



Poštovane čitateljke i čitaoci,

Ovaj dvobroj 7/8 projekatskog biltena je fokusiran na profesionalne organizacije zdravstvenih radnika, regulisanje i kvalitet prakse i donosi Vam informativne članke, vijesti o projekatskim aktivnostima kao i neke od korisnih instrumenata koje možete koristiti da biste osigurali da su korisnici Vaših usluga u centru njege koju im pružate.

Prvi članak o profesionalnim organizacijama zdravstvenih radnika je pripremila Đenana Jalovčić. Njega slijedi članak Ruth Wilson o udruženjima i komorama radnika zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Izvještaj o pripremanju poslovnih planova za komore zdravstvenih radnika u Srbiji pripremila je grupa autora, uključujući direktore komora, konsultante iz Srbije i Kanada kao i direktora projekta. Ivanka Franjić svojim člankom stavlja u žižu pitanja sestrinstva. Uz to sa Vama želimo podijeliti i jedan koristan instrument: Smjernice za praksu u čijem centru se nalazi klijent/pacijent.

Na kraju ćete pronaći redovne informacije o aktivnostima implementiranim u Srbiji i Bosni i Hercegovini, kao i najavu Treće regionalne konferencije projekta Politika primarne zdravstvene zaštite na Balkanu, koja je ujedno i zadnja aktivnost projekta.

I ako smo Vam pripremili mnogo literature za ove ljetne odmorske dane, nadamo se da ćete uživati.

BPHCPP Projektni tim

Strukovno udruživanje zdravstvenih radnika

Đenana Jalovčić

Zdravstveni radnici imaju dugu tradiciju profesionalnog udruživanja u regionu. Kao primjer se mogu navesti Društva ljekara kao i udruženja specijalista sa brojnim članstvom, naučno-istraživačkom tradicijom i značajnim programom kontinuirane profesionalne edukacije.

Projekat Politika primarne zdravstvene zaštite na Balkanu (PPZZB) je 2007. godine sakupio podatke o 118 aktivnih profesionalnih organizacija zdravstvenih radnika u Bosni i Hercegovini i Srbiji koji su odgovorili na upitnike Projekta. Od ukupnog broja organizacija, 71 je registrovana u Bosni i Hercegovini, a 47 u Srbiji. Najbrojnije organizacije su društva/udruženja/udruge kojih je bilo 43 u Bosni i Hercegovini i 35 u Srbiji.

Ono što je karakteristika dobrovoljnog profesionalnog organizovanja u Bosni i Hercegovini jeste nepostojanje organizacija na državnom nivou, što onemogućava zdravstvene radnike određene struke ili specijalnosti da se pridruže međunarodnim udruženjima kao punopravni članovi. Međunarodna udruženja,

poput Međunarodnog vijeća sestara (International Council of Nurses) ili Svjetske konfederacije za fizioterapiju (World Confederation for Physical Therapy), u svoje članstvo primaju samo jednu i to najbrojniju organizaciju zdravstvenih radnika koja funkcioniše na teritoriji cijele države.

Dok su dobrovoljna društva, udruženja, udruge, i asocijacije zdravstvenih radnika dobro razvijena, uživaju ugled zbog dugogodišnjeg rada, komore zdravstvenih radnika su novijeg datuma. U anketi iz 2007. godine Projekat je sakupio podatke o 28 komora zdravstvenih radnika i to pet u Srbiji i 23 u Bosni i Hercegovini, od čega je 20 bilo u Federaciji BiH a tri u Republici Srpskoj. Broj komora u Federaciji BiH je odraz administrativno-političkog uređenja ovog entiteta, gdje je odgovornost za zdravstvo podijeljena između Federacije BiH i 10 kantona.

Važeći Zakoni o zdravstvenoj zaštiti u entitetima Bosne i Hercegovine, i Zakon o komorama zdravstvenih radnika u Srbiji, su uveli komore kao obavezni vid strukovnog udruživanja zdravstvenih radnika.

Osnovna svrha svih komora je samoregulisanje profesionalne prakse kroz licenciranje pojedinaca čime im se daje dozvola za praksu u struci. Ovim se prvenstveno štite pacijenti i korisnici zdravstvenih usluga, a potom i struka. Nekompetentnim zdravstvenim radnicima, ili onima koji su prekršili etički kodeks komore izriču disciplinske mjere ili u krajnjoj instanci oduzimaju dozvolu za rad. Ovim mjerama se sprječava da licencirani zdravstveni radnici ugroze korisnike, naruše ugled cijele struke kao i povjerenje koje struci ukazuju korisnici. Međutim, važeći zakoni o komorama još uvijek ne naglašavaju ulogu komora u zaštiti korisnika usluga.

Iako zakoni propisuju oblike obaveznog i dobrovoljnog organizovanja zdravstvenih radnika kao i njihove uloge, u praksi se nerijetko dešava da se njihove uloge preklapaju, a ponekad čak i mandat propisan u zakonu dovodi do konflikta interesa. Tako postoje primjeri iz prakse koji pokazuju da komore funkcionišu kao sindikati ili udruženja zastupajući prava zdravstvenih radnika pri čemu zanemaruju njihovu osnovnu funkciju zaštite prava pacijenata. Trenutni zakonski okvir omogućava komorama da finansijski pomognu troškove odbrane zdravstvenog radnika protiv kojeg je pacijent uložio žalbu. Ova situacija predstavlja konflikt interesa, jer komora koja treba da štiti prava korisnika, staje u odbranu struke zanemarujući osnovnu funkciju zaštite korisnika.

Kao što je pomenuto, ponekad komore i profesionalna udruženja sprovode iste aktivnosti, poput kontinuiranog obrazovanja. Međutim, bitna razlika leži u tome što komore imaju zakonsku obavezu koju im je dala Vlada, i one su odgovorne Vladi za svoje djelovanje, dok profesionalna udruženja imaju izvjesnu slobodu u definisanju svoje svrhe, ciljeva i aktivnosti. Komore imaju trostruku odgovornost: prema korisnicima zdravstvenih usluga, prema Vladi, i prema svojim članovima. Profesionalna udruženja su odgovorna samo svojim članovima.

Istraživanje koje su u domovima zdravlja proveli Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH i Institut za javno zdravlje Republike Srpske u sklopu projekta PPZZB je pokazalo da

većina doktora medicine i stomatologije posjeduju licence za rad koje su izdale njihove komore. U FBiH 82% doktora medicine i doktora stomatologije zaposlenih u domovima zdravlja imaju licence, dok su u RS gotovo svi doktori medicine i stomatologije u ovim institucijama licencirani za rad (97%). Situacija sa licenciranjem medicinskih sestara i tehničara je nešto drugačija i složenija. U FBiH 65% medicinskih sestara i tehničara navodi da posjeduje licencu za radu u struci. U RS ne postoji zakon koji obavezuje medicinske sestre i tehničare da posjeduju licencu za rad, stoga je samo 3% ispitanih medicinskih sestara i tehničara odgovorilo da posjeduju licencu za rad.

U zadnjih nekoliko godina, a naročito 2007. godine, predstavnici sindikata zdravstvenih radnika su bili česti gosti u medijima zbog štrajkova u zdravstvenim ustanovama. Sindikati funkcionišu u skladu sa zakonom koji uređuje oblast njihovog djelovanja. Sindikati pregovaraju o ugovorima kojima se definišu plate, naknade i uslove rada i pomažu svojim članovima u zaštiti njihovih ugovornih prava. Sindikati nadopunjuju ulogu komora tako što obezbjeđuju da uslovi rada podržavaju siguran rad, i zastupaju svoje članove u situacijama kada je njihovo pravo na rad ugroženo.

Pored udruženja kao dobrovoljnog vida udruživanja, komora kao obaveznog, sindikati su treći vid udruživanja zdravstvenih radnika. Iako očigledne, gore navedene razlike u svrsi postojanja ova tri vida profesionalnog organizovanja se uvijek ne ogledaju u ulogama koje ove organizacije imaju. Osim toga, u posljednje vrijeme sve je prisutniji trend kombinovanja uloga profesionalnih udruženja ili sa komorom ili sindikatom. Generalno govoreći, profesionalna udruženja su slabija nego komore i sindikati, najviše uslijed činjenice da je članstvo u profesionalnom udruženju dobrovoljno. U kombinaciji sa komorama ili sindikatima, profesionalna udruženja imaju korist od velikog članstva te su tim prije efikasnija u izvršavanju svog mandata.

Kombinovanje funkcije komore i sindikata nikako nije poželjno jer može dovesti do konflikta interesa zato što postaje skoro nemoguće da u isto vrijeme štiti i zastupati prava korisnika usluga i individualna prava registrovanih članova, kao što se vidi iz prethodno datog primjera.

Udruženja i komore radnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

dr. Ruth Wilson MD CCFP
profesor, Odsjek za porodičnu medicinu
Queen's univerzitet

Udruženja i komore zdravstvenih radnika imaju vitalnu ulogu u razvoju primarne zaštite za pacijente i zajednice, kao i za kontinuirano unaprijeđenje standarda i kvaliteta njege koju pružaju. Upravo sam završila mandat kao predsjednica Koledža porodičnih ljekara Kanade, koji mi je pružio uvid u uloge ovih tijela.

Koledž porodičnih ljekara Kanade je državna, dobrovoljna organizacija porodičnih ljekara čiji članovi obavezno moraju pohađati kontinuiranu medicinsku edukaciju. Članovi se dobrovoljno učlanjuju u organizaciju, ali kada se učlane onda se obavežu da će stalno usavršavati svoje znanje i vještine.

