sestre**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2019.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
MEDICINSKI FAKULTET  
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Mirela Žigolić Blažević**

**Suradnja obiteljskog liječnika i patronažne  
sestre**

**DIPLOMSKI RAD**

**Zagreb, 2019.**

Ovaj diplomski rad izrađen je na Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc.dr.sc. Venije Cerovečki Nekić i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2018/2019.

## KRATICE

EU – Europska unija

ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System (Europski sustav bodovanja)

NN – Narodne novine

PZZ – primarna zdravstvena zaštita

EZZ – elektronički zdravstveni zapis

SEZZ – sustav elektroničkih zdravstvenih zapisa

CEZIH – centralni zdravstveni informacijski sustav Republike Hrvatske

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

## SADRŽAJ

## SAŽETAK

## SUMMARY

1.	Razvoj patronažne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj.....	1
1.1	Obrazovanje patronažnih medicinskih sestara .....	3
1.2	Kompetencije patronažnih medicinskih sestara.....	6
1.3	Organizacija rada patronažnih medicinskih sestara .....	10
2.	Organizacija rada obiteljskog liječnika .....	11
3.	Suradnja obiteljskog liječnika i patronažne sestre.....	12
3.1	Suradnja u skrbi za kronične bolesnike.....	13
3.1.1	Skrb patronažne sestre za oboljele od dijabetesa.....	14
3.1.2	Skrb patronažne sestre za oboljele od kardiovaskularnih bolesti.....	15
3.1.3	Skrb patronažne sestre za oboljele od cerebrovaskularnih bolesti.....	18
3.1.4	Skrb patronažne sestre za palijativnog bolesnika .....	20
4.	Zaključak.....	22
5.	Zahvale.....	23
6.	Literatura.....	24
7.	Životopis.....	25

## **SAŽETAK**

### **Suradnja obiteljskog liječnika i patronažne sestre**

**Mirela Žigolić Blažević**

Patronažna sestra je važan suradnik liječnika obiteljske medicine jer osigurava proširenje skrbi i u domu bolesnika. Ona je sestra koja je svojim opažanjima važan izvor informacija za liječnika. Suradnja obiteljskog liječnika i patronažne sestre odvija se svakodnevno u skrbi za bolesne i zdrave članove obitelji i zajednice. Osnovno djelovanje patronažnih medicinskih sestara je zdravstveni odgoj i obrazovanje s ciljem unapređenja zdravlja te prevencija bolesti posebno u najosjetljivijim razdobljima života te posebnim stanjima i okolnostima kao što su kronična bolest i palijativna skrb, invaliditet, starost ili loša socijalna situacija. Obiteljski liječnik koji zbog sklopa okolnosti sve više gubi svoju temeljnu preventivnu ulogu, jedino u uskoj suradnji s patronažnom sestrom može očuvati taj važan dio svoga profesionalnog rada. Suradnjom obiteljskog liječnika i patronažne sestre ostvaruje se kontinuirani zdravstveni nadzor nad obiteljima u skrbi, kroničnim, teže pokretnim i nepokretnim te palijativnim bolesnicima kao pravovremena reakcija na zdravstvene potrebe pacijenata u skrbi.

Ključne riječi : suradnja, obiteljski liječnik, patronažna sestra

## **SUMMARY**

### **Cooperation between family physicians and nurses in family medicine**

**Mirela Žigolić Blažević**

A nurse in family medicine is an important associate to family physicians, as she provides extended care in the home of a patient. She is a nurse who, with her observations, is an important source of information for a doctor. The cooperation between a family physician and nurse in family medicine takes place daily in the care of the sick and healthy members of the community. The main role of nurses in family medicine is health education with the aim of improving health and preventing illness especially in the most sensitive periods of life and in special conditions and circumstances such as chronic and palliative illness, disability, old age or a poor social situation. A family physician who, because of a set of circumstances, loses his core preventive role, can only keep this important part of his professional work in close cooperation with the nurse in family medicine. The cooperation between the family physician and the nurse in family medicine achieves continuous health supervision of the families in the care, people with limited mobility and immobile and palliative patients, and a prompt response to the health needs of the targeted patients.

Key words: cooperation, family physician, nurse



## 1. RAZVOJ PATRONAŽNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI HRVATSKOJ

„ 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 unaprijeđuje zdravlje pojedinca, obitelji, naroda, ljudske zajednice... Ona dolazi 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



Slika 1. Sestra Sabrina (Sabina) iz Mraclina odjevena u punu radnu uniformu i s potrebnom opremom kreće na teren, 1930-ih (Dokumentacija ŠNZ).

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 pomoćnice, dr. Vladimir Čepulić i osnivač Škole narodnog zdravlja, dr. Andrija Štampar ističu 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).

Domovi zdravlja počinju se osnivati 1952. godine i tada patronažne sestre započinju s polivalentnim načinom rada, a od 1961. bivaju uključene u timove liječnika obiteljske medicine koji su tada bili teritorijalno raspoređeni.

Reforma zdravstva 80- ih godina prošlog stoljeća partonažnu je sestru, kao i obiteljskog liječnika, funkcionalno udaljila od zajednice, zbog usmjerenosti zaštite prema mjestu rada i školovanja, a ne primarno prema mjestu stanovanja. Organizacijskim promjenama u zdravstvenom sustavu uveden je i sustav izabranog liječnika, odnosno, uveden je slobodan izbor liječnika što je dovelo do okolnosti da jedan liječnik surađuje i sa više patronažnih sestara. 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 liječnika (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 aspekata, 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 stavlja se pod nadzor patronažne službe (3).

