

PATRONAŽNA SLUŽBA I OBITELJSKI DOKTOR

Bruno Mazzi *

***Predsjednik HDOD-HLZ, Prim.mr.sc., spec. opće med.**

SAŽETAK

Djelatnost patronažne službe je primarno preventivno edukativna i informativna, sa zadaćom prikupljanja potrebnih podataka, otkrivanja i zbrinjavanja bolesnih, nemoćnih i socijalno ugroženih stanovnika te zadaćom očuvanja, unapređenja i zaštite zdravlja ostalih. U tu svrhu ona mora uočavati faktore koji utječu na socijalno-ekonomsko i zdravstveno stanje stanovništva i obitelji. U suradnji sa obiteljskim liječnicima, socijalnom službom, drugim zdravstvenim ustanovama, društvenim organizacijama i karitativnim ustanovama, kao i vlastitim prosvjetnim radom, pomažu u rješavanju takve problematike i štite interes pacijenata.

Važnost patronažne djelatnosti je neupitna i bez nje bi se u potpunosti ugasio onaj posljednji socijalno-preventivni i edukativni element našeg primarnog zdravstva. Prikazane razlike u obujmu rada patronaže po županijama ukazuju na potrebu izjednačavanja uvjeta rada, planiranja, programiranja i nadzora rada, kao i na potrebu savjetodavnog te stručnog nadzora. Vidljive su i slabosti koje su prisutne u cijeloj primarnoj zdravstvenoj zaštiti. One su posljedica privatizacije i smanjenja uloge Doma zdravlja, u kojima su ukinute službe za planiranje i programiranje preventivne zaštite i gdje se u potpunosti ugasio sustav nadzora rada i stručne kontrole.

U postojećoj organizaciji PZZ gdje su funkcionalnost i kvaliteta zdravstvene zaštite dovedeni u pitanje, kvalitetan rad patronažne službe je bitan faktor zaštite pacijenata i održavanja zdravlja stanovništva. Obiteljski liječnik uz sve to gubi sve više svoju temeljnu preventivnu ulogu, pa je onome kojemu je stalo do zdravstvene zaštite svojih pacijenata, samo u uskoj suradnji sa patronažnom službom moguće očuvati bit svoje profesije. Upoznati sve karakteristike područja i stanovništva s kojim radi, zadržati zdravstveni nadzor nad obiteljima u skrbi, održavati stalnu vezu sa teže pokretnim i nepokretnim bolesnicima te promptno reagirati na zdravstvene potrebe opredijeljenih pacijenata, su aktivnosti koje su mu jedino omogućene u dobroj suradnji sa kvalitetnom patronažnom službom.

Ključne riječi: patronažna služba, kvalitetna suradnja, obiteljski doktor.

UVOD

Začeci patronažne djelatnosti kod nas počinju 1921. god., kad je osnovana prva Škola za sestre pomoćnice, koje su radile monovalentnu patronažu u tadašnjim dispanzerima za tuberkulozu i dojenčad. 1930. osniva se Središte za socijalno higijenski rad u Zagrebu, pa od 1933. sestre preuzimaju ulogu prvih socijalnih radnika, a od 1935. provode i odgojni rad putem „tečajeva za majku i dijete“ i „njege bolesnika u kući“.

Osnivanjem Domova zdravlja 1952. god., medicinske sestre započinju sa polivalentnim načinom rada, a od 1961. uključene su u timove liječnika opće medicine koji su tada bili teritorijalno raspoređeni. 1966. se osniva Viša medicinska škola pri Medicinskom fakultetu u koju se upisuju nakon srednje medicinske škole, i traje dvije godine, sa dva usmjerenja, bolničkim i dispanzersko-patronažnim. Od 1986. na toj se školi ukidaju svi smjerovi i educiraju se samo polivalentne sestre.

Reformama zdravstva 80-tih godina i raspodjelom stanovništva po mjestu stanovanja, rada i školovanja te stvaranjem Medicinskih centara u većim gradovima, patronažna sestra je kao i obiteljski liječnik gubila na svojoj funkciji, naročito u gradovima. Poslijeratnom reformom iz 1993., uveden je slobodan izbor liječnika koji je krivo primijenjen, čime je u potpunosti razoren obiteljski način rada u općoj medicini. Kako bi se sačuvala patronažna djelatnost, koja je vezana na teritorijalnu podjelu, sestre su izdvojene iz liječničkih timova i objedinjene u zasebnoj patronažnoj službi doma zdravlja. Time su rasterećene od ambulantnog rada, ali opterećene sa većim brojem obitelji i većim teritorijem te su izgubile elemente suradnje i stručne potpore od strane obiteljskih doktora. Zbog sve većih potreba za kurativnim radom i tu se počinje zapuštati preventiva, koja je osnovica njihova rada. 1997. je zbog rasterećenja patronaže, ali i zbog financijskih interesa, odobrena privatizacija kućne njege i osnivanje privatnih ustanova za kućnu njegu i liječenje, koje sa srednjim medicinskim sestrama preuzimaju kurativni dio patronažne djelatnosti Doma zdravlja. U početku zbog sustava plaćanja usluga dolazi do prijavljivanja prekomjernog broja usluga, koje osiguravatelj nije mogao financijski podnijeti, pa se sustav kućne njege limitira u broju usluga i postavlja pod nadzor patronažne službe. Od 1999. osniva se Visoka zdravstvena škola sa trogodišnjim studijem.