Koledž teži da unaprijedi zdravlje Kanađana kroz promociju visokih standarda medicinske edukacije i njege u porodičnoj praksi, kroz podizanje svijesti o zdravim načinima života, kroz stalno poboljšanje pristupa porodičnim ljekarima, kao i kroz istraživanja i prenošenje znanja o porodičnoj medicini.

Kao glas porodične medicine u Kanadi, Koledž porodičnih ljekara Kanade promovira kvalitetnu zdravstvenu zaštitu za sve stanovnike Kanade, podržava svoje članove u pružanju kvalitetne zdravstvene zaštite kroz edukaciju, istraživanje, promociju dobre prakse, i osigurava da je uloga porodičnih ljekara dobro shvaćena i visoko cijenjena.

Koledž se finansira uglavnom iz članarine, kao i iz fondova vlade i drugih agencija koje žele implementirati projekte koje uključuju porodične ljekare. Koledžom upravlja Odbor porodičnih ljekara koji su izabrani glasanjem u kojem se nalaze i tri predstavnika korisnika koji nisu ljekari.

Komore imaju drugačiju funkciju, koja podrazumijeva regulisanje medicinske prakse ili prakse drugih zdravstvenih profesija da bi zaštitili korisnike i služili javnom interesu. Funkcija komore uključuje i izdavanje certifikata za registraciju ili licence ljekarima ili drugim zdravstvenim profesijama da bi im dozvolili da praktiraju. Komore se takođe bave monitoringom i održavanjem standarda prakse kroz ocjenu kolega i remedijaciju; istraživanje u ime korisnika svih žalbi na rad zdravstvenih radnika; sprovođenje disciplinskih saslušanja kada postoji mogućnost da je zdravstveni radnik počinio djelo neprofesionalnog ponašanja ili nekompetencije.

Javnost i struke su dobro opslužene kada postoje ove dvije vrste organizacija. Udruženja se fokusiraju na podizanje standarda kroz promociju edukacije, istraživanja, cjelo-životnog učenja, i dobrovoljnog pridržavanja standarda. Komore regulišu zdravstvene radnike i kroz regulisanje štite javnost. Obje vrste organizacija su potrebne da bi postojao dobar sektor primarne zaštite.

Poslovno planiranje za komore zdravstvenih radnika u Srbiji – u početnom periodu neizvjesnosti

“Možete li mi molim vas reći kojim putem trebam da pođem odavde?” upita Alisa.

“To mnogo zavisi od toga gdje želiš da stigneš.” reče Mačka.

“Alisa u zemlji čudesa” Lewis Carroll.

Kanadsko društvo za međunarodno zdravlje i Queen's univerzitet su 3. februara 2006. godine potpisali ugovor sa Kanadskom agencijom za međunarodni razvoj da zajednički rade na dizajniranju i implementaciji projekta Politika primarne zdravstvene zaštite na Balkanu. Projekat je započeo u septembru 2006. i trajeće do septembra 2009. godine. Cilj projekta je da doprinese stvaranju odgovornih i fleksibilnih sistema primarne zdravstvene zaštite (PZZ) u Srbiji i Bosni i Hercegovini. Jedna od odobrenih aktivnosti je bila tehnička pomoć za razvoj, osnivanje i održivost profesionalnih, nezavisnih zdravstvenih komora u Srbiji. Izrada poslovnih planova za svaku od komora u Srbiji je aktivnost koja je identifikovana kao kritični element njihovog razvoja.

Srbija ima za cilj pridruživanje Evropskoj Uniji (EU) i već je otpočela dugački proces priprema ka formalnim pregovorima. Slijedeći ovaj pravac, zamlja gradi nove institucije i reformiše sistem zdravstvene zaštite u skladu sa EU standardima. Projekat se u Srbiji fokusirao na upravljanje i pružanje PZZ. Očekivani rezultati su:

- Povećan kapacitet vlade da sprovodi efektivan razvoj politike PZZ i da usvoji odgovarajuću regulative i instrumente za upravljanje;
- Povećan kapacitet onih koji odlučuju za praksu baziranu na dokazima i menadžment kvaliteta u PZZ;
- Povećan kapacitet pružaoca usluga da učestvuju u formulisanju, monitoringu, i implementaciji efektivnijih i dostupnijih PZZ usluga;
- Stvaranje prilika i mehanizama za učestvovanje javnosti u razvoju politike PZZ radi unapređenja usluga.

Da bi se postigli ovi rezultati tim projekta je radio sa Ministarstvom zdravlja i ostalim akterima na implementaciji međusobno povezanih aktivnosti: razvoj politike, kvalitet usluga PZZ, uloga pružaoca usluga i glas korisnika. U sklopu svake od aktivnosti kao integralni dio je i pet tematskih cjelina: ugrožene grupe, kompetencije u javnom sektoru, privatni sektor, pristupanje EU i rodna ravnopravnost. Proces izrade poslovnih planova za komore je uzeo u obzir sve ove teme. Ovaj članak opisuje proces razvoja prvog poslovnog plana za svaku od komora zdravstvenih radnika.

Šta je poslovni plan i kako ga možemo koristiti

Poslovni plan je pisani opis finansijske budućnosti komore. Plan opisuje šta komora planira da uradi u operativnom i finansijskom smislu, i kako to komora planira uraditi. Komora može upotrijebiti poslovni plan da prenese viziju organizacije Ministarstvu zdravlja, donatorima, kao i vlastitim članovima. Takođe se može koristiti da se pridobije podrška za nove usluge, kao i da se olakšaju odnosi sa dobavljačima. Poslovni plan prenosi operativne i poslovne ciljeve komore, strategije da se ostvare ti ciljevi, potencijalne probleme sa kojima se može susresti kao i načine na koji će oni biti razriješeni. On takođe može sadržavati informacije o organizacionoj kulturi, strukturi i kapitalu koji je potreban da se finansiraju buduće aktivnosti, kao i to kako će komora funkcionisati dok ne postane finansijski održiva. U suštini, poslovni plan je zbir upravljačkih odluka o tome šta će organizacija raditi da bude uspješna. Da bi bio korisno sredstvo, poslovni plan mora odražavati pravu suštinu organizacije – gdje se trenutno nalazi, gdje planira da bude, koji su specifični izazovi koji se moraju prevazići, kako će se realizovati plan, kako će znati da je poslovanje uspješno i kako će komunicirati taj uspjeh.

Efektivan poslovni plan komore se fokusira na četiri ključne oblasti:

- Fokusira sredstva na prioritete
- Identificira aktivnosti da bi se sproveli prioritete
- Mjeri uspjeh
- Daje indikaciju o potrebnim sredstvima

Poslovni plan komore se može upotrijebiti kao sredstvo da se poboljša odgovornost prema javnosti, finansijerima i regulatornim agencijama. Osim toga, može biti neophodan u pregovorima sa finansijerima i regulatornim agencijama o finansiranju, promjeni upravljačkih protokola kao i da privuče talentovane radnike. Drugim riječima, dobar poslovni plan pomaže da se ono što komora radi "proda" na jedan ubjedljiv način.

Svaki poslovni plan ima šest ključnih dijelova:

1. Sažetak
2. Strategije zdravstvenog sistema – Ciljevi i zadaci
 - Postignuti rezultati u protekloj godini
 - Prioriteti zdravstvene politike za novu godinu
3. Opis poslova – Aktivnosti za ostvarenje prioriteta
 - Aktivnosti za ostvarenje prioriteta i troškovi
4. Analiza trendova i problema – Strategija za resurse
 - Procjena i menadžment rizika
5. Finansijski plan – Kako finansirati poslovni plan
6. Komunikacija i pregovaranje poslovnog plana

Postoji logička progresija u razvoju svakog poslovnog plana.

Razvoj poslovnih planova za komore u Srbiji

Svaki poslovni plan mora biti napravljen za specifičnu publiku. Ako se publika za poslovni plan promijeni, i sam plan se mora promijeniti ili prilagoditi da zadovolji potrebe nove publike. Na primjer, poslovni plan će imati veoma različit fokus ako se pravi za donatora ili za odjel za zdravstvo. Fokus poslovnog plana za svaku od komora je bilo članstvo komore. Ovaj fokus je izabran zbog toga što su komore po prvi put nedavno počele sa radom, i ovo je omogućilo članstvu da bolje shvati obim aktivnosti, strukturu troškova i prihoda, kao i da da pregled budućih organizacionih i finansijskih pitanja i trendova.

Prvi korak u procesu izrade poslovnog plana za komore je bila priprema detaljnog izvještaja za svaki od gore navedenih dijelova. U svakom od slučajeva konsultant je radio sa nizom osoba iz svake od komora, uključujući direktore komora, osobu odgovornu za finansije – ekonomistu, ostale članove rukovodstva, članove odbora i članove komora.

Jedan od ciljeva razvoja prvog poslovnog plana je bio da rukovodstvo komore i odbor mogu koristiti plan da bi donosili odluke i odobrenja u toku 2008 godine i da taj plan postane osnova za poslovni plan za 2009 godinu. Ovim se uzima u obzir da je finansijski uticaj na komoru kontinuiran i da korake u izradi prvog poslovnog plana članovi komore mogu koristiti u budućnosti.

U toku pripreme poslovnih planova za 2008. godinu, consultant projekta i direktor projekta Orvill Adams su predložili da svaka komora pripremi poster o procesu pripreme poslovnog plana i postignutim rezultatima koji su bili prezentirani na Drugoj regionalnoj konferenciji održanoj u Beogradu u septembru 2008. godine. Sve komore su usvojile ovaj prijedlog i i pripremili su poster uz pomoć konsultanata projekta. Nakon što su pripremljeni i prezentirani prosteri, poslovni planovi za 2008. godinu su završeni, a pripreme za izradu poslovnog plana za 2009. godinu su započele u svim komorama.