Prepoznavanjem i tretiranjem najraznovrsnijih problema pojedinca i obitelji patronažna skrb postaje zdravstveno-socijalna i edukativna djelatnost. Obitelj, kao temelj zajednice, ciljana je skupina patronažne službe i u njoj isključivoj i ekskluzivnoj nadležnosti.

Nadležna patronažna sestra treba imati zdravstveno-socijalnu procjenu i sliku obitelji o kojoj skrbi.

## **1.1 OBRAZOVANJE PATRONAŽNIH MEDICINSKIH SESTARA**

Viša medicinska škola pri Medicinskom fakultetu osnovana je 1966. godine, a studij je trajao dvije godine i to dva usmjerenja, bolničkim i dispanzersko-patronažnim. Od 1986. na toj se školi ukidaju svi smjerovi i educiraju se samo polivalentne sestre, studij je i dalje trajao dvije godine. Danas dodiplomski studij setrinstva traje tri godine. Prema postojećem zakonu medicinska sestra za rad u patronažnoj djelatnosti treba imati završeni dodiplomski studij sestrinstva (bakalaureat). Unatoč tome 2017 god. bilo je zaposleno 31 medicinska sestra sa završenom bazičnom srednjom školom dakle bez studija sestrinstva i 818 sa završenim dodiplomskim i specijalističkim diplomskim studijem. Kroz brojne konferencije o zdravlju sustavno se naglašavana uloga medicinskih sestara u promicanju zdravlja u kojima su istaknuta slijedeća područja djelovanja: stil

života i zdravlje, rizični čimbenici koji djeluju na zdravlje i okoliš, preusmjeravanje sustava zdravstvene zaštite, svekolika potpora za ostvarivanje promjena. Škola narodnog zdravlja „Dr. Andrija Štampar“ nosi ime liječnika dr. Andrije Štampara, doajena u području javnog zdravstva, koji je potrebu za vrhunski obrazovanim medicinskim sestrama u tom području prepoznao već davne 1921. godine. Diplomski studij za medicinske sestre u području javnog zdravstva nakon završenog dodiplomskog studija u trajanju od tri godine, u zemljama EU se smatra najvišom stručnom razinom obrazovanja, koje omogućava potpuno samostalan rad u okviru dogovorenih kompetencija. Promicanje zdravlja i prevencija bolesti se mogu definirati kao široki niz osobnih/kliničkih intervencija, te intervencija u zajednici, uz široki razvoj i primjenu društvene politike koja utječe na postizanje zdravlja. Medicinske sestre se već odavno brinu za primarnu zdravstvenu skrb, s velikim naglaskom na promicanje zdravlja, prevenciju bolesti, te prepoznavanje čimbenika okoline koji utječu na zdravlje.

Ključni pojmovi sestrinstva uključuju pojmove poput zdravog životnog stila, vlastite brige o zdravlju, holizam, smanjenje rizičnih faktora, te povećanje kvalitete života. Stoga bi promicanje zdravlja i prevencija bolesti trebale biti integralni dio rada u području naprednog sestrinstva, kao i javna prepoznatljivost profesije medicinske sestre koja se od njene tradicionalne uloge sestre pomoćnice liječnika mora preobraziti u samostalnu profesiju, suradnice u zdravstvenom timu koji uostalom kvalitetno može funkcionirati kao tim ako su svi članovi tima dostatno obrazovani. Svjetska zdravstvena organizacija je definirala unapređenje zdravlja kao « proces koji omogućava ljudima da povećaju kontrolu nad zdravljem i da poboljšaju svoje zdravlje ». To predstavlja opsežan socijalni i politički proces koji obuhvaća akcije usmjerene na jačanje vještina i sposobnosti

pojedince, kao i na akcije koje su povezane s odrednicama zdravlja. U mnogim područjima postoji osnovni nedostatak razumijevanja za unapređenje zdravlja. Složenost poslova medicinskih sestara koje djeluju u zajednici na područjima rada javnoga zdravstva, a koje karakterizira samostalan rad, nužno nalaže osiguranje mogućnosti visokog obrazovanja za medicinske sestre, unutar naprednog specijaliziranog sestrinstva(4).

Specijalistički stručni studij sestrinstva traje dvije godine i njegovim se završetkom stječe 120 ECTS i dobiva se naziv diplomirana medicinska sestra/tehničar specijalist (navodi se specijalizacija). Specijalistički stručni studiji održavaju se na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu.

Diplomski sveučilišni studij sestrinstva traje dvije godine i njegovim se završetkom stječe 120 ECTS bodova. Diplomski sveučilišni studij sestrinstva održava se u sklopu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Ukupan broj bodova koji se stječu završetkom preddiplomskog i diplomskog studija iznosi najmanje 300 ECTS bodova.

Završetkom preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog studija stječe se akademski naziv magistar/ra sestrinstva (5).

## 1.2 KOMPETENCIJE PATRONAŽNIH MEDICINSKIH SESTARA

Zdravstvena njega je skrb za bolesnog i zdravog pojedinca. Skrb patronažne sestre jest orijentirana pretežito na zdrave pojedince i članove njihove obitelji, ali i na nadzor rada drugih zdravstvenih djelatnika u ukupnoj skrbi. Sestrinstvo u Hrvatskoj pod utjecajem je cjelokupnog stanja u sustavu zdravstva, promjena u medicini i društvu te razvoja znanosti i tehnologija. Ono je dio cjelovitog sustava zdravstvene zaštite i djeluje od dvadesetih godina prošlog stoljeća. U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i Zakonu o sestrinstvu (NN 121/03, 126/06) definirana je uloga i odgovornost patronažnih sestara u sustavu zdravstvene zaštite. Svjetska zdravstvena organizacija je 1974. godine definirala sestrinstvo u zajednici kao djelatnost koja brine o potrebama pojedinca i obitelji, ali također prepoznajući i zadovoljavajući potrebe šire populacije kroz razvojni pristup u kojem su članovi zajednice potaknuti da se uključe u razvojne projekte za zdravlje i dobrobit u širem smislu. Kroz polivalentni oblik skrbi za populaciju služba funkcionira po principu preventivne skrbi. Za patronažne sestre ističe se skrb za pojedinca i obitelj te poznavanje osobitosti zajednice koja uključuje kulturalne i okolišne čimbenike. Također, dobro je poznato da patronažne sestre djeluju kao korisnikovi savjetnici i da mogu integrirati sve razine zdravstvene zaštite iz razloga što se njihov rad kontinuirano provodi u zajednici i u domu korisnika (4).

