Profesionalni rad medicinske sestre/tehničara u općoj/obiteljskoj medicini

Crnolatac, Maja

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:822985

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Repository of the Faculty of Medicine Osijek

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij sestrinstva

Maja Crnolatac

PROFESIONALNI RAD MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA U OPĆOJ/OBITELJSKOJ MEDICINI

Završni rad

Osijek, 2016.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij sestrinstva

Maja Crnolatac

PROFESIONALNI RAD MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA U OPĆOJ/OBITELJSKOJ MEDICINI

Završni rad

Osijek, 2016.

Rad je ostvaren u Domu zdravlja Osijek, Domu zdravlja Đakovo i Domu zdravlja Slavonski Brod.

Mentorica rada: Doc. dr. sc. Ljiljana Trtica Majnarić, dr. med.

Rad ima 54 listova i 16 tablica.

Zahvala

Zahvaljujem mentorici Doc. dr. sc. Ljiljani Trtica Majnarić, dr. med. koja je pratila proces pisanja završnog rada i koja me svojim znanjem i iskustvom savjetovala i usmjeravala prema završetku studija. Također zahvaljujem Sandri Čukić-Jozinović, prof. hrvatskog jezika te Aniti Udovičić, univ.bacc.phil. et univ.bacc.philol.angl. na pomoći pri lektoriranju rada. Na kraju zahvaljujem svojoj obitelji koja mi je pružala podršku, omogućila bezbrižno školovanje i završetak studija.

SADRŽAJ

1. UVOD 1
1.1. Primarna zdravstvena zaštita 2
1.2. Primarna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj 3
1.3. Specijalist obiteljske medicine kao nositelj primarne zdravstvene zaštite 4
1.4. Organizacija sestrinske skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 5
1.4.1. Profesionalni timski rad 5
1.4.2. Pitanje autoriteta u timu 7
1.5. Pacijent i tim opće/obiteljske medicine 8
2. CILJ 9
3. ISPITANICI I METODE 10
3.1.Ustroj studije 10
3.2. Ispitanici 10
3.3. Metode 10
3.4. Statističke metode 11
4. REZULTATI 12
5. RASPRAVA 20
6. ZAKLJUČAK 30
7. SAŽETAK 31
8. SUMMARY 32
9. LITERATURA 33
10. ŽIVOTOPIS 37
11. PRILOZI 38

1. UVOD

Praćenjem unazad nekoliko godina utvrđeno je da je u hrvatskoj stručnoj i znanstvenoj literaturi slabo zastupljena problematika rada medicinske sestre/tehničara u općoj/obiteljskoj medicini dok je u svjetskoj literaturi ta tema više zastupljena. U ordinacijama primarne zdravstvene zaštite djeluje tim koji čine doktor medicine i medicinska sestra ili tehničar. Medicinske sestre u ordinacijama primarno provode sestrinske i administrativne postupke. Njihova uloga i rad su neophodni i od izuzetne važnosti za dobro odvijanje procesa rada tima. Posao svake medicinske sestre u ordinaciji primarne djelatnosti sastoji se od prijema bolesnika i provjere statusa njegova zdravstvenog osiguranja, informativnog razgovora, pripreme bolesnika za liječnički pregled te izvođenja određenih manjih medicinskih zahvata. Medicinska sestra je osoba koja uspostavlja prvi kontakt s bolesnikom u ordinaciji, zbog čega je od izuzetne važnosti da bude ljubazna, uljudna, profesionalno stručna i komunikativna. Medicinska sestra provodi i veliki dio administrativnih poslova i mora poznavati rad na računalu i programima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Na osnovu preliminarnog razgovora provedenog s nekim sestrama utvrđen je veliki problem u svakodnevnom radu - nedostatak vremena zbog prevelikog broja pacijenata i opterećenosti poslom. Zbog toga ne mogu uvijek pružiti onakvu uslugu kakvu bi kao zdravstveni djelatnici željele i s kojom bi bolesnik bio u potpunosti zadovoljan.

U posljednjih nekoliko godina medicinske sestre u domovima zdravlja, u timovima primarne zdravstvene zaštite, suočene su sa stalnim promjenama i novinama koje su sastavni dio reforme hrvatskog zdravstva. Najčešći je problem, koji je naveden u literaturi, a s kojim se suočavaju medicinske sestre, informatizacija primarne zdravstvene zaštite. Jedna od novina vezana je za vađenje krvi i uzimanje uzoraka za laboratorijske pretrage u ordinacijama primarne zdravstvene zaštite. Na razini primarne zdravstvene zaštite liječe se pacijenti svih dobnih skupina, ali ipak najviše oni koji boluju od kroničnih bolesti. Ti pacijenti su uglavnom osobe starije dobi i od medicinske sestre očekuju psihološku podršku, razumijevanje i povjerljivost. Njoj lakše iznose svoje probleme i očekuju da ona dobro poznaje njihove navike i zdravstvene potrebe, da ih pozorno sluša i razumije. Pacijentima se medicinske sestre trebaju obraćati s dužnim poštovanjem, naći za njih dovoljno vremena pri svakom njihovom posjetu ambulanti, posvetiti im pažnju, govoriti razumljivim jezikom. Medicinske sestre se kontinuirano i trajno stručno usavršavaju, poštuju moralna i etička načela sestrinske struke s ciljem da pruže sigurnu i kvalitetnu zdravstvenu njegu i unaprijede zdravlje pacijenata u svakodnevnom radu.

1.1. Primarna zdravstvena zaštita

Primarna zdravstvena zaštita osnovni je oblik zdravstvene zaštite. Ona je prvi i osnovni dio zdravstvenog sustava koji proizlazi i razvija se u skladu s ekonomskim, društveno - kulturnim i političkim uvjetima. Primarna zdravstvena zaštita nastoji zadovoljiti potrebe cijele zajednice i svakog pojedinca što je bliže njegovom mjestu stanovanja i rada, po prihvatljivoj cijeni i uz korištenje znanstvenih, praktičnih i društveno prihvatljivih metoda (1). Obuhvaća cjelokupnu skrb za zdravlje, provedbu preventivnih i kurativnih mjera, zdravstveni odgoj i suradnju sa svim organizacijama i ustanovama koje mogu pridonijeti boljem zdravlju stanovništva.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, primarna zdravstvena zaštita zasniva se na pet osnovnih principa (2):
1) Dostupnost (jednaka distribucija): prvi i najvažniji cilj primarne zdravstvene zaštite koji se odnosi na pravednu podjelu skrbi na sve ljude bez obzira na spol, dob, rasu, ekonomski status i geografsku lokaciju.

2) Sudjelovanje zajednice: odnosi se na uključivanje zajednice u planiranje, implementiranje i održavanje zdravstvenih aktivnosti kako bi se omogućio dugoročni socijalni razvoj.

3) Promicanje zdravlja: uključuje sva važna pitanja zdravstvene edukacije, ishrane, provođenje zdravstvenih mjera i drugih faktora okoliša, kao i prevenciju i kontrolu bolesti.

4) Prikladna tehnologija: korištenje znanstveno utemeljene tehnologije koja je prilagođena lokalnim potrebama.

5) Međusektorska suradnja: odnosi se na uključenost ostalih sektora, osim zdravstvenog sektora, kao što su na primjer agrikultura i obrazovanje, u unaprjeđivanje zdravlja lokalnog stanovništva.

Djelatnosti koje primarna zdravstvena zaštita obuhvaća u širem smislu su: djelatnost opće/obiteljske medicine, djelatnost za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i predškolske djece, djelatnost hitne medicinske pomoći, stomatološku djelatnost, preventivno-odgojne djelatnosti za zaštitu školske djece i studenata, zdravstvenu zaštitu žena, higijensko-epidemiološku djelatnost, zdravstvenu zaštitu medicine rada, zdravstvenu zaštitu mentalnog zdravlja, patronažnu zdravstvenu zaštitu, palijativnu skrb, ljekarništvo i laboratorijsku dijagnostiku.

Uži pojam primarne zdravstvene zaštite koju provode medicinski stručnjaci naziva se primarna medicinska zaštita te je uglavnom organizirana u domovima zdravlja, ordinacijama u zakupu ili privatnim ordinacijama i ustanovama.

Primjenom jednostavnih i dostupnih specifičnih metoda rada, primarna zdravstvena zaštita rješava 80 – 85% zdravstvenih problema zajednice (3). Rješavanjem velikog broja jednostavnih, svakodnevnih problema smanjuje se nepotrebna i skupa zdravstvena potražnja, a neriješeni zdravstveni problemi usmjeravaju se k stručno odabranim višim specijaliziranim dijelovima zdravstvenog sustava. Ovaj oblik zdravstvene zaštite predstavlja filter ulaza u više razine zdravstvenog sustava (sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita) koji su nedostupniji jer ih ima manje i skuplji su zbog primjene skupih tehnologija. Da bi primarna zdravstvena zaštita bila u stanju rješavati zdravstvene potrebe, trebali bi biti zadovoljeni određeni preduvjeti za njezin učinkovit rad. Stručni kadar, prostor i oprema za rad, stručna autonomija i neovisnost, financijska sigurnost, definiranost prava i obveza korisnika samo su neki od tih preduvjeta (3).

1.2. Primarna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj

Devedesetih godina prošlog stoljeća zdravstveni sustav u Hrvatskoj počivao je na nacionalnom zdravstvenom osiguranju koje je bilo dostupno za sve pacijente, međutim, financijska sredstva za održavanje sustava bila su nedostatna (4). Glavni nositelji zdravstvenog sustava na primarnoj razini bili su Domovi zdravlja. Domovi zdravlja bili su odgovorni za provođenje cjelokupne primarne zdravstvene zaštite za područje u kojem su bili smješteni. Financijska sredstva za upravljanje domovima zdravlja pokrivala su se iz nacionalnog zdravstvenog osiguranja dok su liječnici, kao i ostali zaposleni medicinski stručnjaci, plaću dobivali od Doma zdravlja.

Početkom 2009. godine u Republici Hrvatskoj s novim zdravstvenim zakonima na snagu je stupila Reforma zdravstvenog sustava. Razina sustava najviše zahvaćena promjenama bila je upravo primarna zdravstvena zaštita. Zdravstveni sustav reformiran je u skladu s društveno-ekonomskim promjenama. Cilj reforme primarne zdravstvene zaštite bio je osloboditi sustav od pretjerane administracije, regulirati zaradu nositelja primarne zdravstvene zaštite te povećati profesionalnu i organizacijsku odgovornost zdravstvenih djelatnika (5).

Najznačajnija promjena uvedena reformom jest da je zdravstveni sustav postao mješoviti sustav javnog i privatnog. Domovi zdravlja i dalje su ostali ustanova koja pruža cjelovitu zdravstvenu zaštitu, no mnoge su djelatnosti Doma zdravlja privatizirane. Većina liječnika zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti postali su individualni ugovarači s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO) dok je manji dio i dalje ostao zaposlenicima Doma zdravlja (4). Liječnici privatnici reformom su postali koncesionari prijašnjih državnih ordinacija (5).

Prije nego što je započela reforma zdravstva u Hrvatskoj, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uvedena je još jedna bitna promjena. Naime, 2002. godine započeo je proces informatizacije primarne zdravstvene zaštite. Svaka ugovorna ordinacija koristi dva povezana računala, za liječnika i medicinsku sestru, koji na taj način bilježe sve događaje vezane uz obradu pacijenata u elektronički zdravstveni karton. Nadalje, informacijski sustav sadržava i sve osobne podatke korisnika zdravstvenog osiguranja, središnji repozitorij ljudskih i materijalnih resursa zdravstvenog sustava, ali i omogućuje komunikaciju i prijenos podataka prema ostalim sudionicima zdravstvenog sustava (6). Informatizacija primarne zdravstvene zaštite učinila je veliki pomak u smanjenju opterećenja administrativnim poslovima u ordinacijama opće/obiteljske medicine. Navedene promjene nisu jedino što je oblikovalo primarnu zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj u posljednjih nekoliko godina. Reforme su zapravo rezultat sve većih zdravstvenih troškova u državi, ponajprije zbog sve većeg starenja stanovništva čije su zdravstvene potrebe veće (5).

1.3. Specijalist obiteljske medicine kao nositelj primarne zdravstvene zaštite

Obiteljska medicina je najbrojniji dio primarne zdravstvene zaštite i neizostavan element modernog zdravstvenog sustava. Liječnici zaposleni u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uglavnom su specijalisti opće, odnosno obiteljske medicine. Osnovna obilježja discipline opće/obiteljske medicine su (7): predstavlja mjesto prvog medicinskog kontakta korisnika sa zdravstvenim sustavom, pruža osobnu, primarnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu pojedincima, obitelji i društvenoj zajednici, bez obzira na spol, dob i bolest, karakterizira je vremenska kontinuiranost i mogućnost praćenja razvoja bolesti kroz dulje vremensko razdoblje, učinkovito koristi resurse zdravstvene zaštite koordinirajući skrb u suradnji s drugim stručnjacima primarne zaštite, osigurava najekonomičnije korištenje financijskih sredstava namijenjenih zdravstvenom sustavu itd.