Konačna verzija poslovnog plana svake komore sadrži detalje rada komore, finansijske izvještaje i podatke, te analizu trendova i problema. Izvještaji imaju 25 do 35 stranica.

Evaluacija procesa pripreme poslovnog plana za svaku komoru

Nakon što su poslovni planovi za 2008. godinu završeni, konsultanti su evaluirali proces njihove izrade i ocijenili rezultate projekta. Uputstvo za intervju je pripremljeno, više predstavnika komora je intervjuisano uključujući direktore svake od komora, ekonomiste zadužene za finansije, drugo rukovodno osoblje, članove odbora i članove komore. Kratak opis slijedi.

Za sve komore poslovni plan za 2008. godinu kao i sam proces izrade i završavanja plana su bili veoma korisni za njihov rad, Više njih je potvrdilo da je plan "otvorio vrata za komunikaciju sa bankama jer su bili u stanju da govore isti jezik." Svi su rekli da analizi rizika treba posvetiti više pažnje u budućnosti i da rizici vezani za projekcije troškova u podružnicama zaslužuju poseban naglasak. Mnogi su spomenuli da postoji potreba za informacijama iz Ministarstva zdravlja radi pripreme projekcija i ocjenjivanja odluka koje će komore morati da donesu. Neki su predložili da je potrebno uraditi rebalans budžeta i usklađivanje poslovnog plana svakih šest mjeseci da bi se planovi komore podudarali sa odlukama Ministarstva zdravlja.

U više odgovora je istaknuto da je proces izrade poslovnog plana za 2008. godinu prisilio komore da pažljivo razmotre odnose između glavne kancelarije i podružnica komore, u vezi sa autonomijom i finansiranjem podružnica, centralizacijom naspram decentralizacijom revizije i pravnih usluga, te protokom informacija i vođenjem dokumentacije. Mnogi su pomenuli da će u budućnosti biti potreban kompjuterski program koji će pomoći prilikom izrade poslovnih planova, kao i stručna pomoć eksperata u nekim slučajevima. Uz to, odbori komora se trebaju orijentisati ka boljem razumijevanju procesa izrade poslovnog plana i njegovih rezultata, te poboljšati finansijska i organizaciona znanja radi efektivnijeg vođenja.

Svi su osjećali da je nastavak izrade poslovnog plana za 2009. godinu veoma važan. Svi su spomenuli da je proces izrade poslovnog plana za 2008. godinu dao osoblju i članovima odbora osjećaj za poslovnu viziju komora, strateške orijentacije i buduće aktivnosti komora. Mnogi su istakli da je izrada poslovnih planova za 2008. godinu bila korisna jer je omogućila novi način razmišljanja o budućim planovima, jer planovi uvijek moraju biti povezani sa planiranim aktivnostima, prihodima i troškovima. Poslovno planiranje je dobar proces da bi se utvrdili i iskristalisali prioritete.

Završni komentar

U cijelom procesu razvoja poslovnih planova za 2008. godinu, isticala su se dvije stvari sa kojima će se komore susretati u naredne dvije tri godine.

1. Prva je da će zdravstveni sistem u Srbiji proći kroz značajnu promjenu u naredne dvije do tri godine. Ovo će biti vođeno internim promjenama u Srbiji kao što su promjene vladine zdravstvene politike, finansiranja, regulative, zakona, kliničke prakse, smanjenja troškova. Neke od neophodnih promjena će biti uzrokovane vanjskim faktorima kao što je Evropska Unija, Svjetska zdravstvena organizacija, Svjetska banka, MMF, međunarodne i Evropske profesionalne komore i udruženje, itd.
2. Druga je uticaj globalne finansijske krize na rad komora i finansijsku strukturu kao i prioritete.

Oba faktora će stvoriti neizvjesnost i uticaće na strateške i operative faktore održivosti komora. Kao rezultat, analiza rizika će igrati značajniju ulogu u budućem poslovnom planiranju komora. Kao što je jedan od učesnika u procesu poslovnog planiranja rekao "U prvoj godini rada naše komore, ključno pitanje je bila lokacija, lokacija, lokacija. U narednoj godini (2009), ključno pitanje će biti promjena, promjena, promjena. Poslovni planovi su efikasno sredstvo kojim komore mogu ubrzati proces promjena. Kao što je Louis Pasteur

Autori

Dr Milena Gajić-Stevanović, konsultant projekta

Vmt Dragan Sasić, direktor, Komora sestara i medicinskih tehničara Srbije

prim dr Tatjana Radosavljević, PhD, direktorica, Lekarska komora Srbije

Zlata Žuvela, direktorica, Farmaceutska komora Srbije

Prim. dr Velibor Canić, direktor, Komora biohemičara Srbije

Dr Milorad Kovačević, član skupštine, Komora stomatologa Srbije

Lawrence Nestman, konsultant projekta, Profesor Emeritus, Škola za zdravstvenu administraciju, Dalhousie univerzitet, Kanada

Orvill Adams, direktor projekta

SESTRINSTVO U FOKUSU

Kompetencije sestara obrazovanih na različitim nivoima obrazovanja **Izveštaj za diskusiju**

Ivanka Franjić, viši samostalni referent za medicinske sestre/tehničare
Federalno ministarstvo zdravstva, FBiH, Bosna i Hercegovina

1. Kompetentnost sestara educiranih na različitim nivoima obrazovanja

Medicinske sestre čine najbrojniju grupu zdravstvenih profesionalaca i njihova uloga u zdravstvu je fundamentalna. Svoj potpuni potencijal medicinske sestre će ispuniti ukoliko su adekvatno educirane, ravnomjerno raspoređene u skladu sa realnim potrebama, po broju i vrsti. Doprinos medicinskih sestara u zdravlju populacije je nemjerljiv i kao najjeftiniji ljudski resurs su izvori koji osiguravaju sigurnu, kvalitetnu, dostupnu i kontinuiranu zdravstvenu njegu, tj. «zdravstvenu njegu bez šavova».

Kako bi medicinske sestre iskazale svoj potpuni potencijal, potrebna su im odgovarajuća znanja i vještine koje im omogućavaju da adekvatno odgovore na potrebe korisnika, kao i da svakom pomogne da živi zdravijim životom, i da se u slučaju bolesti pruži odgovarajuća njega. Također, neophodno je da budu pripremljene da se blagovremeno suoče sa izazovima u budućnosti koji se očekuju od medicinskih sestara.

„Da bi medicinske sestre odgovorile potrebama i izazovima sa kojim se susreću potrebne su im kompetencije kako bi razvile i vršile funkcije koje promoviraju i održavaju zdravlje te preveniraju oboljenja. One također, treba da procjenjuju, planiraju, pružaju i evaluiraju svoju profesionalnu njegu u toku bolesti ili procesa rehabilitacije, što obuhvata fizički, mentalni i socijalni aspekt života koji utiče na zdravlje, pojavu bolesti, hendikepiranost ili smrt. One mogu obavljati praksu u bolnicama i zajednicama. One su kompetentne da rade autonomno ili kao ravnopravni članovi medicinskog, odnosno multidisciplinarnog tima.

Gore navedeno iziskuje razumijevanje i primjenu u praksi specifičnog znanja i vještina, a koji su gdje god je to moguće, bazirani na istraživanju i rezultatima istog. Ono crpi znanje i tehnike iz humanističkih znanosti, fizičkih, bioloških i biheviorističkih znanosti, iz teorija o menadžmentu i vodstvu, te iz teorija o obrazovanju (SZO, Medicinske sestre i akušerke za zdravlje; Strategija SZO za Evropu Obrazovanje medicinskih sestara i akušerki).

Kompetencije sestara educiranih na različitim nivoima obrazovanja u sistemu zdravstva nisu definisane u mnogim zemljama, uključujući i Bosnu i Hercegovinu. U Federaciji Bosne i Hercegovine, Pravilnikom o unutarnjoj organizaciji i sistematizaciji poslova svake zdravstvene ustanove definisana su radna mjesta sa opisom poslova. Za sada, navedenim Pravilnikom je definisan opis poslova za medicinsku sestru sa srednjom i Višom stručnom spremom, a medicinske sestre koje su stekle stručno zvanje Visoke stručne spreme nemaju opis poslova odnosno svoje kompetencije. Pravilnik koriste poslodavci prilikom određivanja odgovornosti i plata.

U praksi se susrećemo da medicinske sestre sa SSS su glavne sestre domova zdravlja, odjela i klinika dok medicinske sestre sa VŠS i VSS rade na kartoteci ili ambulanti, tj. prozovu pacijenta i upiše u protokol. Ovo je rezultat toga što nemamo adekvatne opise poslova/ kompetencije za različite nivoe obrazovanja medicinskih sestara.

Obrazovne institucije u sklopu nastavnog plana i programa za profile koje obrazuju imaju opis poslova koji je određen na kantonalnom nivou, bez dogovorenih nacionalnih standarda u koji bi bili inkorporirani međunarodni odnosno evropski standardi koji se odnose na obrazovanje medicinskih sestara i akušerki.

2. Njihove funkcije i uloge u različitim okvirima: PZZ, sekundarne i tercijalne zdravstvene njege

Funkcije i uloge medicinskih sestara koje rade na različitim nivoima zdravstvene zaštite (PZZ, sekundarni i tercijalni nivo) nisu definisani.