Patronažna sestrinska skrb usmjerena je prema dvije glavne grupe rješavanja postavljenih zadataka:

- Promicanje i očuvanje zdravlja te sprečavanje bolesti kod;

novorođenčeta

dojenčeta

male i predškolske djece

školske djece i omladine

žena osobito za vrijeme trudnoće, babinja i dojenja

starijih i nemoćnih osoba

osoba s povećanim potrebama

osoba rizičnog ponašanja i loših životnih navika

- Prepoznavanje, pravodobno otkrivanje i skrb za bolesne i nemoćne koja se provodi tamo gdje ljudi žive i rade, a najčešće u njihovim domovima.

Primarni cilj patronažne zdravstvene skrbi kao dijela integralnog zdravstvenog sustava jest pružiti zdravstvenu zaštitu korisnicima izvan zdravstvenih ustanova, poticati ih na očuvanje i unapređenje vlastitog zdravlja, posebno u najosjetljivijim razdobljima života i u posebnim stanjima i okolnostima kao što su kronična bolest, invaliditet, starost ili loša socijalna situacija. Patronažna zdravstvena skrb poseban naglasak stavlja na:

- ograničavanje utjecaja različitih faktora na nastanak bolesti ili oštećenja
- pravičnost u pružanju zdravstvene zaštite
- intersektorski pristup
- ulaganje u promicanje zdravlja i prevenciju bolesti
- partnerski odnos u zajednici

- ciljeve zasnovane na činjenicama (evidence-based outcome)

Iz Zakona o sestrištvu u Članaku 17. navodi se da je medicinska sestra obvezna evidentirati sve provedene postupke u sestriškoj dokumentaciji za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite. Sestriška dokumentacija iz stavka 1. ovoga članka jest skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege. Danas patronažna sestra sestrišku dokumentaciju provodi u elektroničkom obliku i sastavni je dio integriranog zdravstvenog sustava.

Prvi korak u informatizaciji patronažne djelatnosti bio je informatizacija PZZ s već korištenim modelom Elektroničkog zdravstvenog zapisa (EZZ) koji predstavlja skup svih važnih podataka prikupljenih tijekom liječenja bolesnika u zdravstvenom sustavu od rođenja do smrti, zamjena je za postojeći zdravstveni karton. Podaci EZZ-a pohranjuju se u Sustav elektroničkih zdravstvenih zapisa (SEZZ) koji je u skladu sa međunarodnim standardima (CEN/TC 251 ENV13606). Sigurnost Sustava elektroničkih zdravstvenih zapisa omogućen je korištenjem "Smart" kartica temeljem kojih je uvid u elektronički zdravstveni karton ograničen prema kompetencijama zdravstvenih djelatnika. Spajanje zdravstvene iskaznice osiguranika i Smart kartice dobiva se mogućnost uvida u postojeće zdravstvene probleme i omogućen je nastavak upisivanja kliničkih, administrativnih i financijskih promjena. Sustav je podložan promjenama i integriranje patronažne zdravstvene zaštite omogućeno je uz kvalitetno programsko rješenje, informatičku opremu (računala s operativnim sustavom Windows XP Professional i pisačima) s odgovarajućom komunikacijskom vezom (DSL, ISDN...) prema Internetu odnosno sustavu Centralnog zdravstvenog informacijskog sustava Republike Hrvatske (CEZIH). Budući da se rad patronažnih sestara odvija izvan zdravstvene ustanove, pri integraciji



patronaže u postojeće sustave potrebno je planirati prenosivu računalnu opremu (laptop, tablet ili iPhone). Prenosiva računalna oprema omogućava slanje i primanje elektroničke poruke u tijeku provođenja zdravstvene njege te slijedivost već ranije upisanih sestrinskih postupaka iz različitih razina sestrinske skrbi. Mogućnost slanja i primanja elektroničke poruke u tijeku sestrinskog postupka ima direktan utjecaj na kvalitetu zdravstvene njege. Također je važno napomenuti da podaci ostaju trajno u bazi podataka, mogu se nadopunjavati novim zdravstvenim pokazateljima bez ponovljenih upisivanja cijelog procesa skrbi. ranije planirane postupke. Korištenjem već postojećih baza podataka se bitno smanjuje udio radnog vremena u administriranju u korist zdravstvene njege. Prelaskom na novu tehnologiju dokumentiranja postupaka zdravstvene njege potrebno je provesti kvalitetnu edukaciju patronažnih sestara budući da veći broj medicinskih sestara nema stečeno znanje iz područja informatike. Edukaciju treba posebno usmjeriti na poznavanje kompjutoriziranih aplikacija unutar programskih rješenja. Važno je naglasiti da bez dobre i kontinuirane edukacije nije moguće ostvariti formiranje elektroničkog zdravstvenog zapisa/kartona, a ni korištenje središnjeg sustava razmjene podataka (6).