Dobar rad obiteljskih liječnika kao svojevrsnih „čuvara“ ili „nadglednika“ ulaza u zdravstveni sustav omogućava i dobar rad ostalih dijelova sustava (sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite), čineći tako i njih optimalno iskoristivim uz jednostavnu i brzu dostupnost. U definiciji obiteljskog liječnika sažete su sve karakteristike struke, ali i iz nje proizlaze svi problemi s kojima se danas liječnici susreću.

1.4. Organizacija sestrinske skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Dom zdravlja je zdravstvena ustanova za pružanje zdravstvene zaštite stanovništvu određenog područja. Prema organizacijskom ustroju domovi zdravlja imaju u upravi pomoćnika ravnatelja za sestrinstvo. To je u pravilu glavna sestra doma zdravlja koja organizira rad svih medicinskih sestara. U domu zdravlja medicinske sestre rade u ordinacijama liječnika primarne zdravstvene zaštite (PZZ) i u patronažnoj djelatnosti. U ordinacijama liječnika PZZ-a na jednog liječnika ugovorena je jedna medicinska sestra opće zdravstvene njege. U patronažnoj djelatnosti medicinske sestre su prvostupnice sestrinstva (8).

Uloga medicinske sestre/tehničara u općoj/obiteljskoj praksi ne odnosi se samo na pružanje potrebne sestrinske skrbi već i na organizaciju sestrinske skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Učinkovito pružanje zdravstvene zaštite jedna je od uloga medicinske sestre u timu opće/obiteljske prakse. Medicinska sestra je osoba koja je pripremljena za rad u timu koji ispunjava propisane standarde za promociju, održavanje i obnavljanje zdravlja. Medicinske sestre djeluju prema etičkom kodeksu i koriste kulturnu kompetenciju i organizacijske sposobnosti te tako podržavaju način skrbi u kojoj je bolesnik središte svakog razgovora o zdravstvenoj skrbi. Osnažuju pacijente da aktivno planiraju i upravljaju vlastitom skrbi, uključujući i prevenciju bolesti, promociju zdravlja i tjelesne aktivnosti i pomažu im kod kontroliranja kroničnih bolesti (9).

1.4.1. Profesionalni timski rad

U profesionalnom radu važan je timski pristup. Kroz strukturirana komunikacijska događanja ili profesionalni razvoj zdravstveni djelatnici moraju naučiti što znači biti dio interdisciplinarnog tima. To je prilično izazovno zbog toga jer je osoblje educirano u različitim znanstvenim i kliničkim sredinama. Obraćanje pozornosti, kada vođa tima radi i komunicira s pacijentom, važno je radi usvajanja liderove radnje, ako se pokazala učinkovitom. Sestra traži stalno poboljšanje kvalitete i sigurnosti rada i svjesna je vrijednosti dobre zdravstvene njege. Uz timski rad u zdravstvu profesionalci moraju usvojiti uspješne

komunikacijske vještine te se moraju znati suočiti i riješiti određene sukobe. U medicinskom timu potrebna je dobra emocionalna inteligencija, tako da mogu razumjeti pacijentove trenutačne osjećaje i dobiti uvid u njegovo ukupno zdravstveno stanje. Emocionalna inteligencija može pomoći da bolje usklade metode rada i istaknu učinkovitost timskog rada. Učinkovita komunikacija među osobljem potiče djelotvoran timski rad i potiče kontinuitet i jasnoću unutar tima. U najboljem slučaju, dobra komunikacija potiče suradnju, potiče timski rad i pomaže u sprječavanju pogreške. Medicinski tim uvijek mora pristupati pacijentu s pozitivnim stavom. Svi članovi tima trebaju znati svoju ulogu, ograničenja i djelokrug rada unutar tima (10).

Prema definiciji Svjetskog udruženja obiteljskih liječnika, koledža i akademija (World Organisation of Family Doctors, Colleges and Academies, WONCA) iz 2002., širok je spektar i opseg rada tima opće/obiteljske medicine. Tim liječnika opće/obiteljske medicine i medicinskih sestara/tehničara definiran je kao mala funkcionalna skupina zdravstvenih profesionalaca koji su usmjereni prema individualnim potrebama bolesnika. Članovi tima raspolažu različitim vještinama, koordinirano rade i dopunjuju se. Svatko u timu razumije svoju profesionalnu ulogu, aktivnost i mjesto u timskom radu.

Informatizacijom PZZ-a (2001.–2003.) nastala je promjena timskoga rada, uz prebacivanje, uglavnom medicinskih poslova, s medicinskih sestara/tehničara na liječnike opće/obiteljske medicine, radi njihove administrativne preopterećenosti. Najbolji primjer dodavanja administrativnoga bremena na PZZ je obveza naplate administrativne pristojbe u ordinaciji, koja je uvedena u kolovozu 2006., a ukinuta u travnju 2008. Ta je aktivnost učinila medicinsku sestru pretežno administrativnim radnikom i "blagajnicom", oduzimajući joj vrijeme za bavljenje medicinskim poslovima, posebice medicinskom edukacijom i savjetovanjem bolesnika o zdravim životnim navikama. Taj segment rada medicinske sestre ostaje neobavljen i trajno nedostaje u preventivnom radu tima. Prema nekim uvriježenim postavkama očekuje se da tim rješava 80% svih zdravstvenih problema, aktivno se bavi prevencijom, uz proaktivni pristup traženja asimptomatskih pojedinaca, kvalitetno zbrinjava bolesnike s kroničnim bolestima, primjenjujući smjernice stručnih društava, poštujući prava pacijenta. U SAD-u je izračunato kako implementacija aktualnih smjernica za deset kroničnih bolesti zahtijeva više vremena nego ga prosječni liječnik opće/obiteljske medicine ima na raspolaganju za zbrinjavanje svih svojih pacijenata u skrbi, a slični nerealni vremenski zahtjevi postavljeni su i za provođenje preventivnih programa (11).

Nužne su temeljite strukturalne promjene rada tima opće/obiteljske medicine (smanjenje administrativnih dužnosti tima uz posljedično povećanje udjela vremena za medicinske poslove, zdravstveno savjetovanje i edukaciju). Time bi se medicinske sestre/tehničari mogli vratiti ulozi zaštitnice i učiteljice bolesnika otvarajući prostor i vrijeme za provođenje sustavne prevencije, koja u sadašnjem trenutku u tom obliku izostaje. Ovakvim restrukturiranjem rada, osim izdašnijeg provođenja preventivnih aktivnosti, očekuje se i poboljšanje kvalitete skrbi za akutne i kronične bolesnike (11).

1.4.2. Pitanje autoriteta u timu

Medicinska sestra i liječnik suradnici su koji trebaju raditi zajedno da bi povećali kvalitetu zdravstvene usluge. Liječnik je niz godina bio percipiran kao osoba nadređena medicinskoj sestri dok je sestrinska dužnost bila provoditi liječničke stavove i to neovisno o stručno-znanstvenoj utemeljenosti i učinkovitosti. Danas medicinska sestra kao punopravni član zdravstvenog tima djeluje kao autonomni stručnjak s moralnom i pravnom odgovornošću, a u skladu s pravilima struke. Medicinske sestre u timu opće/obiteljske medicine u stalnom su kontaktu i suradnji s liječnikom. Odnos medicinskih sestara i liječnika vrlo je složen, a često i neskladan. Mogućnost suradnje promatrana je iz različitih perspektiva skrbi za bolesnike, s različitih razina u hijerarhiji statusa profesija te kroz različitost spolova. Spomenutu tvrdnju potvrđuje pojam „igra sestra-liječnik“. Pojam opisuje način komunikacije među članovima zdravstvenog tima, kada medicinske sestre razvijaju strategiju neformalne interakcije, tj. na suptilan način prosljeđuju liječniku informacije koje su u izravnoj svezi s ishodima liječenja, ali tako da ne dovode autoritet liječnika u pitanje, nego „šapću“ preporuke tako da liječnik misli kako je samostalno došao do njih. U vojnome modelu sestrinstva opisanome u 19. stoljeću medicinska sestra slijepo i bespogovorno slijedi upute liječnika, iako one mogu štetiti bolesniku. Profesionalizacijom sestrinske strukovnosti razvio se odvjetnički model sestrinstva koji bolesnika stavlja u središte interesa profesionalnog djelovanja medicinskih sestara uz naglasak na profesionalnu autonomiju medicinskih sestara. Iako se „igra sestra-liječnik“ i „podređeno-nadređeni odnos“ u 21. stoljeću čine zastarjelim fenomenima, oni su i danas prisutni u svakodnevnom radu medicinskih sestara u timovima. Ordinacijski odnos medicinska sestra-liječnik povezan je s patrijarhalnom dominacijom muškog spola u općenitim društvenim odnosima (11).

1.5. Pacijent i tim opće/obiteljske medicine

Prvi korak postizanja kvalitete usluge je postići rezultate koje pacijenti cijene, kao što je npr. lak pristup skrbi, dobra komunikacija, sudjelovanje u donošenju odluka itd. Prva interakcija pacijenta i medicinske sestre/tehničara u ordinaciji opće/obiteljske prakse igra snažnu ulogu u oblikovanju iskustava i emocija koje slijede (12). Kada je prvi susret pozitivan, otvara se pozitivan ciklus između korisnika i organizacije, a ako susret ne prođe dobro, teško će se oporaviti. Nadalje, zadovoljan pacijent govori svojim prijateljima i rodbini o pozitivnim iskustvima koje je stekao pri posjetu ordinaciji opće/obiteljske prakse, a usmena predaja je možda i najsnažnija sila zdravstvenog marketinga jer ljudi žele znati kako ostali slični njima vrednuju skrb (13). Većina više vjeruje procjenama obitelji i prijatelja nego bilo kojem drugom izvoru podataka, uključujući i mišljenje stručnjaka.

Poboljšanje osjetljivosti obiteljske prakse potrebama i očekivanjima pacijenata važan je izazov u zdravstvu danas. Istraživanja očekivanja pacijenata pomoću intervjua, fokus grupa i anketa (14) predstavljaju važan korak, jer prioritete u zdravstvu i dalje obično određuju stručnjaci i zdravstvene vlasti. Međutim, uvid u mišljenja pacijenata o kvaliteti obiteljske medicine još je uvijek ograničen. Procjene zadovoljstva pacijenata su subjektivne i zasigurno pod utjecajem karakteristika pacijenata. Dok su neke karakteristike pacijenata kao što su potrebe i stavovi važni za razmatranje zadovoljstva, ipak su u prethodnim istraživanjima najpopularnije bile socio-demografske varijable. Međutim, socio-demografske varijable pokazale su se kao nekonzistentni i slabi prediktori zadovoljstva pacijenata. Značajan efekt na zadovoljstvo pokazuju samo dob pacijenata i njihov status obrazovanja. Efekt dobi na procjene kvalitete pokazao se najkonzistentnijim u istraživanjima. Posebno se pokazalo da mlađi pacijenti imaju drugačije prioritete nego stariji pacijenti, s obzirom na uključenost u donošenje odluke ili pružanje medicinske brige. Nadalje, bolesnici slabijeg zdravstvenog stanja također imaju drugačije prioritete od pacijenata s boljim zdravstvenim stanjem, na primjer s obzirom na preventivne usluge i uključenost u proces odlučivanja. Najveći broj pacijenata u ordinacijama opće/obiteljske medicine su osobe starije životne dobi odnosno kronični bolesnici (15).

2. CILJ

Provedenim se istraživanjem žele procijeniti metode rada, radno opterećenje i zadovoljstvo profesionalnim radom sestara/tehničara koji rade u timovima liječnika opće/obiteljske medicine. Prikazati osnovne značajke njihovog rada te procijeniti koliko prosječno radnog vremena potroše na obavljanje administrativnih poslova, a koliko na sestrinske vještine. Utvrditi profesionalnu ulogu medicinske sestre/tehničara u timu obiteljske/opće medicine.