Ni u jednom entitetu ne postoji usaglašena definicija uloge medicinske sestre, niti obima njenog rada, koja je uvrštena u zakone. Ovaj propust onemogućava razvoj profesije medicinske sestre koja za svoj rad odgovara javnosti. Ne postoji specifično zakonodavstvo za profesiju sestre i babice, iako se nacrti zakona o profesiji sestre nalaze u procesu razmatranja. (NAP, EU/SZO 2005)

Mnoge, ako ne i sve postojeće uloge medicinske sestre i babice nisu dobro definisane i prilagođene trenutnim potrebama zdravstva i zdravstvene njege. Medicinska sestra i babica provode značajan dio radnog vremena na administrativnim poslovima, a ne u direktnoj njezi pacijenata. Još manje vremena na promociji zdravlja i prevenciji bolesti. (NAP, EU/SZO 2005)

Uloga medicinske sestre

Nema usaglašene upotrebe moderne terminologije na maternjim jezicima, čime je otežano opisivanje i planiranje rada medicinskih sestara. (NAP, EU/SZO 2005)

Medicinska sestra opšte struke: Medicinska sestra na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite pruža zdravstvenu njegu pacijentima i izvršava uputstva ljekara u bolnicama. Administrativna zaduženja koja uključuju kucanje istorije bolesti, nalaza pacijenta, prikupljanje i obrada statističkih podataka, vođenje i analiza evidencije o potrošnji lijekova, zavojnog materijala, i drugog potrošnog materijala, pratnje pacijenta na raznorazne pretrage-analize (krvi, snimanja, itd), rad medicinske sestre na recepcijama, itd. oduzimaju dio njihovog radnog vremena. Medicinska sestra radi i u mnogim drugim ustanovama: na primjer, vodi savjetodavnu službu za dijabetičare, AIDS/HIV i ishranu; radi u dnevnom boravku centra za mentalno zdravlje, centru za vakcinaciju, savjetovalištim za majku i dijete, domovima za stare, vrtićima, školama i školama za djecu oštećenog sluha. (NAP, EU/SZO 2005)

Babica: Njeguje i savjetuje žene tokom trudnoće, porođaja i u periodu nakon porođaja; obavlja porođaj i njeguje novorođenčad, uključujući prevenciju. Na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, pruža njegu u porodilištima, ginekološkim odjeljenjima i klinikama, gdje se brine o novorođenom djetetu i majci. Ne postoji posebna edukacija za babice. Znanja iz svoje oblasti stižu tek nakon završetka srednje medicinske škole. Na nivou primarne zdravstvene zaštite, medicinske sestre opšte struke često obavljaju poslove babice nakon završene dodatne edukacije iz oblasti zdravlja majke i djeteta. (NAP, EU/SZO 2005)

Promocija zdravlja je važna komponenta sestrinske prakse. To je način razmišljanja koji se bazira na filozofiji ukupnosti, blagostanja i dobrobiti. Promocija zdravlja uključuje programe koji mjenjaju životnu okolinu i ponašanje pojedinca. Primjer promocije zdravlja uključuje poboljšanje ishrane, prevenciju zloupotrebe alkohola i droga, smanjeno pušenje, održavanje tjelesne kondicije i vježbanje, itd.

Obzirom da je promocija zdravlja dinamičan proces čiji je cilj omogućiti ljudima da imaju povećanu kontrolu nad determinantama koji utiču na zdravlje i tako unaprijede svoje zdravlje, za sada javno-zdravstvena uloga medicinske sestre je usmjerena samo ka pacijentima koji su registrirani kod obiteljskog liječnika. Nemamo validnih podataka koliko medicinske sestre koje rade u timu obiteljske medicine prakticiraju aktivnosti na promociji zdravlja i prevenciji bolesti.

Mnoge determinante koje utiču na zdravlje se nalaze izvan sektora zdravstva i zdravstveni profesionalci moraju saradivati sa drugim sektorom. Tu saradnju nije moguće uspostaviti – ostvariti u potpunosti ukoliko medicinska sestra pruža usluge za pacijente koji su registrovani kod obiteljskog liječnika. (Napomena: Da bi bio/bila registriran/a moraš imati zdravstveno osiguranje, postavlja se pitanje šta je sa onima koji nemaju zdravstveno osiguranje kao i vulnerabilne/marginalne grupe, itd.).

Iako reforme u sektoru zdravstva traju duži niz godina još uvijek nisu razvijene ili uspostavljene službe sestara u zajednici koje bi osiguravale promociju zdravlja i prevenciju bolesti za cjelokupnu populaciju u zajednici koja tu živi, radi, igra, uči, odmara se, itd. Također, promocija zdravlja i prevencija bolesti nije osigurana za vulnerabilne grupe kao što su siromašni, stari, osobe sa onesposobljenjima i manjinske grupe. Promocija zdravlja je bitan element promicanja boljeg zdravlja za sve dobne skupine i za društvo uopće. Uloga medicinske sestre u promociji zdravlja je da radi sa ljudima, a ne za njih, tj. da reaguje kao posrednik u procesu procjene, evaluacije i razumjevanja zdravlja. Također, može da reaguje kao advokat/ica, savjetnik/ica, nastavnik/ica ili koordinator/ka usluga. Medicinske sestre u zajednici bi osiguravale promociju zdravlja, prevenciju bolesti, rehabilitaciju i kurativu za cjelokupnu populaciju u zajednici koja je geografski definisana.

U skladu sa Strategijom primarne zdravstvene zaštite neophodno je uspostaviti službe sestara u zajednici koje će osiguravati promociju zdravlja, prevenciju oboljenja, rehabilitaciju i kurativu za cjelokupnu populaciju i sve dobne skupine koje su u zajednici (mikro nivo). Uz pomoć drugih sektora raditi na uklanjanju/smanjenju determinanti koje utiču na zdravlje populacije.

Sestra u zajednici: Prije rata, postojale su dobro razvijene službe u zajednici, od kojih pojedine još uvijek postoje u područjima u kojima još uvijek nije uveden novi model "porodične medicine". Prema tradiciji, svaki dom zdravlja ima službu kućne njege i patronažnu službu. Sestre koje se bave kućnom njegom rade u mobilnim timovima koje čine ljekar i medicinske sestre i provode liječenje prema uputstvima ljekara. Uloga "polivalentne patronažne sestre" zasniva se na radu u zajednici i odnosi se preventivno na promociju zdravlja i zdravstveno prosvjeđivanje zajednice i porodice. Ove medicinske sestre, koje su imaju višu stručnu spremu, ne provode liječenje i nemaju ulogu u pružanju njege i kurativnih usluga. U pojedinim dijelovima zemlje, stari model zdravstvenog rada u zajednici zamijenjen je modelom "porodične medicine" (koji su promovisali donator, kao što je Svjetka banka, na pet oglednih područja u FBiH i tri u RS). Nakon dodatne edukacije, medicinske sestre iz službi zdravstvene zaštite u zajednici postale su dio tima porodične medicine.

Postoji određene kontroverza u pogledu modela porodične medicine – pitanje je da li on zaista pruža primarnu zdravstvenu zaštitu, individualne medicinske usluge, ili nešto između, te do koje mjere uloga medicinske sestre u ovakvom modelu odgovara modelu "porodične medicinske sestre", koji zagovara SZO. Čini se da ovaj model naglašava individualne medicinske potrebe umjesto zdravstvenih potreba populacije, a nema istovremenog razvoja javnozdravstvene uloge medicinske sestre. Medicinske sestre nisu saglasne u vezi sa pitanjem da li se javno zdravstvo gubi kao središte djelovanja patronažne sestre, i postoji zabrinutost u vezi sa načinom na koji će se najbolje odlike postojećih uloga i praksi integrisati sa novim modelom. S obzirom na to da rezultati istraživanja dokazuju da medicinske sestre u ovoj oblasti mogu dati značajan doprinos, ovaj jaz mora se premostiti, ali trenutno nema dokaza o komparativnoj djelotvornosti ovog pristupa u zadovoljavanju potreba stanovništva BiH. (NAP, EU/SZO 2005)

Medicinska sestra u ustanovama za zaštitu mentalnog zdravlja: Prije rata, službe mentalnog zdravlja bile su locirane u psihijatrijskim bolnicama i malim odjeljenjima za akutna stanja u opštim bolnicama, uz određene službe smještene u zdravstvenim centrima u zajednici. U ratu je uništen veliki broj ovih institucija, a dramatično je povećana i stopa morbiditeta za mentalna oboljenja (SZO procjenjuje da više od million ljudi pati od mentalnih poremećaja uzrokovanih stresom tokom ratnih zbivanja). U FBiH donesena je radikalna politička odluka da se psihijatrijske službe smjeste u zajednicu i da se primarnoj zdravstvenoj zaštiti dodijeli ključna uloga. Oko 40 novih centara za mentalno zdravlje u FBiH, koji se temelje na radu u zajednici i 20 centara u RS, zaduženi su za prevenciju i liječenje. Nova politika predviđa proširenu i nezavisnu ulogu medicinske sestre. Međutim, trenutno se ne provodi edukacija medicinskih sestara iz oblasti mentalnog zdravlja. (NAP, EU/SZO 2005)

Medicinska sestra za rad sa pacijentima sa poteškoćama u učenju: Postoje medicinske sestre zaposlene u bolnicama, domovima za stare i institucijama za osobe sa posebnim potrebama, ali one nisu pohađale nikakvu posebnu obuku. (NAP, EU/SZO 2005)