### 1.3 ORGANIZACIJA RADA PATRONAŽNIH MEDICINSKIH SESTARA

Specifičnost rada patronažnih sestara je da skrbe za određeno geografsko područje, odnosno, zajednicu koja uključuje sve dobne skupine populacije, a djelatnost u potpunosti pripada nadležnim Domovima zdravlja, bez zakonske mogućnosti otvaranja privatne prakse. Patronažna sestra djeluje na području od 5100 stanovnika-osiguranika (što je normativ), a u teško pristupačnim i dislociranim područjima taj normativ bi trebao biti znatno manji, što u praksi na žalost i nije tako. Na primjer; područje rada u gradskoj sredini uključuje djelovanje u prostoru od nekoliko ulica ovisno o naseljenosti, dok u Ličko-senjskoj županiji u prosjeku jedna patronažna sestra pokriva područje od 411,75 km<sup>2</sup> i skrbi za 4129 stanovnika (4). Jednako tako treba naglasiti da je način obavljanja kućnih posjeta različit i on varira od korištenja javnog prijevoza, bicikla, osobnog automobila sa i bez naknade za benzin do službenih automobila. Reformom zdravstva 1993. godine došlo je do prostornog izdvajanja medicinske sestre iz geografskog područja djelovanja, odnosno u nekim domovima zdravlja dolazi do centralizacije patronažne djelatnosti. Danas je još uvijek na snazi i centralizirani i decentralizirani oblik djelovanja. Ipak, prema Hrvatskom statističkom ljetopisu iz 2015 godine vidljiv je trend pada ukupnog broja zaposlenih patronažnih sestara dok s druge strane povećanjem broja osiguranika u skrbi raste opterećenje istih sestara u pogledu broja intervencija te zadržavanja standarda kvalitete pružanja usluga.

## **2. ORGANIZACIJA RADA OBITELJSKOG LIJEČNIKA**

Liječnik obiteljske medicine je diplomirani liječnik koji pruža osobnu, primarnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu pojedincima, obiteljima i društvenoj zajednici, bez obzira na dob, spol i bolest. Jedinstvena je upravo sinteza navedenih funkcija. On liječi bolesnike u svojoj ordinaciji i u njihovim domovima. Njegov je cilj postavljanje rane dijagnoze. Pri ocjeni zdravlja i bolesti obuhvaća i sažima te razmatra o fizičkim, psihološkim i socijalnim faktorima. Pruža kontinuiranu zdravstvenu zaštitu bolesnicima s akutnim, kroničnim i neizlječivim bolestima te mu takav trajni kontakt s bolesnicima omogućuje prikupljanje podataka prema potrebama svakog pojedinog te na taj način stvara međusobno povjerenje (7).

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti ( Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 150/08) osnovna načela primarne zdravstvene zaštite su:

- Sveobuhvatnost
- Kontinuiranost
- Dostupnost
- Cjelovit pristup

Sveobuhvatnost podrazumijeva da su zdravstvenom zaštitom obuhvaćeni svi stanovnici Republike Hrvatske.

Kontinuiranost znači da su stanovnici osigurani cijelog života, od rođenja do smrti.

Dostupnost podrazumijeva organiziranost zdravstvene zaštite, ustanova i djelatnika na području cijele Republike Hrvatske koji svim stanovnicima osigurava iste uvjete zdravstvene zaštite.

Cjelovitost obuhvaća slobodan izbor liječnika obiteljske medicine s ciljem prevencije bolesti i unaprijeđenja zdravlja, postupka liječenja i rehabilitacije.

Te odrednice definiraju sadržaj rada obiteljskog liječnika.

### **3. SURADNJA OBITELJSKOG LIJEČNIKA I PATRONAŽNE SESTRE**

Djelatnost patronažne službe je danas primarno preventivno edukativna i informativna, sa zadaćom prikupljanja potrebnih podataka i otkrivanja te zbrinjavanja bolesnih, nemoćnih i socijalno ugroženih stanovnika te zadaćom očuvanja, unapređenja i zaštite zdravlja ostalih (3). U tu svrhu ona mora uočavati faktore koji utječu na socijalno-ekonomsko i zdravstveno stanje stanovništva i obitelji. Patronažne sestre u suradnji sa obiteljskim liječnicima, socijalnom službom, drugim zdravstvenim ustanovama, društvenim organizacijama i karitativnim ustanovama, kao i sa vlastitim prosvjetnim radom, pomažu u rješavanju takve problematike i štite interes pacijenata. Svoj rad zato planiraju na temelju Plana i programa mjera HZZO-a, suradnje sa obiteljskim liječnikom, pedijatrom i ginekologom te na temelju dojava drugih medicinskih ustanova, socijalne službe, pojedinih obitelji ili na temelju vlastitih zapažanja i procjena. Osim edukativne

uloge u stanovništvu putem tečajeva i rada u malim grupama te provođenja zdravstveno preventivnih i promotivnih programa, rade i na edukaciji novog kadra i ostalih zdravstvenih pripravnika te nadziru provedbu kućne njege. Stoga je jasno da moraju raspolagati sa širokim spektrom stručnog znanja, vještinama komunikacije, vještinama pružanja utjehe, podrške, savjeta i edukacije, uz poznavanje i poštivanje etičkih principa. Na patronažnu sestru je tako danas prenijet i dio preventivnog rada koji je nekad provodio obiteljski liječnik. Stoga obiteljski liječnik dijeli aktivnosti preventivnog rada sa patronažnom sestrom kao i dio aktivnosti vezano uz planiranje i provedbu skrbi za kroničnog bolesnika (3).