3. ISPITANICI I METODE

Istraživanje je provedeno kao presječno istraživanje putem anketiranja sestara/tehničara u općoj/obiteljskoj medicini na području Osječko-baranjske i Brodsko-posavske županije. Valjan rezultat istraživanja ovisi o planu istraživanja i o njegovom provođenju. Definirani ciljevi pojašnjeni su uz pomoć prikupljenih podataka. Podatci su prikupljeni pomoću samostalno konstruiranog upitnika koji se sastoji od općih i demografskih podataka te tvrdnji. Anketni upitnik sastoji se od 15 pitanja zatvorenog tipa.

3.1.Ustroj studije

Ispitivanje je provedeno kao presječna studija. Presječno istraživanje ubraja se u opažajna (opservacijska) istraživanja. Obuhvaća prikupljanje podataka u jednoj vremenskoj točki, mjeri prevalenciju te valjanost novog dijagnostičkog testa. Prednosti presječnog istraživanja su kratko vrijeme provođenja i niska cijena, a ograničenje istraživanja je što ne istražuje uzročnu povezanost (16).

3.2. Ispitanici

Podatci su prikupljeni u razdoblju od siječnja do kolovoza 2016. godine. Istraživanje je provedeno u Domovima zdravlja Osijek, Đakovo i Slavonski Brod. Ispitanici su bili medicinske sestre/tehničari u timovima opće/obiteljske medicine. Radi se o ispitanicima oba spola, u dobi od 22 do 63 godina. Ispitanici su svjesno i voljno potpisali izjavu i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju.

3.3. Metode

U svrhu istraživanja koristio se samostalno konstruirani anketni upitnik koji se sastoji od petnaest pitanja zatvorenog tipa. Anketni upitnik omogućava prikupljanje općih demografskih podataka od strane ispitanika. Također, u upitniku su navedena pitanja i tvrdnje koje se odnose na svakodnevni rad medicinskih sestara/tehničara u ambulantama opće/obiteljske medicine. Ispitanici su pročitali svako pitanje i zaokružili jednu tvrdnju koja im najviše odgovara. Pitanja i tvrdnje su bazirane na metodama rada, radnom opterećenju i zadovoljstvu profesionalnim radom u timovima liječnika opće/obiteljske medicine. Anketnim upitnikom nastojalo se prikazati i utvrditi značajke rada, prosječno radno vrijeme potrebno za obavljanje administrativnih poslova u usporedbi sa sestrinskim vještinama te profesionalnu ulogu medicinske sestre/tehničara u timu obiteljske/opće medicine. Od velike je važnosti bila

iskrenost ispitanika. Anketa je anonimna i nije se koristila ni u jednu drugu svrhu osim za izradu ovog završnog rada.

3.4. Statističke metode

Prilikom statističke obrade korišten je računalni program MedCalc (inačica 16.2.0, Med Calc Software bvba, Ostend, Belgija). Kategorijski podaci su prikazani pomoću apsolutnih i relativnih frekvencija, dok su numerički prikazani, zbog izostanka normalnosti distribucije, medijanom i interkvartilnim rasponom. Normalnost distribucije ispitana je pomoću Kolmogorov Smirnovljevog testa. Razlike među kategorijskim varijablama ispitane su pomoću $\chi 2$ i Fisherovog egzaktnog testa. Razina statističke značajnosti određena je s $p < 0,05$.

4. REZULTATI

Tablica 1. sadrži prikaz općih podataka ispitanika. U istraživanju je sudjelovalo 90,16% ispitanika ženskog i 9,84% muškog spola (p < 0,001). Prema radnim mjestima najviše je ispitanika zaposlenih u DZ Slavonski Brod (26,23%), zatim koncesionara u Osijeku (22,95%), potom zaposlenika u DZ Osijek (21,31%), DZ Đakovo (19,67%), koncesionara Đakova (22,95%) te koncesionara Slavonskog Broda (3,28%), p < 0,001. Liječnika specijalista je 70,69%, a prema dobnoj strukturi populacije, najviše je u dobi između 46-65 godina (59,02%), iznad 65 godina (22,95%), od 31 do 45 (11,48%), od 19 do 30 (4,92%), a samo jedna ambulanta do 18 godina, p < 0,001. Prosječan broj pacijenata dnevno je najčešće iznad 75 (42,62%), od 61 do 75 (32,79%), od 46 do 60 (19,67%), manje od 30 (3,28), a jedna ambulanta ima prosječno od 30 do 45 pacijenata dnevno (p < 0,001). Medijan duljine radnog staža medicinske sestre je 20 godina, a liječnika 13,5. Medijan dobi medicinske sestre je 40 godina.

Tablica 1. Opći podaci

		n (%)	p*
Spol	Muški	6 (9,84%)	< 0,001
	Ženski	55 (90,16%)	
Radno mjesto	DZ Đakovo	12 (19,67%)	0,084
	DZ Osijek	13 (21,31%)	
	DZ Slavonski Bod	16 (26,23%)	
	Koncesija Đakovo	4 (6,56%)	
	Koncesija Osijek	14 (22,95%)	
	Koncesija Slavonski Brod	2 (3,28%)	
Liječnik specijalist	Da	41(70,69%)	< 0,001
	Ne	17 (29,31%)	
Dob populacije	do 18	1 (1,64%)	< 0,001
	19-30	3 (4,92%)	
	31-45	7 (11,48%)	
	46-65	36 (59,02%)	
	>65	14 (22,95%)	
Prosječan broj pacijenata	<30	2 (3,28%)	< 0,001
	30-45	1 (1,64%)	
	46-60	12 (19,67%)	
	61-75	20 (32,79%)	
	>75	26 (42,62%)	
		Medijan (25% - 75%)	
Godine radnog staža		20 (7 - 31)	
Godine radnog staža liječnika		13,5 (4,25 - 28)	
Dob		40 (31 - 52)	

*χ2 test

Tablica 2. sadrži prikaz odnosa administracijskog posla i sestrinskih profesionalnih vještina. Najveći udio ispitanika (47,54%) navodi kako većinu radnog vremena oduzima administracijski posao u odnosu na sestrinski ($p < 0,001$).

Tablica 2. Odnos administracijskog posla i sestrinskih profesionalnih vještina.

1. Koliko prosječno radnog vremena Vam oduzima administracijski posao u odnosu na sestrinske profesionalne vještine?		
	n (%)	p*
a) Većinu radnog vremena	29 (47,54%)	< 0,001
b) Više od pola radnog vremena	17 (27,87%)	
c) Podjednako	13 (21,31%)	
d) Manje od pola radnog vremena	1 (1,64%)	
e) Manji dio radnog vremena	1 (1,64%)	

*$\chi 2$ test

Tablica 3. sadrži načine informiranja o zakonskim pravima pacijenata. O zakonskim pravima pacijenata se gotovo podjednak udio ispitanika informira od strane liječnika (27,87%), putem internetskih stranica MZ (26,23%) te u telefonskoj komunikaciji sa službenikom HZZO-a (21,31%) i na stručnim sastancima s kolegama (18,03%).

Tablica 3. Načini informiranja o zakonskim pravima pacijenata

2. Na koji način se informirate o zakonskim pravima pacijenata?		
	n (%)	p*
a) Putem Internetskih stranica Ministarstva zdravstva ili HZZO-a samostalno tražim i čitam zakonske akte	16 (26,23%)	0,06
b) Moj me doktor podučava o tome	17 (27,87%)	
c) U telefonskoj komunikaciji sa službenikom HZZO-a dok rješavam tekući problem pojedinog pacijenta	13 (21,31%)	
d) Na stručnim sastancima s kolegama	11 (18,03%)	
e) Slabo sam o tome informiran/a	4 (6,56%)	

*$\chi 2$ test

Tablica 4. prikazuje najčešće profesionalne vještine. Pri radu s pacijentima ispitanici najviše provode neobavezni razgovor u kojem se informacije saznaju koje su korisne u profesionalnom radu (42,62%), na intervju ili telefonski razgovor povezan s davanjem savjeta o skrbi (27,87%) te na terapijske intervencije (26,23%).

Tablica 4. Najčešće profesionalne vještine

3. Pri radu s pacijentima najviše provodim ovu profesionalnu vještinu:			
		n (%)	p*
	a) Terapijske intervencije (previjanja, injekcije, itd.)	16 (26,23%)	< 0,001
	b) Neobavezan razgovor, ali u kojem saznam mnogo vrijednih informacija o pacijentu koje mi koriste u profesionalnom radu	26 (42,62%)	
	c) Intervju ili telefonski razgovor povezan s davanjem savjeta vezanih za zdravstvenu skrb pacijenta (o načinu uzimanja lijekova, o prehrani, o pripremi za pretrage)	17 (27,87%)	
	d) Pomoć pri svlačenju i oblačenju pacijenta i druge pripreme za liječnički pregled (mjerenje temperature, snimanje EKG itd.)	2 (3,28%)	
	e) Osim uzimanja osobnih podataka u administrativne svrhe, inače slabo kontaktiram s pacijentima	0 (0%)	

*χ2 test

Tablica 5. Formiranje dokumenata i evaluacija rada tima obiteljske medicine prikazuje sljedeće: formiranje dokumenata i evaluacija rada tima obiteljske medicine se odvija najviše na način da liječnik i sestra podjednako sudjeluju u tim postupcima (52,46%).

Tablica 5. Formiranje dokumenata i evaluacija rada tima obiteljske medicine

4. Formiranje dokumenata i evaluacija rada tima obiteljske medicine se odvija na slijedeći način:			
		n (%)	p*
	a) Postupak je jednostavan i u cijelosti ga obavljam sam/	7 (11,48%)	< 0,001
	b) Radim sve sam/a, ali mislim da je postupak presložen	3 (4,92%)	
	c) Obavljam jednostavniji dio toga posla, a zahtjevniji dio obavlja liječnik s kojim radim	16 (26,23%)	
	d) Sve obavlja moj liječnik, a ja samo vršim upisivanje pacijenata i printanje gotovih dokumenata	3 (4,92%)	
	e) I liječnik i ja podjednako sudjelujemo u tim postupcima, prema potrebi sve postupke mogu odraditi ili ja ili moj liječnik	32 (52,46%)	

*χ2 test

Tablica 6. prikazuje načine stjecanja stručnosti. Stručnost za obavljanje zadataka i metoda rada u PZZ ispitanici najviše nauče u praktičnom radu i komunikaciji s pacijentima (52,46%).

Tablica 6. Načini stjecanja stručnosti

5. Na koji način stječete stručnost za obavljanje zadataka i metoda rada u PZZ i općoj/obiteljskoj medicini?			
		n (%)	p*
	a) Naučio/la sam dosta već u školi	6 (9,84%)	< 0,001
	b) Najviše učim u praktičnom radu i komunikaciji s pacijentima	32 (52,46%)	
	c) Najviše učim kroz komunikaciju sa svojim liječnikom	16 (26,23%)	
	d) Često sam/a tražim i čitam određene sadržaje s Interneta, za koje smatram da su mi korisni u radu	6 (9,84%)	
	e) Najviše naučim na stručnim sastancima od kolega/kolegica	1 (1,64%)	

*χ2 test

Tablica 7. Stupanj kvalificiranosti prikazuje da najveći udio ispitanika (70,49%) smatra kako je stupanj kvalificiranosti dovoljan za obavljanje zadataka i metoda rada.

Tablica 7. Stupanj kvalificiranosti

6. Smatram da je moj stupanj kvalificiranosti dovoljan za obavljanje zadataka i metoda rada u PZZ i općoj/obiteljskoj medicini.		
	n (%)	p*
a) U potpunosti	43 (70,49%)	< 0,001
b) Djelomično, ali je dovoljno što se samostalno educiram	2 (3,28%)	
c) Bila bi mi potrebno dodatno, specifično školovanje za takav način rada	3 (4,92%)	
d) Mislim da bi se mogao/la steći dovoljno znanja i vještina kroz interno organiziranu edukaciju u okviru Doma zdravlja, ili grupne prakse liječnika koncesionara	12 (19,67%)	
e) Uopće ne razmišljam o tome	1 (1,64%)	

*χ2 test

Tablica 8. Znanja i vještine u komunikaciji s pacijentima prikazuje da većina ispitanika (67,21%) smatra da poznaje osnove u komunikaciji.