Pedijatrijska medicinska sestra: Radi u pedijatrijskim dispanzerima na nivou primarne zdravstvene zaštite, u odjeljenjima na nivou sekundarne zdravstvene zaštite i klinikama na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite. Pojedine srednje medicinske škole u FBiH vode kurseve za pedijatrijske medicinske sestre, ali većina bolnica i domova zdravlja zapošljava medicinske sestre opšte struke, koje nisu prošle dodatnu edukaciju. Medicinske sestre zaposlene u centrima za vakcinaciju djece pohađale su specijalnu edukaciju nakon završene srednje škole. (NAP, EU/SZO 2005)

Proširena uloga: Medicinske sestre mogu raditi kao tehničari/ke ili asistenti/ce za različite specijalnosti, ali ne postoji proširena ili "napredna" uloga kada je u pitanju njega. (NAP, EU/SZO 2005)

Kvalitet i kontinuitet zdravstvene zaštite takođe je ugrožen slabom komunikacijom između službi primarne i sekundarne zdravstvene zaštite (posebno bolnica i domova zdravlja). Potrebni su bolji sistemi, uključujući novu dokumentaciju, kako bi se obezbijedio kontinuitet njege otpuštenih bolničkih pacijenata koju pružaju medicinske sestre i babice iz primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. (NAP, EU/SZO 2005)

3. Njihove veze sa drugim pružaocima – davaocima njege

Odnos medicinske sestre sa drugim disciplinama: Medicinska sestra saraduje sa velikim brojem različitih kolega i učestvuje u multisektorskoj saradnji. Međutim, njena/njegova uloga je uglavnom uloga asistenta/ce koji izvršava naređenja ljekara i podređena je medicini. Ne postoji koncept profesije medicinske sestre, napredovanja u karijeri; medicinske sestre imaju niska primanja i nepovoljan status, a u proteklih nekoliko godina malo toga se promijenilo u tom smislu. (NAP, EU/SZO 2005)

Iako reforme u sektoru zdravstva traju duži niz godina, sestrinstvo nije adekvatno obuhvaćeno reformom. Pristup reformi sestrinstva je selektivan, baziran samo na dodatnoj edukaciji medicinskih sestara koje rade u obiteljskoj medicini. Sadašnjem „niskom“ statusu koje ima sestrinstvo i akušerstvo doprinose i same medicinske sestre i akušerke koje nisu zainteresirane za veće promjene koje su potrebne za ove profesije. Također i drugi profesionaci u sektoru zdravstva i društvo, uopće, ne pružaju adekvatnu podršku za unapređenjem statusa ovih profesija u sektoru zdravstva.

Kao što je navedeno u Nacionalnom akcionom planu (NAP) izazovi sa kojima se danas susrećemo uključuju:

- loše definisane uloge i funkcije;
- neadekvatno osnovno obrazovanje;
- nepostojanje postdiplomske i kontinuirane edukacije;
- nepostojanje redovnih kurseva iz značajnih specijalnosti kao što su rad babice, njega psihijatrijskih bolesnika i osoba sa poteškoćama u učenju;
- nedostatak odgovarajućih standarda, propisa i zakona;
- male mogućnosti napredovanja u profesiji;
- nepostojanje toka karijere (tako, unaprijeđene medicinske sestre mogu da obavljaju rukovodeće funkcije, ali ne i napredne kliničke uloge);
- isključenost iz kreiranja zdravstvene politike (NAP, EU/SZO 2005)

4. Postojeća nomenklatura i obaveze za sestre i tehničare

Kao što je navedeno u NAP-u u Bosni i Hercegovini postoji otprilike 15 vrsta stručnih kvalifikacija za ne-ljekarsko osoblje. To uključuje zvanje medicinske sestre (opšte struke), babice, gerijatrijske sestre/tehničare, više sestre/tehničare, fizijatrijskog tehničara, laboratorijskog tehničara, farmaceutskog tehničara, stomatološkog tehničara, stomatološke sestre, sanitarnog tehničara, radiološkog tehničara. Trenutno su ove grupe neizdiferencirane i obično se tretiraju kao jedna grupacija u smislu obuke i planiranja. (NAP,EU/SZO 2005)

U Federaciji Bosni i Hercegovini u službenoj upotrebi je Standardna klasifikacija zanimanja („Službene novine FBiH“ broj: 22/04) od 24.04.2004 godine. Struktura Standardne klasifikacije zanimanja izrađena je prema strukturi ISCO-88, bez značajnih razlika. Odstupanja su načinjena tamo gdje su to specifične potrebe Federacije Bosne i Hercegovine zahtjevale. Poslovnim subjektima preporučuje se da u svojim sistematizacijama radnih mjesta odnosno pravilnicima o radu šiframa zanimanja iz Standardne klasifikacije zanimanja (SKZ) označe radna mjesta. U SKZ su precizno definisana zanimanja, svako zanimanje ima svoju šifru kao i opis poslova. Za sada ova nomenklatura nije u upotrebi.

KORISNI INSTRUMENTI

Smjernice za praksu sa korisnikom/com u centru sistema

Susan Phillips, MD, CCFP

Queen's univerzitet, Kingston, Kanada

Uvod

Unapređenje kvaliteta i bezbjednosti pacijenata/kinja u zdravstvenim sistemima je cilj mnogih inicijativa za unapređenje primarne zdravstvene zaštite. Sve više se obraća pažnja na odnos sa korisnicima zdravstvenih usluga i sve je više inicijativa koje se mogu nazvati „zdravstvena zaštita/usluge sa korisnicima/pacijentima u centru sistema“. Institut za zdravstvenu zaštitu sa porodicom u centru sistema (The Institute for Family-Centred Care – IFCC) opisuje ovaj pristup na sljedeći način: "Zdravstvena zaštita sa pacijentom/kinjom (korisnikom/com) i/ili porodicom u centru sistema predstavlja način planiranja, pružanja usluga i procjene zdravstvene zaštite, utemeljene na zajednički korisnim partnerstvima između pacijenata, porodica i davalaca zdravstvenih usluga"¹. IFCC zastupa stav de sve veći broj studija pokazuje da uključivanje pacijenata/kinja i njihovih porodica u planiranje, pružanje usluga i procjenu doprinosi unapređenju kvaliteta i bezbjednosti pacijenata/kinja i smanjenju troškova za zdravstvenu zaštitu. Ovaj pristup je zasnovan na sljedećim principima:

- Dostojanstvo i poštovanje
- Dijeljenje i razmjena informacija
- Učestvovanje (participacija)
- Saradnja (kolaboracija)

Napredovanje zdravstvene organizacije ka zdravstvenoj zaštiti sa korisnikom/com u centru sistema će zahtijevati u mnogim slučajevima promjene u kulturnim obrascima i edukaciju i davalaca i korisnika zdravstvenih usluga. Za sve ovo je potrebno vrijeme, ali sistemi zdravstvene zaštite u Srbiji i Bosni i Hercegovini se vrlo jasno kreću u ovom pravcu. Ovaj dokument je sačinjen sa idejom da služi kao resurs, referenca i kao podsjetnik za davaoce zdravstvenih usluga koji primijenjuju ove principe u svojoj praksi.

Komponente zdravstvene zaštite sa pacijentom/kinjom u centru sistema:

- 1) Istražiti zdravstveno stanje i kako ga pacijent/kinja doživljava (komunikacija)
- 2) Razumjeti sveobuhvatno osobu u cjelini
- 3) Pronaći zajednički interes (partnerstvo)
- 4) Integrisati prevenciju i promociju zdravlja
- 5) Unaprijediti odnos između doktora/ice i pacijenta/kinje
- 6) Biti realan

Veza sa medicinom zasnovanoj na dokazima:

Saketova definicija medicine zasnovane na dokazima:

Medicina zasnovana na dokazima je savjesno, izričito i pravedno korišćenje najboljih poznatih dokaza u donošenju odluka o zdravstvenoj zaštiti pacijenata/kinja individualno. Praksa medicine zasnovane na dokazima podrazumijeva integrisanje individualne kliničke ekspertize sa najboljim dostupnim kliničkim dokazima iz sistematskih istraživanja. Pod individualnom kliničkom ekspertizom podrazumijevamo vičnost i prosuđivanje koje kliničar/ka individualno usvaja i razvija kroz kliničko iskustvo i kliničku praksu. Pobjoljšana ekspertiza se ogleda na mnogo načina, ali naročito kroz djelotvornije i efikasnije postavljanje dijagnoze i promišljenije identifikovanje i saosjećajno korišćenje individualnih problema, prava i prednosti pacijenata/kinja u donošenju kliničkih odluka o njihovoj zdravstvenoj zaštiti. Pod najboljim dostupnim kliničkim dokazima podrazumijevamo klinički relevantna istraživanja, često iz osnovnih medicinskih nauka, a naročito iz kliničkih istraživanja usmjerenih na pacijente o tačnosti i preciznosti dijagnostičkih testova, (uključujući klinička ispitivanja), značaju prognostičkih znakova i djelotvornosti i bezbjednosti terapijskih, rehabilitacionih i preventivnih procedura. (Sackett, DL, et al, BMJ 1996;312(7023):71-72)

Koje su koristi od zdravstvene zaštite usmjerene na pacijenta/kinju?