### **3.1 SURADNJA U SKRBI ZA KRONIČNE BOLESNIKE**

Skrb patronažne sestre za kronične bolesnike je zahtjevan rad koji obuhvaća sve domene bolesnikovog zdravlja i života. Osim provjeravanja bolesnikovog zdravstvenog statusa, patronažna sestra mora procijeniti bolesnikovo znanje o bolesti, o uzimanju terapije, o preporučenom načinu života vezano za njegovu kroničnu bolest. Procjenjuje njegovo nošenje s bolešću, prilagodbu, suradnju s liječnikom, podršku obitelji. Procjenjuje i socijalne uvjete oboljelog te pomaže u prilagodbi bolesti. Odgovara na pitanja, educira i informira oboljelog. Kod pojave problema, prepreka ili nesigurnosti kod bolesnika ona se trudi to riješiti ili umanjiti. Važan aspekt njezinog rada je i prevencija kroničnih bolesti i komplikacija.

### 3.1.1 SKRB PATRONAŽNE SESTRE ZA OBOLJELE OD DIJABETESA

Diabetes mellitus je kronični poremećaj oštećene tolerancije glukoze, karakterizirane poremećajem metabolizma ugljikohidrata, bjelančevina i masti. Možemo je definirati kao apsolutni ili relativni manjak inzulina s posljedičnom hiperglikemijom. Diabetes mellitus je metabolička i jedna od najčešćih endokrinih bolesti. Javlja se u dva oblika- kao tip 1 i tip 2. Dijabetes tip 1 je karakteriziran nedostatnom proizvodnjom inzulina i zahtijeva dnevno davanje inzulina. Uzrok mu se ne zna i prema današnjim spoznajama ga nije moguće spriječiti. Tip 2 nastaje kada tijelo ne može učinkovito iskoristiti inzulin. U velikoj je mjeri posljedica prekomjerne tjelesne težine i tjelesne neaktivnosti. U liječenju bolesti je najvažnija prehrana, tjelesna aktivnost i pravilno uzimanje lijekova.

Prvi koraci u promijeni životnih navika su promjene prehrambenih navika koje imaju cilj sprečavanje nastanka bolesti ili liječenja iste. Osnovni ciljevi koji se žele postići intervencijom u prehrani su održavanje dobre glikemije, uredan nalaz masnoća u krvi i bolja regulacija krvnog tlaka. Dugoročni cilj je prevencija razvoja kroničnih komplikacija šećerne bolesti. Važan rizični čimbenik za nastanak šećerne bolesti je pretilost, stoga je njeno liječenje jedan od primarnih ciljeva dijeto terapije.

Patronažna sestra je zadužena za edukaciju i praćenje dijabetičkih bolesnika. Ona individualiziranim pristupom djeluje motivirajuće te ujedno smanjuje razinu stresa koji se razvija prilikom suočavanja i nošenja s bolesti. Šećerna bolest se ne može izliječiti stoga je potrebno pacijenta naučiti živjeti s tim oboljenjem i potaknuti ga na stjecanje novih znanja i vještina (8).

### **3.1.2 SKRB PATRONAŽNE SESTRE ZA OBOLJELE OD KARDIOVASKULARNIH BOLESTI**

Kardiovaskularne bolesti su bolesti srca i krvožilnog sustava, a glavne kliničke manifestacije se mogu podijeliti na one koje zahvaćaju:

- srce i srčani krvožilni sustav– koronarna (ishemična) bolest
- mozak i moždani krvožilni sustav – cerebrovaskularna bolest
- donje udove – okluzivna bolest perifernih arterija (9).

#### **SKRB PATRONAŽNE SESTRE ZA OBOLJELE OD HIPERTENZIJE**

Arterijska hipertenzija je kronično povišenje krvnog tlaka koji u više uzastopnih mjerenja iznosi 140/90 mmHg ili više. Povišeni krvni tlak je glavni neovisni čimbenik rizika za bolesti srca i krvnih žila. Hipertenzija se najčešće dijagnosticira u srednjoj životnoj dobi, a učestalost raste sa starijom dobi. Najveći je javnozdravstveni problem, kako kod nas, tako i u svijetu (10). Kontrola povišenog krvnog tlaka u naših bolesnika je niska (19,4 %), stoga je potrebno intenzivirati mjere primarne prevencije i liječenja. Istodobna i kontinuirana edukacija i bolesnika i liječnika poboljšat će djelotvornost antihipertenzivne terapije. Osnova svakog liječenja je pravilna prehrana i promjena životnih navika (pravilno dozirana svakodnevna umjerenja tjelesna aktivnost, redukcija tjelesne težine uz prestanak pušenja i umjereni unos alkohola u bolesnika koji ga konzumiraju te prehrana koja se bazira na voću, povrću, bijelom mesu, ribi te višestruko nezasićenim masnim kiselinama i smanjenom udjelu soli) koja dovodi do pada arterijskog tlaka, a samim time

može dovesti i do pada prevalencije arterijske hipertenzije i svih njenih komplikacija. Od farmakološke terapije imamo diuretike, beta blokatore, blokatore kalcijevih kanala, ACE inhibitore i antagoniste angiotenzinskih (AT1) receptora (11).