Tablica 8. Znanja i vještine u komunikaciji s pacijentima

7. U radu medicinske sestre/tehničara u općoj/obiteljskoj medicini veliku važnost ima komunikacija s pacijentima. Mislite li da za to imate dovoljno znanja i vještina?		
	n (%)	p*
a) Da, dobro poznajem teorijske osnove tih vještina	41 (67,21%)	< 0,001
b) Djelomično poznajem teorijske osnove tih vještina (prošao/la sam tečaj u samostalnoj organizaciji, čuo/la sam ponešto na stručnim sastancima, ili naučio/la od svog liječnika)	9 (14,75%)	
c) Slabo poznajem teorijske osnove tih vještina, ali sam kroz praktični rad s pacijentima stvorio/la svoj stil komunikacije s njima i smatram da mi je to dovoljno za svakodnevni rad	11 (18,03%)	
d) Ništa ne znam o tome, dobro bi mi došla dodatna edukacija o tome	0 (0%)	
e) Ništa ne znam o tome, ali mi se to i ne čini toliko važnim za moj svakodnevni rad	0 (0%)	

*χ2 test

Tablica 9. Poznavanje specifičnosti zdravstvene skrbi određenih dobnih skupina prikazuje sljedeće: većina ispitanika (54,1%) zna koje su specifičnosti zdravstvene skrbi dobne skupine najviše zastupljene u ambulantama.

Tablica 9. Poznavanje specifičnosti zdravstvene skrbi određenih dobnih skupina

8. Znate li koje su specifičnosti zdravstvene skrbi dobne skupine/a koja je/su najviše zastupljene u Vašoj ambulanti?			
		n (%)	p*
	a) Znam puno	33 (54,1%)	< 0,001
	b) Znam djelomično, sam/a nadograđujem to znanje	24 (39,34%)	
	c) Znam djelomično, dobro mi došla pomoć u savladavanju toga znanja	3 (4,92%)	
	d) Ne znam gotovo ništa, volio/ljela bih o tome više naučiti	1 (1,64%)	
	e) Ne znam gotovo ništa i ne smatram to važnim	0 (0%)	

*χ2 test

Tablica 10. opisuje komunikaciju s liječnikom. O komunikaciji s liječnikom najveći udio ispitanika (73,77%) misli da je na vrlo kvalitetnoj i na visokoj profesionalnoj razini.

Tablica 10. Komunikacija s liječnikom

9. O svojoj komunikaciji s liječnikom s kojim radim u timu mislim slijedeće:			
		n (%)	p*
	a) Vrlo kvalitetna i na visokoj profesionalnoj razini	45 (73,77%)	< 0,001
	b) Dovoljno dobra, ali bi mogla biti i bolja	15 (24,59%)	
	c) Nedovoljno dobra, ali još uvijek ne ometa uspješnost rada tima	1 (1,64%)	
	d) Nedovoljno dobra, predstavlja prepreku uspješnom obavljanju zdravstvene skrbi za pacijente	0 (0%)	
	e) Nedovoljno dobra, sumnjam da bi se mogla popraviti	0 (0%)	

*χ2 test

Tablica 11. prikazuje ulogu u timu opće/obiteljske medicine. Više od 90% ispitanika smatra kako i oni i liječnik imaju jednako aktivnu ulogu i znaju svoje zadatke.

Tablica 11. Uloga u timu opće/obiteljske medicine

10. O svojoj ulozi u timu slijedeće:obiteljske/opće medicine mislim			
		n (%)	p*
	a) Prilično pasivna, izvršavam samo što mi se kaže, ali mi takvo stanje i odgovara	0 (0%)	< 0,001
	b) Prilično pasivna, volio bih veću samostalnost i inicijativu u radu tima	3 (4,92%)	
	c) I ja i moj liječnik imamo jednako aktivnu ulogu i znamo dobro što su čiji zadaci	56 (91,8%)	
	d) I ja i moj liječnik imamo aktivnu ulogu u timu, ali često ne znamo što su čiji zadaci pa između nas nastaju nesuglasice	1 (1,64%)	
	e) Mislim da ja imam vodeću ulogu u timu	1 (1,64%)	

*χ2 test

Tablica 12. Pacijenti i rad medicinske sestre/tehničara prikazuje da 50,82% ispitanika smatra da pacijenti dovoljno cijene trud i rad medicinske sestre/tehničara potreban za zadovoljavanje njihovih potreba, ali smatraju i da bi ih mogli više cijeniti.

Tablica 12. Pacijenti i rad medicinske sestre/tehničara

11. Pacijenti cijene trud i rad medicinske sestre/tehničara potreban za zadovoljavanje njihovih potreba			
		n (%)	p*
	a) Vrlo cijene	20 (32,79%)	< 0,001
	b) Dovoljno, ali bi mogli i više	31 (50,82%)	
	c) Nedovoljno i to mi smeta	7 (11,48%)	
	d) Nedovoljno, ali mi to ne smeta	3 (4,92%)	
	e) Nisam o tome razmišljao/la	0 (0%)	

*$\chi 2$ test

Tablica 13. Promicanje zdravlja i zdravstveno prosvjećivanje prikazuje da ispitanici gotovo svakodnevno obavljaju zadatke u svrhu promicanja zdravlja i zdravstvenog prosvjećivanja stanovništva (65,57%).

Tablica 13. Promicanje zdravlja i zdravstveno prosvjećivanje

12. Moje sudjelovanje u promicanju zdravlja i zdravstvenom prosvjećivanju stanovništva se može opisati kao			
		n (%)	p*
	a) Gotovo svakodnevno obavljam takve aktivnosti, ali samo u okviru svoga rada u ambulanti	40 (65,57%)	< 0,001
	b) Dosta obavljam takve aktivnosti i to i kroz rad ambulante, a imam i dodatne aktivnosti u lokalnoj zajednici, ili u udrugama	5 (8,2%)	
	c) Ponekad obavljam takve aktivnosti u okviru svoga rada u ambulanti, ali ne baš često	13 (21,31%)	
	d) Ne obavljam takve aktivnosti, imam za to dovoljno znanja, ali to od mene nitko ne traži	3 (4,92%)	
	e) Ne obavljam takve aktivnosti, želio/ljela bih, ali nemam dovoljno znanja o tome	0 (0%)	

*$\chi 2$ test

Tablica 14. prikazuje oblike trajnog usavršavanja. Gotovo 50% ispitanika smatra kako ima dovoljno kongresa, seminara i tečajeva, kao oblika trajnog usavršavanja.

Tablica 14. Oblici trajnog usavršavanja

13. O kongresima, seminarima i tečajevima, kao oblicima trajnog usavršavanja znanja, mislim slijedeće:			
		n (%)	p*
	a) Ima dovoljno takvih oblika usavršavanja za moju profesiju (sestre/tehničara u općoj/obiteljskoj medicini) i dostupni su mi kada to smatram korisnim za svoj rad	28 (45,9%)	< 0,001
	b) Ima dovoljno takvih oblika usavršavanja, ali su dostupni su samo rijetkima iz moje struke, ne i meni	11 (18,03%)	
	c) Ima dovoljno takvih oblika usavršavanja za moju struku, ali mi nisu dostupni	10 (16,39%)	
	d) Nema dovoljno takvih oblika usavršavanja za moju struku	11 (18,03%)	
	e) Ne smatram takve oblike edukacije potrebnim, ima i drugih načina trajne edukacije	1 (1,64%)	

*χ2 test

Tablica 15. prikazuje ulogu informacijske tehnologije. Gotovo podjednak broj ispitanika smatra kako ulogu informacijske tehnologije u zdravstvenom prosvjećivanju koristi dovoljno (49,18%), kao i oni koji misle da bi uloga mogla biti bolja (42,62%).

Tablica 15. Uloga informacijske tehnologije

14. Ulogu informacijske tehnologije u zdravstvenom prosvjećivanju, komunikaciji s pacijentima, kao i drugim oblicima provođenja zdravstvene skrbi, vidim kao:			
		n (%)	p*
	a) Sadašnju iskoristivost smatram dovoljnom	30 (49,18%)	< 0,001
	b) Nedovoljno koristimo te mogućnosti, ta uloga bi mogla biti mnogo veća kada bi imali dodatne gotove programe i sadržaje	26 (42,62%)	
	c) Nedovoljno koristimo te mogućnosti, ja imam ideje kako bi se one mogle povećati	2 (3,28%)	
	d) Nema značajnu ulogu u mom radu	3 (4,92%)	
	e) Opterećuje i otežava moj rad	0 (0%)	

*χ2 test

Tablica 16. Zadovoljstvo profesionalnom ulogom kao člana tima prikazuje da je tri četvrtine ispitanika zadovoljno sa svojom profesionalnom ulogom kao člana tima obiteljske medicine.

Tablica 16. Zadovoljstvo profesionalnom ulogom kao člana tima

15. Jeste li zadovoljni svojom profesionalnom ulogom kao člana tima obiteljskog liječnika:		
	n (%)	p*
a) Da, to je bilo ono što sam i želio/ljela	44 (72,13%)	< 0,001
b) Nisam to baš željela, ali sam sada zadovoljan/na	7 (11,48%)	
c) Nisam zadovoljan//na, ali ima načina da se to poboljša	8 (13,11%)	
d) Nisam zadovoljan//na, pokušat ću pronaći nešto drugo	0 (0%)	
e) Svejedno mi koju vrstu posla radim, bitno je da sam zaposlen/a	2 (3,28%)	

*$\chi 2$ test

Značajnost razlika je ispitana Fisherovim egzaktnim testom. Test je korišten radi utvrđivanja značajne razlike između dviju skupina nezavisnih kategoričkih podataka. Korišten je zbog malog uzorka (N=61). Utvrđivana je razlika odgovora na sva pitanja s obzirom na dob ispitanika te niti u jednoj stavci nije bilo statistički značajnih razlika ($p > 0,05$).

5. RASPRAVA

U istraživanju je ispitan profesionalni rad medicinske sestre/tehničara u timu opće/obiteljske medicine. Istraživanje je provedeno pomoću samostalno konstruiranog upitnika. Anketni upitnik je omogućio prikupljanje općih i demografskih podataka od strane ispitanika. Također u upitniku su bila navedena pitanja i tvrdnje koje se odnose na svakodnevni rad medicinskih sestara/tehničara u ambulantama opće/obiteljske medicine.

U istraživanju je obuhvaćeno 61 ispitanika, pri čemu su prevladavale žene, a bilo je samo 6 muškaraca. Tradicionalno su u zanimanje medicinske sestre zapošljavane žene, a u današnje vrijeme se to po malo mijenja. Većina ispitanika je u dobi od 26-55 godina što znači da su iskustveno i radno u optimalnoj radnoj kondiciji. Svi ispitanici su zaposleni u ordinacijama opće/obiteljske medicine. Preko 3/4 ispitanika (75,41%) radi u ordinacijama koje imaju velik dnevni protok pacijenta, od 61 do preko 75 pacijenata. Zbog velikog broja pacijenta članovi tima ne mogu se kvalitetno posvetiti svakom pacijentu.

Ispitanici su najviše iskazali problematiku zastupljenosti administrativnih poslova u odnosu na medicinske intervencije. Samo 3,28% ispitanika je odgovorilo da manje od pola radnog vremena koristi za administrativne poslove, dok velika većina ispitanika pola ili više radnog vremena koristi za te poslove, a oko 1/2 njih na takve aktivnosti koristi većinu svog radnog vremena (Tablica 2.). Usporedimo li naše rezultate s drugim istraživanjima, ovaj problem je zastupljen u velikom broju ordinacija opće/obiteljske medicine.

Naime, u većini zdravstvenih sustava u svijetu izražena je preopterećenost tima opće medicine zdravstvenom administracijom. To je utvrđeno i istraživanjima provedenim u Hrvatskoj. Analizom strukture rada liječnika opće/obiteljske medicine i medicinskih sestara/tehničara u šest ordinacija (tri u Zagrebu, tri u Varaždinu) 2012. godine utvrđeno je sljedeće: medicinske sestre/tehničari su 84,9% radnoga vremena obavljali administrativne, a 15,1% medicinske poslove. Liječnici obiteljske medicine i posebice medicinske sestre/tehničari znatan dio svoga radnog vremena troše na obavljanje administrativnog posla. Nužne su temeljne promjene kao što su smanjenje administrativnog bremena, uz povećanje udjela medicinskih poslova (17).

Isto to prikazano je i u istraživanjima iz drugih zemalja. U studiji iz SAD-a iz 2000. godine pokazalo se kako 61% radnoga vremena članovi tima opće medicine potroše na medicinske, a 39% na administrativne poslove. Nešto drugačiji podaci su dobiveni u studiji iz

2003, gdje su 54,9% dnevnog radnog vremena medicinske sestre/tehničari trošile na direktan kontakt s pacijentima (engl."face-to-face patient care"), 14,5% rada na ostale poslove ("papirnati" posao, pisanje recepata, konzultacije s drugim liječnicima, revizija posla, dogovaranje konzultacija), a 22,9% na poslove vezane uz narudžbe pacijenata bez dolaska u ordinaciju. No, i kod takve podjele radnog vremena, autori su iskazali nezadovoljstvo zastupljenošću medicinskih poslova u strukturi radnog vremena sestara. Moguće rješenje administriranjem preplavljenog sustava jest smanjenje administrativnoga i povećanje medicinskoga segmenta rada tima opće/obiteljske medicine. Takva bi podjela omogućila vraćanje dijela posla medicinskim sestrama/tehničarima u skladu s njezinom edukacijom i profesionalnim standardima, čime bi bili više okrenuti bolesniku a manje pukoj administraciji. U SAD-u je izračunato da za skrb o deset najčešćih kroničnih bolesti tim opće/obiteljske medicine treba prosječno 3,5 sata na dan, uz uvjet da je bolest dobro kontrolirana i u stabilnoj fazi, a u slučaju nekontrolirane bolesti, broj se sati za njihovu skrb povećava na 10,6 na dan (17).