- 1) Isto trajanje posete
- 2) Veće zadovoljstvo pacijenata/kinja
- 3) Veće zadovoljstvo doktora/ica
- 4) Manje žalbi na lošu praksu
- 5) Bolje zdravlje pacijenata/kinja i
- 6) Efikasnija zdravstvena zaštita

¹ Institute for Family-Centred Care, Strategies for Leadership, 2004: www.familycenteredcare.org

Smjernice za praksu sa korisnikom/com u centru sistema

ZAPOČINJANJE POSJETE (KONSULTACIJE, PREGLEDA)

Započinjanje i uspostavljanje odnosa sa pacijentom/kinjom (korisnikom/com)

1. **Pozdravlja** pacijenta/kinju i saznaje njeno/njegovo ime
2. **Predstavlja** sebe, svoju ulogu i prirodu i svrhu razgovora; ukoliko je potrebno dobija pristanak od pacijenta/kinje
3. **Pokazuje poštovanje** i zanimanje, vodi računa o ambijentu i fizičkom dobrom stanju pacijenta/kinje, (lagodnosti, povjerenju)

Prepoznavanje razloga za posjetu (konsultaciju, pregled)

4. **Prepoznaje** probleme ili pitanja koja pacijent/kinja želi da riješi odgovarajućim **uvodnim pitanjem** (npr. «Koji Vas problemi dovode u ordinaciju (ili bolnicu)?» ili «O čemu biste danas željeli da razgovaramo?» ili «Na koja pitanja se nadate da ćete danas dobiti odgovore?»)
5. Pažljivo **sluša** uvodnu izjavu, bez prekidanja ili usmjeravanja odgovora pacijenta/kinje
6. **Potvrđuje navedeno i ispituje** da li postoje još neki problemi (npr. "znači, boli Vas glava i umorni ste; imate li još neki problem?")
7. **Pregovara o redoslijedu** postupaka, uzimajući u obzir potrebe i korisnika/ce i doktora/ice

PRIKUPLJANJE INFORMACIJA

Ispitivanje problema pacijenta/kinje

8. **Ohrabruje pacijenta/kinju da ispriča priču** o problemu/ima od trenutka kad su se prvi put pojavili i to svojim riječima (objašnjavajući razlog zašto se sada javljaju)
9. **Koristi se tehnikom postavljanja „otvorenih“ i „zatvorenih“ pitanja**, prikladno prelazeći sa otvorenih na zatvorena pitanja (otvoreno pitanje je, npr: Opišite mi taj bol? – podstiče i ohrabruje duži odgovor/opis, a zatvoreno je: Da li je bol još prisutan? – obično podrazumijeva odgovor sa „da“ ili „ne“)
10. Pažljivo **sluša**, dopuštajući pacijentu da dovrši izjave bez prekidanja i ostavljajući vrijeme da pacijent razmisli prije nego što odgovori
11. **Olakšava** pacijentu da odgovori verbalno i neverbalno, npr. upotrebom ohrabrenja, tišine, ponavljanja, parafraziranja, tumačenja
12. **Primjećuje i uzima u obzir** verbalne i neverbalne **naznake** (govor tijela, govor, izraz lica, emocije); pita i prepoznaje ono što oni znače
13. **Razjašnjava** pacijentove izjave koje nisu jasne (npr. «Možete li da objasnite šta podrazumijevate pod „ošamućen/a“»)
14. **Periodično sumira iskaz pacijenta** kako bi potvrdio/la sopstveno razumijevanje onog što je pacijent/kinja rekao/la; poziva pacijenta/kinju da ispravi tumačenje ili pruži dodatne informacije (pojasni).
15. **Koristi** koncizna, **lako razumljiva pitanja i komentare**, izbjegava žargon ili ga na odgovarajući način opisuje
16. **Utvrđuje značajne datume i slijed događaja**

Dodatne vještine razumijevanja perspektive pacijenta

17. Aktivno **određuje i na odgovarajući način ispituje:**

- **ideje** pacijenta/kinje (t.j. vjerovanja o značenju simptoma)
 - **zabrinutosti** pacijenta/kinje, (brige) u vezi sa svakim od problema
 - **očekivanja** pacijenta/kinje (tj. ciljeve, kakvu je pomoć pacijent očekivao/la za svaki problem)
- posljedice: kako svaki problem **utiče** na život pacijenta/kinje

18. **Ohrabruje pacijenta/kinju da izrazi svoja osjećanja**

OBEZBJEĐIVANJE STRUKTURE**Jasna i otvorena organizacija**

19. **Rezimiraju** određene dijelove razgovora/konsultacija kako bi potvrdio/la da je razumio/la prije nego što pređe na sljedeće poglavlje

20. Prelazi sa jednog dijela konsultacija na drugi uz korišćenje **prelaznih izjava**; uključuje objašnjenje razloga za sljedeće poglavlje

Vodi računa o cjelokupnom toku

21. Strukturiše razgovor tako da se on razvija **logičnim slijedom**

22. Vodi računa o **dinamici** i o tome da se razgovor drži cilja

IZGRADNJA ODNOSA**Upotreba odgovarajućeg neverbalnog ponašanja**

23. **Pokazuje odgovarajuće neverbalno ponašanje**

- kontakt očima, izraz lica
 - stav, položaj i pokret
- vokalne naznake, npr. brzina, jačina i ton govora

24. Ukoliko čita, piše **komentare** ili koristi kompjuter tokom razgovora, to čini na takav **način da to ne ometa dijalog ili odnos sa pacijentom/kinjom**

25. **Pokazuje** odgovarajuću **pouzdanost/povjerenje**

Razvijanje odnosa sa pacijentom/kinjom

26. **Prihvata** kao legitimne stavove i osjećanja pacijenta; ne donosi sud o njima

27. **Koristi** empatiju kako bi izrazio razumijevanje i suosjećanje sa osjećanjima i tegobama/mukama pacijenta/kinje; otvoreno **prihvata stavove i osjećanja pacijenta/kinje**

28. **Pružaju podršku**: izražava brižnost, razumijevanje, želju da pomogne, prihvata napore za rješavanje problema i odgovarajuću brigu pacijenta o sebi; postaje partner/ka pacijentu/kinji

29. **Obazrivo pristupa** neprijatnim i uznemirujućim temama i fizičkom bolu, uključujući i one koje su skopčani sa fizičkim pregledom

Uključivanje pacijenta

30. **Razmjenjuje misli** s pacijentom kako bi ohrabrio/la učešće pacijenta/kinje (npr. «Ono o čemu sada razmišljam je...»)

31. **Objašnjava razloge** za pitanja ili dijelove fizičkog pregleda koji se mogu činiti nelogičnim

32. Tokom **fizičkog pregleda** objašnjava proces, traži pristanak/dozvolu

OBJAŠNJAVANJE I PLANIRANJE**Pružanje ispravnog obima i vrste informacija**

33. **Odlomci i provjere:** saopštava informacije u odlomcima koji se mogu prihvatiti i obraditi, provjerava pacijentovo razumijevanje, koristi odgovore pacijenta/kinje kao uputstvo za to kako da nastavi

34. **Procjenjuje polaznu poziciju pacijenta/kinje:** u početku, dok pacijent daje informacije, pita pacijenta/kinju za predznanje, otkriva obim pacijentove želje za informacijama

35. **Pita pacijenta/kinju koje bi mu/joj još informacije bile od pomoći,** npr. etiologija, prognoza

36. **Daje objašnjenja u odgovarajućim trenucima:** izbjegava da prerano daje savete, informacije ili ohrabrenja

Pomoć za tačno prisjećanje i razumijevanje

37. **Organizuje objašnjenje:** dijeli u logično podijeljene dijelove, pravi logičan slijed

38. **Koristi eksplicitnu kategorizaciju** (npr. «Htjela/htio bih da porazgovaramo o tri važne stvari. Prvo...» «A sad da pređemo na...»)

39. **Koristi ponavljanje i rezimiranje** kako bi naglasio informacije

40. **Koristi koncizan, lako razumljiv jezik,** izbjegava ili objašnjava žargon

41. **Koristi vizuelne metode prenošenja informacija:** crteže, dijagrame, modele, pisane informacije i uputstva

42. **Provjerava razumijevanje pacijenta/kinje** datih informacija (ili napravljenih planova): npr. tako što će od pacijenta/kinje tražiti da to parafrazira sopstvenim riječima; razjašnjava ukoliko je potrebno

Postizanje zajedničkog razumijevanja: uključivanje perspektive pacijenta

43. **Postavlja objašnjenja u kontekst pacijentove bolesti** za prethodno iznijete ideje, brige i očekivanja pacijenta/kinje

44. **Nudi moguća rješenja i ohrabruje pacijenta/kinju da da svoj doprinos:** da postavlja pitanja, traži razjašnjenja ili izražava sumnje; odgovara na primjeren način

45. **Nadovezuje se na verbalne i neverbalne poruke pacijenta/kinje,** npr. na pacijentovu potrebu da pruži informacije ili postavlja pitanja, preopterećenost informacijama, uznemirenost

46. **Zaključuje o vjerovanjima, reakcijama i osjećanjima pacijenta/kinje** u vezi datih informacija, i upotrebljenih termina; prihvata i nudi rješenja tamo gdje je to potrebno

Planiranje: zajedničko donošenje odluka

47. **Razmjenjuje sa pacijentom svoje razmišljanje tamo gdje je to odgovarajuće:** ideje, razmišljanja, dileme

48. **Uključuje pacijenta/kinju** dajući prijedloge, a ne uputstva

49. **Ohrabruje pacijenta/kinju da iznese svoja razmišljanja,** ideje, prijedloge i prioritete

50. **Pregovara** kako bi sastavio/la obostrano **prihvatljiv plan**

51. **Nudi izbore:** ohrabruje pacijenta da pravi izbore i donosi odluke

52. **Provjerava da li pacijent/kinja** prihvata planove i da li su njegove/njene brige uzete u obzir