Komplikacije koje mogu nastati su hipertenzivne krize, angina pectoris, infarkt miokarda, cerebrovaskularni inzult, zatajenje bubrega te promjene na krvnim žilama mozga. Kod većine bolesnika se hipertenzija otkriva slučajno kod rutinskog pregleda ili pregleda zbog drugih problema. Bolest se teže prepoznaje, odnosno dijagnosticira jer su znakovi i simptomi nespecifični i nerijetko blagi pa ih osobe zanemaruju sve dok se oni ne pogoršaju ili dok ne nastanu komplikacije. Zbog toga se bolest naziva i „tihu ubojica“. Patronažna sestra provodi intervencije s ciljem prevencije i pravodobnog otkrivanja bolesti, održava seminare, radne grupe i informira osobe pod rizikom usmenim i pismenim putem kroz, na primjer, letke. Navedeno provodi u suradnji s liječnikom obiteljske medicine koji joj daje informacije o osobama pod rizikom, pomaže u organizaciji seminara, radnih grupa te osobe informira o tome. Patronažna sestra educira o rizičnim čimbenicima, kako ih smanjiti ili u potpunosti iskorijeniti te o načinu života koji negativno djeluje na nastanak bolesti. Te aktivnosti provodi i kod članova obitelji oboljelih tijekom posjete. Educira ih i o smetnjama koje prate hipertenziju kako bi ju mogli prepoznati i početi s dijagnostikom i liječenjem.

Simptomi hipertenzije su: dispneja pri svakom naporu, krvarenje iz nosa, razdražljivost. Bolesnik se žali na vrtoglavicu, jutarnju pulzirajuću zatiljnu glavobolju, šum u ušima, nesanicu, palpitacije, prekordijalnu bol te smetnje vida (12).

Dijagnoza hipertenzije se postavlja na temelju iscrpne anamneze i fizikalnog pregleda, određivanja visine arterijskog tlaka te procjene ukupnog kardiovaskularnog rizika.



Dijagnoza se može postaviti nakon što se u najmanje dva navrata u dva različita vremena s razmakom od nekoliko dana dobiju povišene vrijednosti krvnog tlaka (11).

Nakon postavljanja dijagnoze i početka liječenja hipertenzije, zadaće patronažne sestre su da upozna oboljelog s hipertenzijom i poslijedičnim komplikacijama. Kod svake posjete, koja je najčešće jedan put mjesečno, patronažna sestra oboljelom mjeri krvni tlak, kontrolira knjižicu s vrijednostima krvnog tlaka kojeg je oboljeli svakodnevno mjerio i zapisivao. Kod značajne promjene oboljelog upućuje nadležnom liječniku te ga educira da zna sam prepoznati takve promjene. Patronažna sestra s oboljelim planira plan prehrane, dogovaraju i raspravljaju o načinu izbjegavanja nepotrebnog i prekomjernog stresa. Oboljelom se preporučuje bavljenjem nekim hobiem tijekom kojeg bi se opustio, posvetio nečemu što voli i na taj način se osjećao zadovoljnije. Patronažna sestra pruža oboljelom i obitelji psihičku potporu u nošenju s bolešću i promjenama koje moraju napraviti. Potiče ga da promijeni svoj stil života u vidu nepušenja, smanjenja tjelesne mase/ sprečavanja debljanja, promjene prehrane (smanjen unos soli) i nošenja sa stresom.

### 3.1.3 SKRB PATRONAŽNE SESTRE ZA OBOLJELE OD CEREBROVASKULARNIH BOLESTI

Cerebrovaskularne bolesti su stanja koja se razvijaju kao posljedica problema s krvnim žilama koje opskrbljuju mozak. One su također tip kardiovaskularnih bolesti koje pogađaju krvne žile mozga. Postoji nekoliko vrsta cerebrovaskularnih bolesti.

To su:

- *moždani udar*: ozbiljno medicinsko stanje gdje je prekinuta opskrba mozga s krvlju
- *tranzitorna ishemična ataka (TIA)*: trenutni prekid opskrbe mozga krvlju koji rezultira manjom kisika u mozgu
- *subarahnoidalno krvarenje*: rijedak uzrok moždanog udara gdje se krv izlijeva iz moždanih žila
- *vaskularna demencija*: problem sa krvnom cirkulacijom koja vodi do toga da dijelovi mozga ne primaju potrebnu količinu krvi i kisika

Moždani udar je najčešći oblik cerebrovaskularne bolesti. Njegov najčešći uzrok nastanka je krvni ugrušak koji blokira ili ometa protok krvi u moždanim krvnim žilama. Simptomi moždanog udara se mogu lakše zapamtiti ako se koristi akronim FAST:

**FACE** (lice)- lice osobe se spusti s jedne strane, ne može se smijati ili su joj usta i oči klonule

**ARMS** (ruke)- mogu biti onemogućeni podići oboje ruke i tako ih držati zbog slabosti i paralize

**SPEECH** (govor)- govor može biti ograničen

**TIME** (vrijeme)- vrijeme je da se nazove hitna pomoć ako se uoče bilo koji od ovih simptoma (13)

Patronažna sestra u skrb dobiva oboljelog od cerebrovaskularne bolesti nakon njegove hospitalizacije. Nadležni liječnik obiteljske medicine ju obavještava o oboljelom i njegovom stanju te naglašava okolnosti bolesti, njegovo stanje i potrebe. Procjenjuje u kakvom je fizičkom stanju oboljeli, to jest ima li fizičkih poteškoća, promjena te koje vrste i intenziteta. Procjenjuje u kakvim uvjetima oboljeli živi, postoje li prepreke za njegovo kretanja u skladu s njegovim stanjem. Ako prepreke postoje, patronažna sestra savjetuje obitelj da u skladu s njihovim mogućnostima prilagode uvjete stanovanja i daje im konkretne savjete i načine svladavanja prepreka.

Patronažna sestra na temelju procjene biopsihosocijalnog stanja pacijenta planira daljnje posjete- kako često su potrebne i što moraju sadržavati. Procjenjuje potrebu za zdravstvenom njegom u kući bolesnika te njezin opseg. O tome obavještava nadležnog liječnika. U svakoj slijedećoj posjeti prati njegove vitalne funkcije, promjene u bolesti i posljedicama.