Djelatnost patronažne službe je danas primarno preventivno edukativna i informativna, sa zadaćom prikupljanja potrebnih podataka i otkrivanja te zbrinjavanja bolesnih, nemoćnih i socijalno ugroženih stanovnika te zadaćom očuvanja, unapređenja i zaštite zdravlja ostalih. U tu svrhu ona mora uočavati faktore koji utječu na socijalno-ekonomsko i zdravstveno stanje stanovništva i obitelji. Patronažne sestre u suradnji sa obiteljskim liječnicima, socijalnom službom, drugim zdravstvenim ustanovama, društvenim organizacijama i karitativnim ustanovama, kao i sa vlastitim prosvjetnim radom, pomažu u rješavanju takve problematike i štite interes pacijenata. Svoj rad zato planiraju na temelju Plana i programa mjera HZZO-a, suradnje sa obiteljskim liječnikom, pedijatrom i ginekologom te na temelju dojava drugih medicinskih ustanova, socijalne službe, pojedinih obitelji ili na temelju vlastitih zapažanja i procjena. Osim edukativne uloge u stanovništvu putem tečajeva i rada u malim grupama te provođenja zdravstveno preventivnih i promotivnih programa, rade i na edukaciji novog kadra i ostalih zdravstvenih pripravnika te nadziru provedbu kućne njege. Stoga je jasno da moraju raspolagati sa širokim spektrom stručnog znanja, vještinama komunikacije, vještinama pružanja utjehe, podrške, savjeta i edukacije, uz poznavanje i poštivanje etičkih principa. Na patronažnu sestru je tako danas prenijet i onaj dio preventivnog rada koji je nekad vršio obiteljski liječnik, a kojeg on nažalost zbog nastalih organizacionih promjena sve manje radi. Tako obiteljski doktor pomalo gubi svoju osnovnu ulogu sprječavanja nastanka bolesti i ranog otkrivanja oboljelih, a sve više se pretvara u administrativnu djelatnost te poslužiuca konzilijarne i bolničke djelatnosti, pa je dobra suradnja sa patronažom od sve većeg značaja.^{2,3,4,5}

CILJEVI RADA

Ustanoviti postojeće stanje u patronažnoj djelatnosti, determinirati organizacijske i provedbene slabosti te ukazati na potrebna poboljšanja koja bi mogla otkloniti uzroke takvog stanja i poboljšati zdravstvenu zaštitu stanovništva.

ANALIZA POSTOJEĆEG STANJA

Danas patronažnu djelatnost u Hrvatskoj provodi 917 patronažnih sestara sa prosječno 1.437 posjeta godišnje, što u prosječnim 212 radnih dana iznosi oko 6,8 dnevno. 781 patronažna sestra ima VŠS sa dvogodišnjim i trogodišnjim studijem, a 136 sestara još ima SSS i one su čak zadnjih godina u porastu za 18%. Kućnu njegu provodi 744 sestara njegovateljica sa prosječnih 2.282 posjeta po sestri. Teritorijalno su patronažne sestre približno raspoređene sa normativom od 5.100 stanovnika i samostalni su zdravstveni djelatnici PZZ.