ZAVRŠAVANJE PREGLEDA**Planiranje unaprijed**

53. **Dogovara se** sa pacijentom/kinjom u vezi sa sljedećim koracima za pacijenta/kinju i doktora/icu

54. **Obezbjeđuje se**, objašnjavajući moguće neočekivane ishode, šta uraditi ukoliko se stvari ne odvijaju po planu, kada i kako potražiti pomoć

Obezbjeđivanje odgovarajuće tačke završetka

55. Ukratko **rezimira** pregled i razjašnjava plan liječenja

56. **Posljednja** provjera toga da li se pacijent/kinja slaže i da li mu/joj je plan prihvatljiv i pita ima li nekih ispravki, drugih pitanja, ili drugih tema o kojima bi diskutovao/la

OPCIJE U OBJAŠNJAVANJU I PLANIRANJU (obuhvata sadržaj)**AKO se diskutuje o dijagnostičkim procedurama**

57. Daje jasne informacije o postupcima, npr. šta pacijent može doživjeti, kako će pacijent biti informisan o rezultatima ispitivanja

58. Objašnjava odnos između procedura i plana liječenja: značaj, svrhu

59. Ohrabruje postavljanje pitanja i diskusiju o mogućim uznemirenostima ili negativnim ishodima

AKO diskutuje o stručnom mišljenju i značaju zdravstvenog problema

60. Nudi mišljenje o onome što se dešava i postavlja dijagnozu ukoliko je moguće

61. Objašnjava razloge za takvo svoje mišljenje

62. Objašnjava razloge, ozbiljnost, očekivani ishod, krakoročne i dugoročne posljedice

63. Navodi pacijenta da podijeli svoja vjerovanja, reakcije, zabrinutosti u vezi sa mišljenjem ljekara

AKO pregovara o zajedničkom planu akcije

64. Diskutuje o mogućnostima, npr. nepreduzimanje nikakvih mjera, ispitivanje, lijekovi ili medicinske intervencije, liječenje bez lijekova (npr. fizioterapija, pomagala za hodanje, tečnosti, savjetovanje, preventivne mere)

65. Daje informacije o aktivnostima ili liječenju koje se nudi

 naziv

 korake koje obuhvata, kako djeluje

 dobiti i prednosti

 moguća neželjena dejstva

66. Saznaje stav pacijenta/kinje o predloženim aktivnostima, razumijevanju o koristima, preprekama, motivaciji

67. Razumije i prihvata pacijentove stavove, zastupa alternativna stanovišta ukoliko je potrebno

68. Uzima u obzir pacijentov način života, vjerovanja, kulturološko naslijeđe i mogućnosti

69. Podstiče pacijenta/kinju da se uključi u sprovođenje planova, da preuzme odgovornost i osloni se na sebe samu/og

70. Raspituje se o mogućoj podršci pacijentu/kinji, diskutuje o drugoj dostupnoj podršci

Literatura

Ove dokumente se u velikoj mjeri oslanja na sljedeće radove:

Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (1998) Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press (Oxford)

Silverman JD, Kurtz SM, Draper J (1998) Skills for Communicating with Patients. Radcliffe Medical Press (Oxford)

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J and Draper J (2003) Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides Academic Medicine 2003;78:802-809.

Ostali izvori su:

Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2. Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.

Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med 2000;51:1087-1110.

Weston W, Belle-Brown J, Stewart M. Patient-centred interviewing part I: understanding patients' experiences. Can Fam Physician 1989;35:147-151.

Belle-Brown J, Weston W, Stewart M. Patient-centred interviewing part II: finding common ground. Can Fam Physician 1989;35:153-157.

Stewart M, Belle-Brown J, Weston W. Patient-centred interviewing part III: five provocative questions. Can Fam Physician 1989;35:159-161.

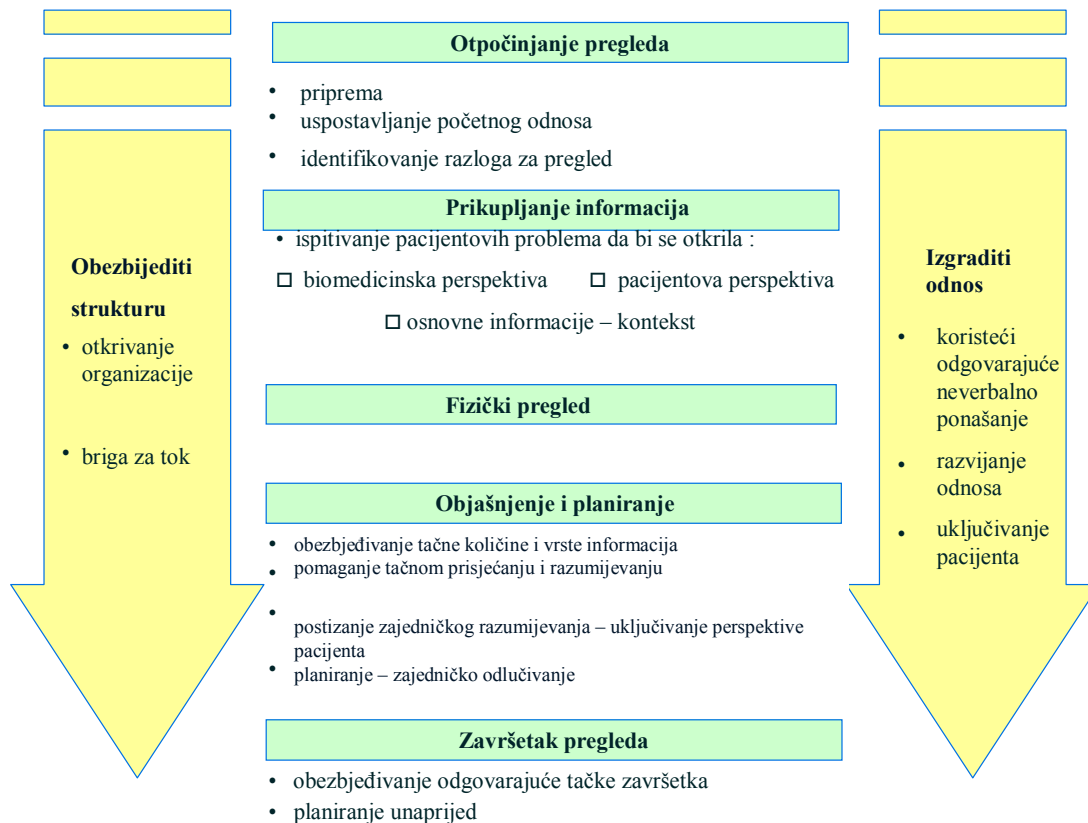
Swiss Lyles J, Dwamena FC, Lein C, Smith RC. Evidence-based patient-centred interviewing. JOCM 2001;8:28-34.

Scott I, MacLean C, Freeman R. National undergraduate family medicine learning goals and objectives. College of Family Physicians of Canada, Toronto, 2005.

Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Observational study of the effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ 2001;323:908-911.

International Alliance of Patients' Organizations. What is patient centred healthcare, 2nd ed. 2007.

Integriranje sadržaja u pristup koji je usredsređen na pacijenta



Rezime ljekarskog intervjua usredsređenog na pacijenta

Prikupljanje informacija

Procesne vještine za ispitivanje pacijentovih problema

pacijentova priča
 stil pitanja: od otvorenih ka zatvorenima
 pažljivo slušanje
 olakšavanje odgovaranja
 nadovezivanje na naznake
 razjašnjenje
 postavljanje vremenskih okvira
 interni rezime
 upotreba odgovarajućeg jezika
 dodatne vještine za razumijevanje perspektive pacijenta

Sadržaj koji treba otkriti

<p><i>bio-medicinska perspektiva (bolest)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -slijed događaja -analiza simptoma -analiza relevantnih sistema 	<p><i>pacijentova perspektiva (bolest)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -ideje i vjerovanja -zabrinutosti -očekivanja -uticaj na život -osjećanja
---	--

osnovne informacije - kontekst

-istorija bolesti

ZAVRŠENE AKTIVNOSTI

SRBIJA

Dijalog o politici primarne zdravstvene zaštite u Srbiji

Četvrti dijalog o politici PZZ koji je bio posvećen daljem razvoju nacrtu Politike PZZ u Srbiji je održan 5. i 6. februara 2009. godine. Tomica Milosavljević, ministar zdravlja Republike Srbije je učestvovao u Dijalogu, podržavajući proces i prezentirajući sveukupno strateško opredjeljenje za razvoj PZZ kao i cijelog zdravstvenog sektora u Srbiji. Sedamdeset šest učesnika je prisustvovalo ovom Dijalogu o politici PZZ uključujući i predstavnike Ministarstva zdravlja, lokalnih samouprava gradova i opština (uključujući i Konferenciju gradova i opština Srbije), institucije koje pružaju PZZ (domove zdravlja koji su pilot lokacije u projektu, kao i druge domove zdravlja i druge institucije u PZZ), grupe korisnika zdravstvenih usluga, komore zdravstvenih radnika u Srbiji, itd. Predstavnici donatora (CIDA, Svjetska banka, Evropska komisija) i međunarodni partneri u zdravstvenom sektoru (EU projekat "Podrška implementaciji kapitanacije u plaćanju pružalaca usluga u sistemu PZZ u Srbiji") su također učestvovali u radu i imali priliku da se bliže upoznaju sa sadržajem dokumenta, da daju komentare i sugestije.