### 3.1.4 SKRB PATRONAŽNE SESTRE ZA PALIJATIVNOG BOLESNIKA

Procjena stanja bolesnika je inicijalna faza procesa skrbi i točan je uvid u stanje bolesnika u trenutnoj situaciji. Patronažna sestra s ostalim članovima tima treba procjenjivati stanje bolesnika, utvrđivati potrebe bolesnika u cilju provođenja što kvalitetnije skrbi. Mora prikupiti informacije o trenutnom stanju bolesnika, njegovim vjerovanjima, očekivanjima, razumijevanju, suočavanju i prihvaćanju situacije.

Palijativna skrb nastoji osigurati kvalitetu života bolesnika u terminalnom stadiju bolesti, posljednjoj životnoj fazi u kojoj svaki čovjek teži integraciji i pomirenju. Čovjek je više od fizičkog entiteta, manifestacija simptoma u terminalnom stadiju bolesti osim fizičkog uključuje socijalne, emocionalne i duhovne poteškoće. Temeljna vještina u palijativnoj skrbi je kontrola i ublažavanje simptoma, posebno boli, objedinjavanje fizičkih, socijalnih, psiholoških i duhovnih oblika pomoći u očuvanju dostojanstva bolesnika i njegovog integriteta, ali i integriteta obitelji. Jedna grupa stručnjaka nije u mogućnosti pružiti maksimalnu skrb, zato je neophodno uključivanje cijelog tima, stručnjaka različitih profila. Interdisciplinarni tim u procesu zbrinjavanja bolesnika kombinira principe palijativne skrbi s procjenom stanja bolesnika kao vodičem za planiranje, provođenje optimalne skrbi u interdisciplinarnom okruženju. Interdisciplinarni pristup, sudjelovanje različitih članova tima, koordinacija i suradnja mogu usporiti i ublažiti funkcionalno propadanje, umanjiti prisutnost simptoma i znakova, posebno boli, psihološke i socijalne probleme, bilo da je bolesnik kod kuće ili u stacionarnoj ustanovi. Ublažavanje simptoma, boli, patnje, očuvanje kvalitete života i integriteta bolesnika temeljne su značajke hospicijske i palijativne skrbi, potrebne, ali ne i uvijek dostupne skrbi. Osnovni cilj palijativne skrbi je

ublažavanje i rješavanje simptoma kako bi se osigurala kvaliteta života bolesnika, poticalo samozbrinjavanje i očuvalo dostojanstvo bolesnika (14).

Palijativni postupci, skrb i potpora pružaju se kod kuće, u staračkim domovima, u domovima za stanovanje, u bolnicama i hospicijima ili u drugim okruženjima ako je to potrebno. Ta skrb pruža se u rasponu od primarne zdravstvene skrbi pa do službi čija je osnovna djelatnost ograničena na pružanje palijativne skrbi. Smanjenje bolničkog kapaciteta i povećanje zdravstvene djelotvornosti moguće je samo uz razvoj izvanbolničke službe i cjelokupne primarne zdravstvene zaštite uz provođenje preventivnih zdravstvenih mjera, a posebno uz razvoj liječenja, njege, pomoći i rehabilitacije u bolesnikovoj kući uz osiguranje i unapređivanje kvalitetne palijativne skrbi terminalno bolesnih (15).

Uza skrb za bolesnika važna je i skrb za obitelj. Obitelji je potrebno dati informacije o bolesnikovoj dijagnozi, o uzrocima, značaju i postupcima rješavanja pojedinih poteškoća. Potrebno ih je upozoriti na moguće promjene bolesnikova stanja, te ih upoznati sa servisima pomoći i potpore koji su im dostupni te kako se mogu koristiti njihovim uslugama. Upoznati ih treba s postupcima nabave lijekova i pomagala. Patronažna sestra će educirati članove obitelji i prijatelje koji sudjeluju u zbrinjavanju bolesnika o načinima kako najlakše mogu pomoći bolesniku pri obavljanju aktivnosti svakodnevnog života (uzimanje hrane i tekućine, održavanje osobne higijene...). Obitelji je potrebna emocionalna potpora, razgovor o njihovim problemima. U velikog broja članova obitelji koji skrbe o umirućem bolesniku prisutna je anksioznost i depresija. Stoga ih je potrebno poticati da izraze svoje osjećaje. Sve članove obitelji važno je poticati i hrabriti u nastojanjima da se obiteljski život odvija uobičajeno (16).

#### 4. ZAKLJUČAK

Patronažne sestre djeluju kao korisnikovi savjetnici i mogu integrirati sve razine zdravstvene zaštite zato što se njihov rad kontinuirano provodi u zajednici i u domovima korisnika. Važan dio aktivnosti patronažne sestre odnosi se na suradnju s drugim stručnjacima i institucijama. Kao najvažniji oblik suradnje izdvaja se svakodnevna komunikacija s obiteljskim liječnicima. Patronažna sestra je aktivni član proširenog tima obiteljske medicine. Međusobna komunikacija ima za svrhu razmjenu informacija potrebnih za procjenu stanja te ocjenu potreba pacijenta i obitelji, kako bi se ostvarilo što kvalitetnije planiranje postupaka prevencije, dijagnostike i liječenja. Ujedno, razmjena informacija pridonosi lakšem koordiniranju službi uključenih u zbrinjavanje.

Patronažna sestra surađuje i s bolničkim zdravstvenim ustanovama, putem sestrinskog otpusnog pisma, pomoću kojeg se ostvaruje povezanost sestrinskog djelovanja i osigurava veća kvaliteta zdravstvene skrbi.