Modernizacijom i uvođenjem IT sustava u našoj zemlji se mislilo da će se osloboditi radno vrijeme timova obiteljske medicine administrativnim poslom. Međutim, zbog velike dnevne opterećenosti pacijentima to ni uz sustavno uvođenje IT sustava u ordinacije nije moguće (18). Ordinacije opće/obiteljske prakse su postale administrativni centri što je na kraju rezultiralo neriješenim zdravstvenim potrebama pacijenata. Svakodnevni administrativni poslovi koje tim opće/obiteljske medicine mora provoditi smanjuju vrijeme za direktan rad s pacijentom (19). Tijekom radnog vremena, ordinaciju posjeti velik broj pacijenata kojima se zbog nedostatka vremena nije moguće u potpunosti posvetiti. U današnje vrijeme sve su učestalije konzultacije i savjeti telefonom (20).

Medicinske sestre/tehničari koji su sudjelovali u istraživanju podjednako se informiraju o zakonskim pravima pacijenata putem internetskih stranica, na stručnim sastancima ili ih liječnik podučava, a samo mali broj njih se slabo informira o pravima pacijenata (Tablica 3.). Pravo pacijenta na obaviještenost jedno je od temeljnih pacijentovih prava te je zbog toga važno da medicinske sestre/tehničari poznaju njihova prava. Pacijent nije samo objekt liječenja, nego je istovremeno i partner u komunikaciji zdravstveni djelatnik – pacijent (21). Proučavanje ljudskih prava pridonosi sigurnosti pacijenta. Stoga je nužno podići razinu znanja zdravstvenih profesionalaca. Obrazovanje medicinskih sestara u sklopu akademske zajednice poboljšat će i ishode učenja o ljudskim pravima, te će se poboljšati zaštita prava pacijenata, smanjenje incidencija kršenja prava pacijenta i povećanje stupnja sigurnosti pacijenata.

Rezultati istraživanja koje je provela Europska federacija sestrinskih udruga o postojanju znanstvenih programa kao i o provedbenim nastavnim programima o znanosti, sigurnosti i pravima pacijenata, pokazuju da navedeni programi, u odgovarajućem nastavnom i znanstvenom obliku, ne postoje. Nužno je u nastavne planove zdravstvene njege uvrstiti sadržaje ili programe o pravima pacijenata (22).

Ovim istraživanjem utvrđeno je da velik dio aktivnosti sestara u svakodnevnom radu čini komunikacija. Uspješna komunikacija ima značajnu ulogu u profesionalnom radu tima opće/obiteljske medicine. Komunikacija u timu i s bolesnikom je osnovno sredstvo za uspostavu suradnje (23). U istraživanju je ispitana komunikacija u timu opće/obiteljske medicine i komunikacija s pacijentima. Vještina komunikacije važan je čimbenik za uspješnost u provođenju svakodnevnih radnih zadataka medicinske sestre. Za uporabu visokog stupnja komunikacije potrebno je ovladati metodama komunikacije, ali istodobno uporabiti i iskustvo u komunikaciji. Osnovni preduvjet za kvalitetnu komunikaciju među članovima zdravstvenog tima je postojanje dvosmjerne komunikacije u kojoj članovi tima šalju i primaju poruke te dobivaju pozitivne ili negativne povratne informacije (24).

Značajan broj ispitanika (42,62%) navodi neobavezan razgovor s pacijentom kao najčešće provedenu vještinu (Tablica 4.). Neobavezan razgovor s pacijentima članovima tima omogućava prikupljanje mnogo vrijednih podataka o pacijentu. Većina pacijenata se više otvara i iznosi svoje probleme medicinskim sestrama nego liječnicima te očekuju od njih da im se pruži informacija o njihovom stanju i o opcijama liječenja i žele da se vodi računa o njihovim preferencijama (25). Oko 3/4 ispitanika smatra da je komunikacija s liječnikom u timu vrlo kvalitetna i na visokoj profesionalnoj razini (Tablica 10.). Više od polovine ispitanika dobro poznaje teorijske osnove komunikacije, a samo mali dio (1,64%) ispitanika ne zna gotovo ništa te bi voljeli o tome više naučiti (Tablica 8.). Osnova praktičnog rada tima opće/obiteljske medicine međusoban je odnos članova tima i pacijenta, a on se mora temeljiti na određenim postulatima (26). Kod nas ne postoje organizirani i sustavni tečajevi komunikacije, niti provjera takvog teorijskog znanja i umijeća. Timovi tu vještinu važnu za rad u općoj medicini stječu isključivo vlastitim iskustvom.

U zapadnom svijetu komunikacijske vještine u medicini uče se tijekom cijelog studija i kasnije tijekom trajnog usavršavanja, i to najčešće kroz učenje u malim grupama i igranjem uloga, intervjuima sa stvarnim bolesnikom ili intervjuima sa simuliranim bolesnicima (laicima ili glumcima). U procesu intenzivnog razvoja istraživanja, edukacije i primjene

komunikacijskih vještina u medicini osnovane su velike međunarodne i nacionalne organizacije koje se bave komunikacijom u zdravstvu. Zadovoljstvo je istaknuti da su tri predstavnika iz Hrvatske uključena u rad europske skupine za edukaciju o komunikacijskim vještinama. To će pomoći razvoju kvalitetnih programa edukacije o komunikacijskim vještinama te u stalnom usavršavanju liječnika i drugih zdravstvenih profesionalaca u našoj zemlji (27).

Prema dobivenim rezultatima vidljivo je da u 52,46% slučajeva i liječnik i medicinska sestra/tehničar podjednako sudjeluju u formiranju dokumenata i evaluaciji rada tima obiteljske medicine (Tablica 5.). Ovaj podatak pokazuje da je u timu prisutna odgovarajuća raspodjela poslova i zadataka između članova. Rezultat toga je veliko zadovoljstvo ispitanika (72,13%) svojom profesionalnom ulogom kao člana tima obiteljskog liječnika (Tablica 16.). To je prvi podatak o raspodjeli formalnih zadataka članova tima obiteljske medicine te se dobiveni rezultati ne mogu usporediti sa drugim istraživanjima.

Utvrđeno je da 52,46% ispitanika najviše stječe stručnost za obavljanje zadataka u praktičnom radu i komunikaciji s pacijentima, dok 26,23% ispitanika najviše uči kroz komunikaciju sa svojim liječnikom (Tablica 6.). Ponovno se vidi značaj komunikacije koja potpomaže uspješno obavljanje zadataka. Medicinske sestre/tehničari moraju imati stručnost za obavljanje zadataka koja se odnosi na vještine, znanje, sposobnosti i djelovanje. Ovo je vrlo važna dimenzija i predstavlja stupanj u kojem su pružatelji skrbi osposobljeni za dijagnozu, liječenje i komunikaciju s pacijentima. Navedene kompetencije potrebno je usavršavati kroz svakodnevni rad s liječnikom i pacijentom te dodatnom edukacijom. Pri obavljanju zadataka medicinska sestra/tehničar mora biti učinkovit/a jer je to stupanj u kojem se ostvaruju željeni ciljevi dok se efikasnost odnosi na pružanje optimalne njege pacijentima i zajednici, te stvaranje najveće dobrobiti iz dostupnih resursa (28). Međutim, vidljivo je da nema organiziranih oblika edukacije za medicinske sestre/tehničare što je nedostatak o kojem bi valjalo razmišljati u osmišljavanju programa trajne edukacije sestara.

Dobiveni rezultati pokazuju da 70,49% ispitanika smatra da je njihov stupanj kvalificiranosti dovoljan za obavljanje zadataka i metoda rada u PZZ i općoj/obiteljskoj medicini (Tablica 7.). Međutim, taj rezultat je ponešto u suprotnosti s odgovorom na pitanje o dostupnosti kongresa, seminara i tečaja, kao oblika usavršavanja znanja koji su dostupni medicinskim sestrama/tehničarima, jer je 45,9% ispitanika potvrdilo da su im takvi oblici dostupni (Tablica 14.). Takvi oblici usavršavanja nisu svima podjednako dostupni, ali mnogi

ispitanici i ne pokazuju želju za dodatnim oblicima edukacije – jer su u principu zadovoljni svojim stupnjem znanja i osposobljenosti. Moguće je da medicinske sestre/tehničari iskrivljuju svoje procjene kako bi se uklopile u njihovu preferiranu vlastitu sliku sebe ili da se više dosjećaju onih ponašanja koji su konzistentni s njihovim samopoštovanjem (29). Godine radnog iskustva imaju određeni učinak na samoprocjenu stupnja kvalificiranosti. Smatra se da osobe s više iskustva posjeduju veći opseg znanja i stručnosti te su zbog toga zadovoljni svojim stupnjem kvalificiranosti (30).

Tu se nameće ponovo razmišljanje o potrebi uvođenja sustavnih pristupa edukaciji sestara/tehničara u PZZ, kroz veću i osmišljenu ponudu stručnih materijala i tečajeva. Dostupnost tečajeva, skupova i sličnih oblika dodatnog usavršavanja u obiteljskoj medicini nije značajna, dok je u drugim granama medicine značajna. Postavlja se pitanje ravnopravnosti medicinskih sestara/tehničara zaposlenih u općoj/obiteljskoj medicini i drugim granama.

Daljnji razvoj dodatnog usavršavanja biti će potaknut dobrovoljnim udruživanjem medicinskih sestara/tehničara u specifične udruge. Udruge su namijenjene međusobnoj razmjeni znanja i vještina potrebnih pri svakodnevnom radu u obiteljskoj medicini. Drugim riječima, osnivanjem udruga i raznih samoinicijativnih sastanaka želi se potaknuti i sustav na provođenje potrebnih mjera kako bi takvi oblici usavršavanja bili jednako dostupni i medicinskim sestrama/tehničarima u općoj/obiteljskoj medicini (31). Kvaliteta usvojenih kompetencija u smislu obuke, iskustva i obrazovanja medicinskih sestara/tehničara može se utvrditi tako da se usporedi tretman za pacijenta s određenim zdravstvenim problemom s tretmanom koji se inače provodi za isti zdravstveni problem te tako također dati jednu dimenziju ukupne kvalitete. Za mjeru ishoda, može se uzeti razina zadovoljstva pacijenata sa pruženom skrbi (32). Ako su utvrđeni podatci usklađeni sa željenim standardima, onda se kvalificiranost medicinskih sestara/tehničara smatra usklađenom i kvalitetnom.

Stupnjevi kvalificiranosti odnosno učinkovitosti medicinskih sestara/tehničara dolaze iz raznih izvora, od strane supervizora, kolega, nezavisnih vanjskih procjenjivača ili od njih samih. Brojne su dobrobiti koje proizlaze iz korištenja samoprocjena: učenje iz iskustva, dodatno usavršavanje itd. U razvijenim zemljama samoprocjena je sposobnost zdravstvenog radnika da realno procijeni dobre i loše strane svoje izvedbe u svrhu identificiranja potrebe za učenjem, provede reviziju svoje izvedbe te potakne nove vještine ili ponašanja u cilju poboljšanja vlastite učinkovitosti (33). Uključenje u vlastiti razvoj putem samoprocjena utječe

na poboljšanje kvalitete posla te ih potiče na učenje. Međutim, postoje brojna ograničenja u dodatnom usavršavanju, kao što je nejednaka dostupnost dodatne edukacije. Većina literature, seminara, tečajeva i drugih oblika dodatne edukacije se fokusira na druge grane medicine. Pitanje je koliko su ovi standardi dobri. Jedan od razloga za malu dostupnost je taj što se procjenjivači obično precjenjuju te se smatraju dobro kvalificiranim (33).