Nakon prezentacije Nacrta Politike PZZ u Srbiji ministru, državnim sekretarima i pomoćnicima ministra zdravlja, održane su četiri javne prezentacije i rasprave o Nacrtu koje su bile organizovane u Beogradu, Novom Sadu, Nišu i Kragujevcu. Sve javne rasprave su organizovane u saradnji sa pilot domovima zdravlja za ključne aktere iz tih regiona. Javne rasprave su bili još jedna prilika za pružaoce i korisnike zdravstvenih usluga, lokalne vlasti i druge relevantne sektore (npr. Centre za socijalni rad) i druge važne aktere da prodiskutuju politiku PZZ u Srbiji. Zvaničnici Ministarstva zdravlja, Gradskog sekretarijata za Zdravstvo, direktori domova zdravlja i projekatski tim su dali uvodne prezentacije na ovim javnim raspravama.

Pilot lokacije

U sklopu programa Jačanja menadžerskih vještina u pilot domovima zdravlja, 2. i 3. marta 2009. godine u Nišu je održan modul 7 o Mjerenju kvaliteta i performanse u domovima zdravlja. Trening je bio organizovan za učesnike iz pilot lokacija u Srbiji, a vodili su ga Snežana Simić, Profesorica na Institutu za socijalnu medicinu Medicinskog fakulteta u Beogradu, Orvill Adams i Predrag Životić.

Šesti modul istog programa o Upravljanju promjenama je organizovan za pet predstavnika iz svakog pilot doma zdravlja. Održan je u subotici 10. i 11. novembra 2009 a vodio ga je "BONEX Inženjering".

BOSNA I HERCEGOVINA

U okviru programa Jačanja kapaciteta profesionalnih organizacija u Bosni i Hercegovini, modul o komunikaciji je organizovan 5. maja u Banja Luci i 7. maja u Sarajevo. Ovo je bio posljednji trening za profesionalne organizacija u oba entiteta.



Ljudski resursi u zdravstvu
2. juni 2009. Banja Luka i 4. juni 2009. Sarajevo

Početak juna je označila promocija izvještaja o istraživanjima ljudskih resursa u zdravstvu koji su sproveli Institut za zaštitu zdravlja Republike Srpske i Zavod za javno Zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Na sastancima koji su održani 2. juna u Banja Luci i 4. juna u Sarajevu je učestvovalo preko 160 učesnika. Predstavnici Distrikta Brčko su učestvovali u oba sastanka.

Uz podršku projekta, detaljni podaci o ljudskim resursima su sakupljeni i upotrijebljeni u procesu planiranja radne snage i izrade politika. Dogovor o vrsti i obimu podataka koji su sakupljeni je postignut sa ciljem da se izbjegne dupliciranje i da se dobiju nove informacije koje će biti komplementarne postojećoj redovnoj zdravstvenoj statistici. Promocija izvještaja je označila kraj ove tehničke aktivnosti koja jeste primjer odlične saradnje i koordinacije među brojnim učesnicima iz institucija, sa kantonalnog, regionalnog i entitetskog nivoa.

Podaci su prikupljeni o preko 30,000 radnika zaposlenih u 212 zdravstvenih institucija, zatim učenika i studenata 30 škola i fakulteta zdravstvenog usmjerenja kao i podaci o nezaposlenim zdravstvenim radnicima registrovanim u 11 biroa za zapošljavanje. Podaci uključuju polnu strukturu, starost, nivo obrazovanja, iskustvo, radni status i načine rada. Osim toga, podaci uključuju i stavove rukovodilaca ustanova PZZ o sistemu nagrađivanja, drugom ili dopunskom zaposlenju, i profesionalnoj mobilnosti u Republici Srpskoj kao i osnovne podatke o radnoj snazi zaposlenoj u privatnim zdravstvenim institucijama u Distriktu Brčko..



Paralelno sa ovim kompleksnim aktivnostima, održavao se i niz edukativnih aktivnosti i diskusija o politici koji su osigurali upotrebu prikupljenih podataka u planiranju i politici. Ovaj proces je ukazao različitim nivoima vlada na veliku potrebu za sveobuhvatnim pristupom planiranju i upravljanju ljudskim resursima kao i njihovu ulogu u istom. Podaci o ljudskim resursima u svim zdravstvenim institucijama javnog sektora u Federaciji BiH, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Srpskoj, i u privatnom i javnom zdravstvenom sektoru Distrikta Brčko daju zajedničku osnovu za planiranje ljudskih resursa u procesu koji okuplja pužaoce usluga, javno zdravstvene institucije, i predstavnike vlada. Ovaj proces je eho poruke Izvještaja Svjetske zdravstvene organizacija posvećenog ljudskim resursima: Radimo zajedno za zdravlje.



početkom juna.

Rezultati ovih studije u dva entiteta i Distriktu Brčko Results su iskorišteni da se naprave nacrti planova ljudskih resursa za svaki entitet i Distrikt Brčko. Konsultanti projekta su prezentirali nacrt planova na sastancima održanim

Treća regionalna konferencija
"Zdravlje u svim politikama i primarna zdravstvena zaštita"
24 – 25 septembar 2009. godine
Holiday Inn, Sarajevo, Bosna i Hercegovina

Ovo je završna konferencija projekta "Primarna zdravstvena zaštita na Balkanu", koju finansira Kanadska vlada kroz Kanadsku agenciju za međunarodni razvoj. Kanadsko društvo za međunarodno zdravlje i Queen's univerzitet implementiraju projekat sa Ministarstvom zdravstva Federacije BiH, Ministarstvom zdravlja i socijalne politike RS, Odjelom za zdravstvo Distrikta Brčko, uz koordinaciju Ministarstva civilnih poslova Bosne i Hercegovine, i Ministarstvom zdravlja Republike Srbije.

Zdravlje populacije nije odgovornost samo zdravstvenog sektora. Ova tema je u srcu Zdravlja za sve (Alma Ata, 1978) i Otavske deklaracije o promociji zdravlja, "Stvorimo zdravu društvenu politiku", koja poziva da se zdravlja uključi na dnevni red donosilaca politika u svim sektorima i svim administrativnim nivoima. Deklaracija predlaže različite instrumente za politiku koje uključuju legislative, fiskalne mjere, porez, organizacione promjene koje se mogu upotrijebiti u strategijama za unaprijeđenje zdravlja populacije (Leppo, 2007). "Glavni princip iza slogana 'Zdravlje u svim politikama' je zaista veoma jednostavan: Na zdravlja utiču životni stilovi i okolina, na primjer kako ljudi žive, rade, šta jedu i piju, koliko se kreću, kako provode svoje slobodno vrijeme, itd. Ovo nisu samo lični izbori pojedinca, već veoma često imaju jake socijalne, kulturne, ekonomske, okolišne itd. determinante. S toga odluke koje utiču na zdravlja ljudi nisu samo pitanje zdravstvenih usluga ili 'zdravstvene politike', već su i pitanje za mnoge druge politike koje uticu na determinante zdravlja" (Puska, 2007).

Član 152, 'Zdravlje u svim politikama' Sporazuma Evropske Unije koji je dogovoren u Amsterdamu 1997. godine, obavezuje da će sve akcije i aktivnosti u zajednici doprinositi većem nivou zdravstvene zaštite. To znači da sve politike treba da su takve da zajednički djeluju na zaštitu zdravlja.

Zemlje na Balkanu kao i u drugim regionima prolaze kroz reforme u mnogim sektorima kao što su zdravstvo, obrazovanje, poljoprivreda, transport, sudstvo kao i makroekonomske reforme. Ako politike u ovim različitim sektorima nisu usklađene, mogu postati poteškoća za zdravstveni sektor. Na primjer, politika kojom se stimuliše makroekonomija time što se smanjuju kriteriji zaštite okoline može biti povećati rizike za zdravlja. Također postoje politike koje podržavaju jedna drugu. Jedan primjer je politika za poboljšanje bezbjednosti saobraćaja što ima direktni uticaj na povrede izazvane saobraćajnim nesrećama.

Konferencija ima za cilj da okupi kreatore politika, korisnike i praktičare da prodiskutuju različite oblike intersektoralnog djelovanja u regionu i da analiziraju načine njihovog jačanja da bi se povećala efikasnost u stvaranju uslova za poboljšanje zdravlja populacije. Očekivani rezultati konferencije su da:

1. Pruži priliku učesnicima da prodiskutuju intersektoralnu prirodu različitih politika u regionu u svjetlu njihovog uticaja na zdravlja populacija;
2. Ispita načine na koje "Zdravlje u svim politikama" može unaprijediti;
3. Diskutuje rezultate i naučene lekcije u toku implementacije projekta "Primarna zdravstvena zaštita na Balkanu";
4. Ojača veze između različitih aktera koji se suočavaju sa istim izazovima.

Konferencija će biti organizovana da omogući dijalog sa akterima u sektorima koji imaju uticaj na primarnu zdravstvenu zaštitu. Učesnici su predstavnici vlada iz Srbije i Bosne i Hercegovine, kao i susjednih zemalja; predstavnici nevladinih organizacija, zdravstvenih radnika i korisnika zdravstvenih usluga, partneri projekta i drugi pozvani učesnici.

BALKAN PRIMARY HEALTH CARE PROJECT

Sarajevo Tel: ++387 33 572 851 :Fax: ++387 33 572 841 Adresa: Koturova 8
Beograd Tel: ++381 11 324 00 88 Fax: ++381 11 324 00 88 Adresa: Bulevar Kralja Aleksandra 17/21
Banja Luka Tel: ++387 65 519 198
www.canbhp.org