Zanimanje patronažne sestre jedno je od rijetkih zanimanja u sustavu zdravstvene zaštite koje se bavi procjenom potreba zdravog ili bolesnog čovjeka te obitelji, edukacijom u svrhu očuvanja zdravlja, prevencije bolesti i komplikacija, postizanjem oporavka ili mirne i dostojanstvene smrti.

## 5. ZAHVALE

Zahvaljujem mentorici doc. dr. sc. Veniji Cerovečki Nekić, dr. med. na pomoći i susretljivosti pri izradi diplomskog rada.

Zahvaljujem profesorima Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu na studiju sestrinstva koji su mi tijekom studija pomogli u proširivanju znanja o sestričkoj profesiji i sestrinstvu.

Posebno zahvaljujem ravnatelju Doma zdravlja Zagreb Zapad doc. dr. sc. Miroslavu Hanževačkom, dr.med. i pomoćnici ravnatelja za sestrinstvo Boženi Vrabec dipl. med. techn. na pruženoj podršci i ukazanom povjerenju.

Zahvaljujem kolegicama i kolegama, koji su mi bili potpora tijekom studija.

Na kraju zahvaljujem svojoj obitelji na strpljenju, razumijevanju, pomoći i podršci tijekom studija.

## 6. LITERATURA

1. Dugac ž, Horvat K (2013) Službeno, praktično i elegantno: o uniformama sestara pomoćnica – medicinskih sestara od 1920-ih do 1940-ih godina u Hrvatskoj. Acta med- hist Adriat [on line] 11 (2): 251-74.
2. Mojsović Z. i sur. (2005) Zdravstvena njega u zajednici. Visoka zdravstvena škola, Zagreb
3. Mazzi B (2011) Patronažna služba i obiteljski doktor .HDOD- HLZ [on line] Dostupno na: [http://www.hdod.net/rad\\_drustva/Patronazna\\_i\\_doktor.pdf](http://www.hdod.net/rad_drustva/Patronazna_i_doktor.pdf) (pristupljeno 29.06.2019.)
4. Županić M (2013) Organizacija, obrazovanje i kompetencije patronažnih medicinskih sestara. Hczj . [on line] 9 (33) Dostupno na: <http://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/167> ( pristupljeno 25.06.2019.)
5. Domitrović DL, Relić D, Britvić A, Ožvačić Adžić Z, Jureša V, Cerovečki V. Obrazovanje medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj. Liječ Vjesn (2018); 140: 229-236.
6. Vrabec B (2013) Informatizacija u djelatnosti patronaže. HČJZ 9:221-223.
7. Budak A. i suradnici, Obiteljska medicina udžbenik za studente i priručnik za liječnike, 3. dopunjeno izdanje, Zagreb: Gandalf, (2000)
8. Špehar B, Maćešić B ( 2014) Patronažna zdravstvena zaštita osoba oboljelih od šećerne bolesti – Dom zdravlja Duga Resa, Hrvatska. SG/NJ [on line] 19:08-11 Dostupno na: <http://hrcak.srce.hr/118781> (pristupljeno 27.06.2019.)
9. Kralj V, Hrabak-Žerjavić V (2014) Kardiovaskularne bolesti. Zdravlje. HČJZ <http://zdravlje.hzjz.hr/clanak.php?id=12577> ( pristupljeno 25.06.2019)
10. Katić M, Švab I (2013) Obiteljska medicina. Zagreb. Alfa
11. Pavletić Peršić M, Rački S, Vuksanović- Mikuličić S (2010) Arterijska hipertenzija. Medicina fluminensis 46:376-389.
12. Broz LJ, Budisavljević M, Franković S (2005) Zdravstvena njega 3- Njega inetrnističkih bolesnika. Zagreb. Školska knjiga.
13. Cerebrovascular disease. NHS (National Health Searvice) Preuzeto sa: <http://www.nhs.uk/conditions/cerebrovascular-disease/Pages/Definition.aspx> (pristupljeno 25.06.2019.)
14. V.Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Osnove palijativne medicine, Medicinska naklada Zagreb 2013.
15. A. Jušić i suradnici: Hospicij i palijativna skrb, Školska knjiga, Hrvatska liga protiv raka, Zagreb 1995.
16. Z. Mojsović: Sestrinstvo u zajednici, priručnik za studij sestrinstva, Zdravstveno veleučilište, Zagreb 2007.



## 7. ŽIVOTOPIS

Mirela Žigolić Blažević, rođena je 10.12.1971. godine u Zagrebu gdje je završila osnovnu i srednju školu za medicinske sestre/tehničare u Mlinarskoj ulici.

Nedugo nakon završetka srednjoškolskog obrazovanja zapošljava se u KBC Zagreb- Klinika za ženske bolesti i porode, Petrova na odjelu neonatologije u jedinici intenzivne skrbi nedonoščadi. Nakon nekoliko godina prelazi u primarnu zdravstvenu zaštitu, u tadašnji Dom zdravlja Trešnjevka, a potom u Dom zdravlja Zagreb zapad.

Posao medicinske sestre obavlja u raznim ambulantama primarne zdravstvene zaštite (obiteljska, pedijatrija, ginekologija, stomatologija).

Godine 2011 upisuje dodiplomski stručni studij sestrinstva pri Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu. Završetkom studija prelazi u patronažnu zdravstvenu zaštitu.

Paralelno radi i u prvom Mobilnom palijativnom timu DZ Zagreb Zapad.

2017 upisuje Sveučilišni diplomski studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Zagrebu.

2019 prelazi na radno mjesto koordinatora za palijativnu skrb u istom DZ.

Tijekom dosadašnjeg rada kontinuirano se stručno usavršavala i educirala te prenosila svoje znanje i iskustvo mlađim naraštajima medicinskih sestara.