Više od polovine ispitanika smatra da dobro poznaje specifičnosti zdravstvene skrbi dobne skupine koja je najviše zastupljena u njihovoj ambulanti (Tablica 9.), a prema dobivenim rezultatima to se odnosi na osobe starije životne dobi. Tu se postavlja pitanje poznavanja specifičnosti zdravstvene skrbi drugih dobnih skupina kao što su djeca, mladi i odrasle osobe. Prema drugim istraživanjima utvrđeno je da zdravstveni djelatnici koji su u kontaktu većinu radnog vremena sa određenom dobnom skupinom, pri čemu se misli na osobe starije životne dobi, dolazi do gubitka postojećeg znanja o specifičnostima skrbi drugih dobnih skupina. Osobe starije životne dobi su većim dijelom kronični bolesnici dugi niz godina te su medicinske sestre/tehničari upućeni u njihove specifične potrebe. Usprkos velikoj zastupljenosti te određene dobne skupine u ordinacijama opće/obiteljske medicine potrebno je nadograditi postojeće znanje drugim. Preporuča se proširenje znanja o prevenciji i borbi protiv raznih oblika ovisnosti, specifičnostima skrbi djece predškolske i školske dobi, specifičnosti skrbi osoba s invaliditetom i osoba s posebnim potrebama, zdravstvenoj, savjetodavnoj i psihološkoj pomoći djeci, bolesnicima i njihovim obiteljima u slučaju malignog oboljenja (34).

Dobiveni rezultati pokazuju da 91,8% ispitanika smatra da oni i liječnik imaju jednako aktivnu ulogu u timu opće/obiteljske medicine (Tablica 11.). Vidljiva je ravnopravnost uloga članova tima što je ujedno i rezultat dobre suradnje. Timski rad u medicini postaje posljednjih desetljeća nezaobilazni čimbenik u organizaciji kvalitetnog profesionalnog djelovanja. Dobro organiziran i učinkovit tim podiže kvalitetu profesionalnog djelovanja što dovodi do većeg zadovoljstva bolesnika i njihovih obitelji, a istovremeno i snižava razinu stresa kod zdravstvenih djelatnika. U općoj/obiteljskoj medicini je timski rad, u okviru određenih struka i aktivnosti, dugotrajno prisutan. Uza sve poteškoće pri organizaciji i provođenju timskog rada važno je navesti i prednosti timskog rada kao motivacijski čimbenik za pokretanje organizacije tima a to su: veća učinkovitost i kvaliteta, jednostavnija je razmjena i prenošenje znanja i iskustava**,** brži dolazak do cilja itd. Niti jedan zdravstveni djelatnik, u prvom redu liječnik, ne može više sam, u okviru svih svojih profesionalnih znanja i kompetentnosti zadovoljiti sve potrebe struke, odnosno bolesnika (35). Najvažnija dimenzija, posebice za

pacijente je timski rad medicinske sestre/tehničara i liječnika. Dobar timski rad uspostavlja povjerenje i kredibilitet kroz pokazivanje poštovanja, povjerljivosti, ljubaznosti i empatije (27). Većina ispitanika je zadovoljna svojom profesionalnom ulogom u timu (Tablica 16.). Važne komponente timskog rada su komunikacija i efikasno slušanje. Neadekvatni timski rad može smanjiti učinkovitost medicinski stručne zdravstvene usluge. Vrlo je važno odgovorno ponašanje zdravstvenog osoblja, odnosno da su zaposlenici spremni i voljni pružiti uslugu, kao i smjestiti pacijenta u središte zdravstvenog sustava. Kvalitetan rad predstavlja i međusobne odnose između medicinskih djelatnika jer bez komunikacije i timskog rada pružanje zdravstvene zaštite ne bi bilo moguće (32).

Na tvrdnju da pacijenti cijene trud i rad medicinske sestre/tehničara potreban za zadovoljavanje njihovih potreba, najviše ispitanika (50,82%) je odgovorilo da cijene dovoljno, ali bi mogli i više, te 32,79% da vrlo cijene (Tablica 12.). Može se zaključiti da su pacijenti zadovoljni pruženom skrbi i intervencijama unatoč velikom broju pacijenata što potvrđuje da članovi tima kvalitetno provode sve postupke. Zadovoljstvo pacijenata radom medicinskih sestara/tehničara je dio evaluacijskog postupka za ocjenu kvalitete rada tima opće medicine.

Zadovoljstvo pacijenta predstavlja vrlo promjenjivu vrijednost. U poboljšanju kvalitete zdravstvene zaštite kriterij je onaj u kojoj mjeri zdravstvo uspije u ispunjavanju potreba pacijenata. Na kraju dana pacijent je taj koji određuje je li pružena skrb pomogla u poboljšaju njegovog zdravstvenog statusa ili kvalitete života. Ne samo da su važni ishodi skrbi u pogledu zdravstvenih dobitaka ili ispunjavanja potreba, nego i načini na koje je skrb osigurana: dostupnost skrbi, organizacija službe, ali i njihova edukacija i komunikacija s pacijentom. Većina pacijenata je sposobna pružiti mišljenja i ocjene skrbi i liječenja primljenih od strane liječnika i osoblja. Važnost povratne informacije od strane pacijenata može pomoći praksi u odabiru aspekata skrbi kojima su potrebna poboljšanja. Međutim, zadovoljstvo se ne može promatrati kao jedini značajni ishod zdravstvene zaštite, jer ponekad bolesnici mogu imati nerealne zahtjeve (22).

Pacijenti imaju tendenciju evaluiranja kvalitete pružene skrbi ovisno o tome kako ona udovoljava njihovim specifičnim potrebama. Većina pacijenata definira kvalitetu kao trud liječnika i medicinske sestre/tehničara da učini sve moguće za svog pacijenta. Često se fokusiraju na učinkovitost, dostupnost, interpersonalne odnose, kontinuitet i sadržaje kao najvažnije dimenzije kvalitete (27). Međutim, važno je znati da pacijenti ne razumiju uvijek u

potpunosti potrebe zdravstvenog sustava i ne mogu adekvatno procijeniti medicinsku stručnost. Zdravstveni djelatnici definiraju kvalitetu u terminima karakteristika i rezultata skrbi (27). U Hrvatskoj su provedena i dva istraživanja koja su ispitivala kvalitetu primarne zdravstvene zaštite koristeći procjene pacijenata. Istraživanje provedeno na 100 ordinacija opće/obiteljske medicine na području Istarske, Primorsko-goranske, Međimurske, Osječko-baranjske i Vukovarsko-srijemske županije pokazalo je da je većina pacijenata zadovoljna s uslugama koje dobivaju u ordinaciji obiteljskog liječnika (36). Činjenica je da se u ordinacijama previše čeka, vjerojatno zbog prevelikog broja pacijenata po ordinaciji, neuvedenoga sustava naručivanja pacijenata, velikog broja ponovnih pregleda uvjetovanih dugim obradama i kompliciranim administrativnim postupcima. Sve se te manjkavosti danas nastoje riješiti uvođenjem IT sustava koji olakšava i sustav naručivanja pacijenata.

U istraživanju koje su proveli Campbell, Ramsay i Green (2001.) osam tisuća pacijenata u Ujedinjenom Kraljevstvu je procjenjivalo kvalitetu skrbi na trinaest dimenzija. Razlike u procjenama pokazale su značajnima s obzirom na dob. Stariji pacijenti daju više procjene od mlađih pacijenata u svim ispitivanim domenama. Naime, drugačiji zdravstveni status, prije svega postojanje kroničnih oboljenja, ali i učestali posjeti liječniku kod starijih pacijenata mogu značiti da ova skupina pacijenata ima veće kontakte s primarnom zdravstvenom zaštitom te postoji veća šansa da usluga na njih djeluje pozitivno (29). Medicinske sestre/tehničari nisu u mogućnosti samostalno procijeniti zadovoljstvo pacijenata pruženom skrbi, odnosno cijene li pacijenti trud i rad zdravstvenih djelatnika te je potrebno ispitati pacijente.

Pacijentova očekivanja i zadovoljstvo razlikuje se od mišljenja zdravstvenih djelatnika. Zdravstveni djelatnici možda smatraju da pacijenti ne cijene dovoljno njihov uloženi trud i rad što zaključuju na temelju različitih subjektivnih, objektivnih, emocionalnih i racionalnih stavova i interakcija pojedinaca što ne treba biti točno. Zadovoljstvo pacijenata je od posebne važnosti u području obiteljske medicine te ga se procjenjuje samo uz pomoć pacijenta, a ne na temelju mišljenja i stavova zdravstvenih djelatnika. Međutim, prije svega potrebno je pronaći mjerljive pokazatelje koji pokrivaju širok raspon dimenzija važnih za korisnike skrbi, a koji su primjenjivi u svakodnevnoj praksi. Pretpostavlja se da je evaluacija kognitivna reakcija, za razliku od zadovoljstva, za koje se pretpostavlja da je emocionalna reakcija na specifičnu situaciju (37). Kada se govori o kvaliteti skrbi obično se oslanja na rezultate i ishode kao dokaz kvalitete, ali kvaliteta ima i drugu dimenziju, a to je usluga. Zapravo većina pacijenata

nije ni kvalificirana da procjenjuje stručnost rada liječnika i medicinskih sestara/tehničara već procjenjuju po nekakvoj osobnoj vrijednosti.

Gotovo svakodnevno 65,57% ispitanika obavlja aktivnosti u svrhu promicanja zdravlja i zdravstvenog prosvjećivanja stanovništva (Tablica 13.). Tako visoki postotak vjerojatno znači da sestre/tehničari u timu, tijekom komunikacije s pojedinim pacijentom, istovremeno im daju i kratke upute ili objašnjenja u svrhu zdravstvenog prosvjećivanja. No, odgovor na ovo pitanje ne otkriva je li oni provode i organiziranije oblike zdravstvenog prosvjećivanja pacijenata, kao što su klubovi, rad u malim skupinama, predavanja i dr. U narednim istraživanjima trebalo bi istražiti koji su sadržaji i metode korištene u tim aktivnostima usmjerenim na promicanje zdravlja i smatraju li sestre/tehničari da im je u tome potrebna dodatna stručna pomoć. Prevencija i zdravstveno prosvjećivanje ubrajaju se u najvažnije zadatke svih zdravstvenih djelatnika. Važan je individualan rad liječnika i medicinske sestre/tehničara s pacijentima, te zdravstveni odgoj i prosvjećivanje poticanjem usvajanja i potpomaganjem zdravijeg načina života pomoću raznih pomagala kao što su plakati ili letci. Svi navedeni oblici zdravstvenog odgoja i prosvjećivanja moraju biti pruženi svim pacijentima u ordinacijama obiteljske medicine s ciljem unaprjeđenja zdravlja stanovništva i smanjenja proširenosti određenih rizičnih čimbenika (38).

U svrhu promocije zdravlja i zdravstvenog prosvjećivanja zdravstveni djelatnici opće/obiteljske medicine trebaju dati što više informacija o oboljenju, preciznije upute o ponašanju kao i ograničenjima povezanim s bolešću uz to više uključujući pacijenta u donošenje odluka vezanih za njegovo zdravlje, što je nažalost ograničeno zbog velikog broja pacijenata (39). Primjeri promicanja zdravlja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uključuju edukaciju i savjetovanje putem programa koji potiču na fizičku aktivnost, poboljšanje prehrane, smanjenje uporabe cigareta, alkohola i droga. Prevencija bolesti je pak fokusirana na preventivne strategije koje smanjuju rizik od bolesti, identificiraju faktore rizika, odnosno teže otkrivanju bolesti u ranim fazama (40). S obzirom na svoj položaj u zdravstvenom sustavu, trajni kontakt sa populacijom te utjecaj na lokalnu zajednicu u kojoj djeluje, tim opće/obiteljske medicine ima važnu ulogu u prevenciji. Upravo integracija preventivnih aktivnosti u svakodnevni rad liječnika, odnosno u svaku konzultaciju s pacijentom, ima najvažniju ulogu u postizanju dobrih rezultata. Obiteljska medicina je prije svega usmjerena na primarnu i sekundarnu prevenciju, ali također ima važnu ulogu i u tercijarnoj prevenciji, koju provodi kontinuiranim pristupom i dugotrajnim vođenjem bolesnika.

Opseg tima opće/obiteljske medicine obuhvaća promicanje zdravih životnih navika radi očuvanja dobroga zdravlja populacije, prevenciju, kao i pravovremeno otkrivanje bolesti u njihovim ranim fazama, ali i palijativnu skrb. Napretkom tehnologije i komunikacija te lakšom dostupnošću medicinskih informacija povećala su se i očekivanja pacijenata. Izvorna priroda rada tima opće medicine temeljena na pružanju kontinuirane skrbi pojedincu kao cjelovitoj osobi u njegovom okruženju nije se promijenila, no struktura i opseg rada svakako jesu. Rezultate dobivene ovim istraživanjem kao i zaključke utemeljene na njima treba suzdržano prihvatiti zbog toga što su dobiveni na malom uzorku. Buduća istraživanja profesionalnog rada medicinske sestre/tehničara u općoj/obiteljskoj medicini bi trebala koristiti instrumente koji će adekvatno zahvatiti sve dimenzije koje medicinske sestre/tehničari smatraju relevantnima kako bi se dobila kompletnija slika.

6. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- Problem opterećenosti medicinskih sestara/tehničara administracijom nije u potpunosti riješen uvođenjem IT sustava zbog velikog broja pacijenata.
- Način stjecanja stručnog znanja je najviše kroz praktično iskustvo rada s pacijentima i kroz svakodnevnu komunikaciju s liječnikom u timu.
- Medicinske sestre/tehničari su dovoljno kvalificirani za obavljanje zadataka, ali im je potrebno osigurati dodatnu edukaciju i usavršavanje, po njihovom mišljenju, najboljem putem interno organiziranih tečajeva trajne edukacije.
- Promicanje zdravlja i zdravstveno prosvjećivanje je sastavni dio svakodnevnog rada u obiteljskoj medicini, dok dodatne, posebno organizirane edukativne aktivnosti sestre / tehničari u obiteljskoj medicini rijetko provode.
- Medicinske sestre/tehničari dobro poznaju specifičnosti skrbi pacijenata u njihovoj ambulanti, ali izražavaju potrebu za proširenjem znanja i o drugim skupinama pacijenata, s kojima se ne susreću u svakodnevnom radu, a koji imaju drugačije specifičnosti skrbi.
- Uglavnom su zadovoljni svojom profesionalnom ulogu i to i u odnosu s pacijentima i sa svojim obiteljskim liječnikom.

U skladu s rezultatima ovog istraživanja može se preporučiti plansko organiziranje stručnih tečajeva i drugih oblika usavršavanja s ciljem stjecanja dodatnog znanja, kao i ulaganje daljnjih napora da se riješe postojeći problem preopterećenosti administrativnim poslovima medicinskih sestara/tehničara u općoj/obiteljskoj medicini.

7. SAŽETAK

Ciljevi istraživanja: Procijeniti metode rada, način stjecanja novih znanja, radno opterećenje i zadovoljstvo profesionalnim radom sestara/tehničara koji rade u timovima liječnika opće/obiteljske medicine.

Nacrt studije: Presječno istraživanje provedeno u ambulantama opće/obiteljske medicine na području Osječko-baranjske i Brodsko-posavske županije.

Ispitanici i metode: Ispitanici su bili medicinske sestre/tehničari u općoj/obiteljskoj medicini, njih ukupno 61 (6 M), u dobi od 22-63 godina (medijan 40). Podaci su prikupljeni pomoću samostalno konstruiranog upitnika koji se sastojao od 15 pitanja zatvorenog tipa.

Rezultati: Oko 1/2 ispitanika je iskazala veliku zastupljenost administrativnog posla. Značajan broj ispitanika (42,62%) navodi neobavezan razgovor s pacijentom kao najčešće provedenu vještinu. Čak 70,49% ispitanika smatra da su dovoljno kvalificirani, usprkos nedostatku drugih oblika dodatne edukacije. Utvrđeno je da 91,8% ispitanika smatra da ima ravnopravnu profesionalnu ulogu u timu kao i njihov liječnik.

Zaključak: Prema dobivenim rezultatima neobavezna komunikacija s pacijentima je važna metoda rada. Administracijski posao u odnosu na sestrinske profesionalne vještine oduzima većinu radnog vremena. Potrebno je omogućiti medicinskim sestrama/tehničarima u obiteljskoj medicini dodatne oblike edukacije s ciljem rješavanja postojećih problema.

KLJUČNE RIJEČI: komunikacija; medicinska sestra; metode rada; obiteljska medicina; profesionalna uloga; timski rad

8. SUMMARY

THE NURSE PROFESSION IN A GENERAL/FAMILY MEDICINE SETTING

Objectives: The aim of the study is to assess methods, the way of acquiring new knowledge, workload and work satisfaction of nurses/technicians who work in teams of family physicians.

Study Design: Cross-sectional study conducted in family medicine clinics in the area of Osijek-Baranja and Brod-Posavina County.

Participants and methods:. The participants were nurses/technicians in the family medicine field, a total of 61 (6 M), between the age of 22 and 63 (median 40). Data were collected using self-constructed questionnaire which consisted of 15 closed questions.

Results: Around half of the participants expressed large frequency of administrative tasks. A significant number of participants (42,62%) reported some small talk with the patient as the most common conducted skill. Even 70,49% of participants think that they are sufficiently qualified, despite the absence of other forms of further education. It was found that 91,8% of participants think that they have equal professional role in the team as their doctor.

Conclusion: According to the results, communication with patients, which is optional, is an important method of work. Administration job takes up the most of working hours in relation to the nursing professional skills. It is necessary to enable nurses/technicians in family medicine field additional forms of education in order to resolve the existing problems.

KEY WORDS: communication; family medicine; methods of work; nurse; professional role; teamwork

9. LITERATURA

1. Katić, M., Jureša, V. i Orešković, S. Family medicine in Croatia: past, present, and forthcoming challenges. Croatian Medical Journal. 2011;45(5):543-549.
2. Al-Assaf, A.E. i Sheikh, M. Quality improvement in primary health care – a practical guide. Cairo: World Health Organization Regional Office for Eastern Mediterranean. 2004.
3. Bakar, Ž. Korijeni nezadovoljstva liječnika primarne zdravstvene zaštite. Medicina Familiaris Croatica. 2009;17(1-2):85-92.
4. Katić, M., Rumboldt, M., Materljan, E. i Gmajnić, R. Analiza stanja u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj i nužnost promjena. Medix. 2009;15(80/81):51-56.
5. Katić, M., Materljan, E., Gmajnić, R. i Petrić, D. Izazovi obiteljske medicine u Hrvatskoj. U: Rumbolt, M., Petrić, D. urednici. Zbornik radova XIX. kongresa obiteljske medicine. Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2012. str. 347-356.
6. Petrovečki, M. Informatizacija primarne zdravstvene zaštite. Medix. 2012;10(54/55):76-77.
7. Ivković, S., Cerovečki, V., Ožvačić, Z., Soldo, D., Buljan, N., Petriček, G., i sur. Koncept obiteljske medicine – sigurna budućnost. Medicina Jadertina. 2011;41(1-2):5-13.
8. Tikvić, M. Planiranje i organizacija sestrinske skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U: Šimunec, D. urednik. Informativno glasilo Hrvatske komore medicinskih sestara „Plavi fokus“. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015. str. 9-14.
9. Atkin, K., Lunt, N. Negotiating the role of the practice nurse in general practice. Journal of Advanced Nursing. 1996,24:498-505.
10. Swanwick, T. The training of general practice nurses: opportunities for collaborative working. Education for Primary Care. 2005;16:526–34.
11. Cheraghi-Sohi, S., Hole, A.R., Mead, N., McDonald, R., Whalley,D., Bower, P. i Roland, M. What patients want from primary care consultations: a discrete choice experiment to identify patients' priorities. Annals of Family Medicine. 2008;6:107-115.
12. Wensing, M., Jung, H.P., Mainz, J., Olesen, F. i Grol, R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Social Science and Medicine. 1998;47(10):1573-1588.

13. Grol, R. i Wensing, M. Patients evaluate general/family practice – The EUROPEP instrument. U: Tiljak, H. urednik. Zagreb: Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“; 2000.
14. Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H.P., Ferreira, P., Hearnshaw, H., i sur. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. British Journal of General Practice. 2000;50:882-887.
15. Mummalaneni, V., Gopalakrishna, P. Mediators vs. moderators of patient satisfaction. Journal of Health Care Marketing. 1995;15(4):16-22
16. Bilić-Zulle, L., Petrovečki M. Vrste istraživanja. Rijeka: Katedra za medicinsku informatiku; Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci; 2008.
17. Vrdoljak, D., Bergman, B., Cikać S. Administrativni i medicinski opseg rada tima obiteljske medicine. Med Jad. 2012;42(1-2):5-12
18. Petrovečki, M. Informatizacija primarne zdravstvene zaštite. Medix. 2012;10(54/55): 76-77.
19. Bakar, Ž. Korijeni nezadovoljstva liječnika primarne zdravstvene zaštite. Medicina Familiaris Croatica. 2013;17(1-2):85-92.
20. Labor, M., Jurić, I., Labor, S., Mihić, D., Jurić, I. i Gmajnić, R. Deset-satni radni dan liječnika obiteljske medicine. U: Rumbolt, M. i Petrić, D., urednici. Zbornik radova XIX. kongresa obiteljske medicine. Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2012. str. 347-356.
21. Čizmić, J. Pravo pacijenata na obaviještenost. Zb. Prav. fak. Sveuč. Rij. 2012;29:1-50.
22. Rimac, B., Vičić-Hudorović, V. Utjecaj obrazovanja zdravstvenih djelatnika na sigurnost pacijenata. SG/NJ. 2013;18:44-47.
23. Đorđević, V., Braš, M. Osnovni pojmovi o komunikaciji u medicini. MEDIX. 2011;92:12-14.
24. Krešić, V. Komunikacija u sestrinstvu - međuljudski odnosi zdravstvenih djelatnika. SG/NJ. 2013;18:41-43.
25. Ruiz – Moral, R., Perez Rodriguez, E., Perula de Torres, L.A. i de la Torre, J. Physician–patient communication: A study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. Patient Education and Counseling. 2005;64:242–248.

26. Coulter, A. i Elwyn, G. What do patients want from high-quality general practice and how do we involve them in improvement? British Journal of General Practice. 2012;52:22-26.

27. Piligrimiene, Ž. i Bučiuniene, I. Different perspectives on health care quality: is the consensus possible? Engineering economics. 2008;1(56):104-111.

28. Ožvačić Adžić, Z. i Katić, M. Indikatori kvalitete u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U: Mesarić, J. i Mustajbegović, J., urednici. Zbornik sa simpozija „Indikatori kvalitete u zdravstvenoj zaštiti“. Zagreb: Hrvatsko društvo za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite; 2008. str. 52-54.

29. Campbell, J.L., Ramsay, J. i Green, J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. Quality in Health Care. 2014;10:90-95.

30. Szecsenyi, J., Goetz, K., Campbell, S., Broge, B., Reuschenbach, B., Wensin, M. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? Quality Safety. 2011;20:508-514.

31. Vračar, A. Degradacija primarne zdravstvene zaštite. Med Jad. 2014;42:14-17.

32. Al-Assaf, A.E. i Sheikh, M. Quality improvement in primary health care – a practical guide. Cairo: World Health Organization Regional Office for Eastern Mediterranean; 2004.

33. Bose, S., Oliveras, E. i Edson, W.N. How can self-assessment improve the quality of healthcare? Quality Assurance Project. 2011;2(4):1-24.

34. Katić, M., Jureša, V., Jurković, D. i sur. Proaktivni pristup preventivnom radu u obiteljskoj medicini. Acta Med Croatia. 2010;64:443-452.

35. Grubišić-Ilić, M. Timski rad u medicini. ISSN. 2011;26(2):63-9

36. Mazzi, B. Utjecaj organizacije zdravstva na kvalitetu rada obiteljskog doktora. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora. Dostupno na adresi: http://www.hdod.net/ Datum pristupa: 06.09.2016.

37. Kenagy, J.W., Berwick, D.M. i Shore, M.F. Service quality in health care. The Journal of the American Medical Association. 2015;281(7):661-665.

38. Gomzi, M., Not, T., Pišl, Z., i Rodin U. Socijalna medicina, zdravlje i okoliš. 2. izd. Zagreb; Školska knjiga: 2008.
39. Seifert, B., Svab, I., Madis, T., Kersnik, J., Windak, A., Steflova, A., Byma, S. Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. Fam Pract. 2011;25(2):113-8.
40. Family Health Teams. Guide to Health Promotion and Disease Prevention. Dostupno na adresi: http://www.health.gov.on.ca/ Datum pristupa: 07.09.2016.

10. ŽIVOTOPIS

OPĆI PODACI

Ime i prezime: Maja Crnolatac

Datum i mjesto rođenja: 06. svibanj 1994., Slavonski Brod, Hrvatska

Adresa: Šamačka 10, 35 221 Velika Kopanica

Mobitel: 098 918 5945

E-mail: majacrnolatac@gmail.com

Školovanje:

2013.-2016. Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva, Medicinski fakultet Osijek

2009.-2013. Srednja medicinska škola Slavonski Brod

2001.-2009. Osnovna škola „Ivan Filipović“ Velika Kopanica

11. PRILOZI

Prilog 1.: Obavijest za ispitanike o istraživanju

Prilog 2.: Izjava i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju

Prilog 3.: Anketni upitnik

Prilog 1.: Obavijest za ispitanike o istraživanju

OBAVIJEST ZA ISPITANIKE O ISTRAŽIVANJU

Poštovani,

molim Vas za sudjelovanje u istraživanju čiji je cilj istražiti metode rada, radno opterećenje i zadovoljstvo profesionalnim radom sestara/tehničara koji rade u timovima liječnika opće/obiteljske medicine.

Ovo istraživanje provodi Maja Crnolatac, studentica treće godine preddiplomskog studija sestrinstvo u Osijeku. Kao istraživač, dužna sam Vas upoznati sa svrhom istraživanja stoga Vas molim da pažljivo pročitate obavijest u cijelosti i prije pristanka na sudjelovanje u istraživanju postavite bilo koje pitanje.

SVRHA ISTRAŽIVANJA

Svrha istraživanja je istražiti metode rada, radno opterećenje i zadovoljstvo profesionalnim radom sestara/tehničara

OPIS ISTRAŽIVANJA

Istraživanje će se provesti na medicinskim djelatnicima (sestre/tehničari) opće/obiteljske medicine. U procjeni će se koristiti anketni list koji sadržava podatke o spolu, dobi, radnom statusu, radnom stažu te od 15 pitanja vezanih uz stavove i mišljenja ispitanika o navedenim tvrdnjama.

Zahvaljujem se na Vašem vremenu!

Ukoliko imate dodatna pitanja vezanih uz ovo istraživanje slobodno mi se obratite na sljedeću e-mail adresu: majacrnolatac@gmail.com

Prilog 2.: Izjava i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju

IZJAVA I DOKUMENT O PRISTANKU I SUGLASNOSTI OBAVIJEŠTENOG ISPITANIKA ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Pročitao/la sam obavijest o istraživanju, u svojstvu ispitanika, u svezi sudjelovanja u istraživanju koje provodi Maja Crnolatac.

Dobio/la sam iscrpna objašnjenja, dana mi je mogućnost postavljanja svih pitanja vezanih uz ovo istraživanje. Na pitanje mi je odgovoreno jezikom koji je meni bio razumljiv. Svrha i korist istraživanja su mi objašnjeni.

Razumijem da će podatci o mojoj procjeni bez mojih identifikacijskih podataka biti dostupni voditeljici istraživanja, Etičkom povjerenstvu Medicinskog fakulteta Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku kako bi analizirali, provjeravali ili umnažali podatke koji su važni za procjenu rezultata istraživanja.

Razumijem kako se bilo kada mogu povući iz istraživanja, bez ikakvih posljedica, čak i bez obrazloženja moje odluke o povlačenju.

Također, razumijem kako ću nakon potpisivanja ovog obrasca i ja dobiti jedan primjerak istoga. Potpisom ovog obrasca suglasan/na sam se pridržavati uputa istraživanja.

ISPITANIK (ime i prezime): _____

POTPIS: _____

DATUM: _____

ISTRAŽIVAČ: Maja Crnolatac, studentica treće godine sveučilišnog preddiplomskog studija sestrinstvo u Osijeku

Prilog 3.: Anketni upitnik

ANKETA

Spol Ž M

Dob _____

Radno mjesto: Dom zdravlja ili koncesionar_____

Godine radnog staža: _____

Godine radnog staža liječnika:_____

Liječnik specijalist opće/obiteljske medicine: Da / Ne

Dolje su navedena pitanja i tvrdnje koje se odnose na svakodnevni rad medicinske sestre/tehničara u ambulantama Opće/Obiteljske medicine. Molimo Vas da pročitate svako pitanje i zaokružite jednu tvrdnju koja Vam najviše odgovara. Važno je da pri davanju odgovora budete potpuno iskreni. Anketa je anonimna i neće se koristiti ni u jednu drugu svrhu osim za izradu završnog rada studentice preddiplomskog studija sestrinstva.

Dob populacije s kojom pretežito radite:

a) do 18 godina
b) od 19 do 30 godina
c) od 31 do 45 godina
d) od 46 do 65 godina
e) više od 65 godina

Prosječan dnevni broj pacijenata u ambulanti:

a) manji od 30
b) 30 – 45
c) 46 – 60
d) 61-75
e) Više od 75

1. Koliko prosječno radnog vremena Vam oduzima administracijski posao u odnosu na sestrinske profesionalne vještine?
    a) Većinu radnog vremena
    b) Više od pola radnog vremena
    c) Podjednako
    d) Manje od pola radnog vremena
    e) Manji dio radnog vremena

2. Na koji način se informirate o zakonskim pravima pacijenata?
    a) Putem Internetskih stranica Ministarstva zdravstva ili HZZO-a samostalno tražim i čitam zakonske akte
    b) Moj me doktor podučava o tome
    c) U telefonskoj komunikaciji sa službenikom HZZO-a dok rješavam tekući problem pojedinog pacijenta
    d) Na stručnim sastancima s kolegama
    e) Slabo sam o tome informiran/a

3. Pri radu s pacijentima najviše provodim ovu profesionalnu vještinu:
    a) Terapijske intervencije (previjanja, injekcije, itd.)
    b) Neobavezan razgovor, ali u kojem saznam mnogo vrijednih informacija o pacijentu koje mi koriste u profesionalnom radu
    c) Intervju ili telefonski razgovor povezan s davanjem savjeta vezanih za zdravstvenu skrb pacijenta (o načinu uzimanja lijekova, o prehrani, o pripremi za pretrage)
    d) Pomoć pri svlačenju i oblačenju pacijenta i druge pripreme za liječnički pregled (mjerenje temperature, snimanje EKG itd.)
    e) Osim uzimanja osobnih podataka u administrativne svrhe, inače slabo kontaktiram s pacijentima

4. Formiranje dokumenata i evaluacija rada tima obiteljske medicine se odvija na slijedeći način:
    a) Postupak je jednostavan i u cijelosti ga obavljam sam/a
    b) Radim sve sam/a, ali mislim da je postupak presložen

c) Obavljam jednostavniji dio toga posla, a zahtjevniji dio obavlja liječnik s kojim radim
d) Sve obavlja moj liječnik, a ja samo vršim upisivanje pacijenata i printanje gotovih dokumenata
e) I liječnik i ja podjednako sudjelujemo u tim postupcima, prema potrebi sve postupke mogu odraditi ili ja ili moj liječnik

5. Na koji način stječete stručnost za obavljanje zadataka i metoda rada u PZZ i općoj/obiteljskoj medicini.
   a) Naučio/la sam dosta već u školi
   b) Najviše učim u praktičnom radu i komunikaciji s pacijentima
   c) Najviše učim kroz komunikaciju sa svojim liječnikom
   d) Često sam/a tražim i čitam određene sadržaje s Interneta, za koje smatram da su mi korisni u radu
   e) Najviše naučim na stručnim sastancima od kolega/kolegica

6. Smatram da je moj stupanj kvalificiranosti dovoljan za obavljanje zadataka i metoda rada u PZZ i općoj/obiteljskoj medicini.
   a) U potpunosti
   b) Djelomično, ali je dovoljno što se samostalno educiram
   c) Bila bi mi potrebno dodatno, specifično školovanje za takav način rada
   d) Mislim da bi se mogao/la steći dovoljno znanja i vještina kroz interno organiziranu edukaciju u okviru Doma zdravlja, ili grupne prakse liječnika koncesionara
   e) Uopće ne razmišljam o tome

7. U radu medicinske sestre/tehničara u Općoj/Obiteljskoj medicini veliku važnost ima komunikacija s pacijentima. Mislite li da za to imate dovoljno znanja i vještina?
   a) Da, dobro poznajem teorijske osnove tih vještina
   b) Djelomično poznajem teorijske osnove tih vještina (prošao/la sam tečaj u samostalnoj organizaciji, čuo/la sam ponešto na stručnim sastancima, ili naučio/la od svog liječnika)
   c) Slabo poznajem teorijske osnove tih vještina, ali sam kroz praktični rad s pacijentima stvorio/la svoj stil komunikacije s njima i smatram da mi je to dovoljno za svakodnevni rad

d) Ništa ne znam o tome, dobro bi mi došla dodatna edukacija o tome
e) Ništa ne znam o tome, ali mi se to i ne čini toliko važnim za moj svakodnevni rad

8. Znate li koje su specifičnosti zdravstvene skrbi dobne skupine/a koja je/su najviše zastupljene u Vašoj ambulanti?
   a) Znam puno
   b) Znam djelomično, sam/a nadograđujem to znanje
   c) Znam djelomično, dobro mi došla pomoć u savladavanju toga znanja
   d) Ne znam gotovo ništa, volio/ljela bih o tome više naučiti
   e) Ne znam gotovo ništa i ne smatram to važnim

9. O svojoj komunikaciji s liječnikom s kojim radim u timu mislim slijedeće:
   a) Vrlo kvalitetna i na visokoj profesionalnoj razini
   b) Dovoljno dobra, ali bi mogla biti i bolja
   c) Nedovoljno dobra, ali još uvijek ne ometa uspješnost rada tima
   d) Nedovoljno dobra, predstavlja prepreku uspješnom obavljanju zdravstvene skrbi za pacijente
   e) Nedovoljno dobra, sumnjam da bi se mogla popraviti

10. O svojoj ulozi u timu Obiteljske/Opće medicine mislim slijedeće:
    a) Prilično pasivna, izvršavam samo što mi se kaže, ali mi takvo stanje i odgovara
    b) Prilično pasivna, volio bih veću samostalnost i inicijativu u radu tima
    c) I ja i moj liječnik imamo jednako aktivnu ulogu i znamo dobro što su čiji zadaci
    d) I ja i moj liječnik imamo aktivnu ulogu u timu, ali često ne znamo što su čiji zadaci pa između nas nastaju nesuglasice
    e) Mislim da ja imam vodeću ulogu u timu

11. Pacijenti cijene trud i rad medicinske sestre/tehničara potreban za zadovoljavanje njihovih potreba.
    a) Vrlo cijene
    b) Dovoljno, ali bi mogli i više
    c) Nedovoljno i to mi smeta

d) Nedovoljno, ali mi to ne smeta
e) Nisam o tome razmišljao/la

12. Moje sudjelovanje u promicanju zdravlja i zdravstvenom prosvjećivanju stanovništva se može opisati kao:
    a) Gotovo svakodnevno obavljam takve aktivnosti, ali samo u okviru svoga rada u ambulanti
    b) Dosta obavljam takve aktivnosti i to i kroz rad ambulante, a imam i dodatne aktivnosti u lokalnoj zajednici, ili u udrugama
    c) Ponekad obavljam takve aktivnosti u okviru svoga rada u ambulanti, ali ne baš često
    d) Ne obavljam takve aktivnosti, imam za to dovoljno znanja, ali to od mene nitko ne traži
    e) Ne obavljam takve aktivnosti, želio/ljela bih, ali nemam dovoljno znanja o tome

13. O kongresima, seminarima i tečajevima, kao oblicima trajnog usavršavanja znanja, mislim slijedeće:
    a) Ima dovoljno takvih oblika usavršavanja za moju profesiju (sestre/tehničara u Općoj/obiteljskoj medicini) i dostupni su mi kada to smatram korisnim za svoj rad
    b) Ima dovoljno takvih oblika usavršavanja, ali su dostupni su samo rijetkima iz moje struke, ne i meni
    c) Ima dovoljno takvih oblika usavršavanja za moju struku, ali mi nisu dostupni
    d) Nema dovoljno takvih oblika usavršavanja za moju struku
    e) Ne smatram takve oblike edukacije potrebnim, ima i drugih načina trajne edukacije

14. Ulogu Informacijske tehnologije u zdravstvenom prosvjećivanju, komunikaciji s pacijentima, kao i drugim oblicima provođenja zdravstvene skrbi, vidim kao:
    a) Sadašnju iskoristivost smatram dovoljnom
    b) Nedovoljno koristimo te mogućnosti, ta uloga bi mogla biti mnogo veća kada bi imali dodatne gotove programe i sadržaje

c) Nedovoljno koristimo te mogućnosti, ja imam ideje kako bi se one mogle povećati
d) Nema značajnu ulogu u mom radu
e) Opterećuje i otežava moj rad

15. Jeste li zadovoljni svojom profesionalnom ulogom kao člana tima obiteljskog liječnika:
    a) Da, to je bilo ono što sam i želio/ljela
    b) Nisam to baš željela, ali sam sada zadovoljan/na
    c) Nisam zadovoljan//na, ali ima načina da se to poboljša
    d) Nisam zadovoljan//na, pokušat ću pronaći nešto drugo
    e) Svejedno mi koju vrstu posla radim, bitno je da sam zaposlen/a