Patronažne sestre realno u skrbi imaju prosječno 4.877 stanovnika, dok na jednu sestru njegovateljicu dolazi 3.500 osiguranika. Patronažna služba u svom programu rada ima 1 posjet trudnici u tijeku trudnoće, 3 posjeta babinjači i novorođenčetu (jedan u prvom tjednu, a dva nakon 15 dana), 2 posjeta dojenčetu do 1 god. starosti, 1 posjet predškolskom djetetu i najmanje 1 posjet ostaloj djeci i školi. Ona vrši prema potrebi posjete za određivanje socijalnih i higijenskih prilika, posjete kroničnim bolesnicima i onim starijim od 65 god., koji nisu posljednju godinu bili kod liječnika te invalidima, uz nužnu suradnju sa liječnicima PZZ, socijalnom službom, karitativnim ustanovama, zdravstvenim ustanovama, domovima umirovljenika, društveno političkim organizacijama i policijom. Osim toga, veliki dio njihova posla odnosi se na individualni i grupni zdravstveno odgojni rad, u vidu savjetovanja, promotivnih tečajeva ili rada u malim grupama. Vršiti distribuciju zdravstveno-odgojnog materijala, evidentira, izvješćuje i evaluira vlastiti rad te kontinuirano komunicira sa primarnom, sekundarnom i tercijarnom z.z., što se statistički sada u postojećim obrascima ne može evidentirati ili se nepravilno evidentira kao tzv. ostali posjeti. Tako je npr. u Istarskoj županiji 2010. god. statistički ostalo neprepoznato 78 akcija promocije zdravlja, 47 tečaja za trudnice, 123 rada u malim grupama, 51 grupa za potporu dojenja i 1072 suradnje sa drugim službama, pri čemu se za sve te usluge koristi isti vremenski normativ. Osim toga, patronaža preporučuje u suradnji s obiteljskim liječnikom kućnu njegu i nadgleda provedbu.

Dužnosti patronažne sestre definirane su u uvjetima ugovaranja PZZ sa HZZO-om, gdje se u članku 32. između ostaloga decidirano navodi da je patronažna sestra obvezna utvrditi zdravstveni i socijalni status svih obitelji na svom području, radi utvrđivanja prioriteta patronažne zdravstvene zaštite. Na temelju utvrđenog stanja, patronažna sestra izrađuje plan rada s utvrđenim potrebama za posjetima pojedinim dobnim skupinama i edukacijom jednom tjedno, radom u malim grupama u D.Z., vrtićima ili prostoru lokalne samouprave. Patronažna je sestra dužna izvještavati izabranog doktora o svom radu u skladu sa utvrđenim planom, a ustanova je dužna voditi računa da patronažna sestra kontrolira provedbu zdravstvene njege i po potrebi izvještava socijalnu službu. Zdravstvena njega u kući joj mora proslijediti mjesečno izvješće o provedenoj zdravstvenoj njezi u kući, kojeg ona mora odobriti i dostaviti nadležnom liječniku. Jasno je da bi za takav spektar rada bilo nužno smanjiti standard i prilagoditi ga potrebnom izvršenju.

U tablici 1 prikazan je broj živorođene djece, broj patronažnih sestara i broj posjeta patronažnih sestara novorođenčadi i dojenčadi po županijama u 2009. godini, sa prosječnim brojem posjeta po novorođenčetu i dojenčetu.

Tablica 1.

Broj posjeta patronažne službe novorođenčetu i dojenčetu u 2009. godini po županijama

ŽUPANIJA	Živorodeni	Broj sestara	Broj djece po sestri	Posjeti novorođenčetu	Posjeti dojenčetu
Grad Zagreb	8.792	151	58	35.788 (4)	12.659 (1,4)
Zagrebačka	3.407	57	60	13.156 (3,8)	5.522 (1,6)
Krapinsko-zagorska	1.282	26	49	5.962 (4,6)	3.257 (2,5)
Sisačko-moslavačka	1.646	36	46	4.200 (2,5)	1.294 (0,8)
Karlovačka	1.118	29	39	4.023 (3,6)	1.491 (1,3)
Varaždinska	1.780	34	52	8.415 (4,7)	4.510 (2,5)
Koprivničko-križevačka	1.190	47	25	3.785 (3,2)	1.995 (1,7)
Bjelovarsko-bilogorska	1.211	23	52	5.394 (4,4)	3.854 (3,2)
Primorsko-goranska	2.659	81	33	16.237 (6,1)	6.709 (2,5)
Ličko-senjska	435	12	36	1.291 (2,9)	586 (1,3)
Virovitičko-podravsko	867	24	36	4.182 (4,8)	2.339 (2,7)
Požeško-slavonska	830	16	52	2.481 (3,0)	2.637 (3,2)
Brodsko-posavska	1.800	37	49	5.658 (3,1)	2.784 (1,5)
Zadarska	1.828	35	52	7.344 (4)	1.168 (0,6)
Osječko-baranjska	3.116	71	44	11.100 (3,6)	8.876 (2,8)
Šibensko-kninska	1.008	24	42	2.871 (2,8)	1.660 (1,6)
Vukovarsko-srijemska	1.948	37	53	5.873 (3)	4.180 (2,1)
Splitsko-dalmatinska	4.941	73	68	17.691 (3,6)	4.964 (1)
Istarska	2.012	48	42	8.640 (4,3)	2.924 (1,4)
Dubrovačko-neretvanska	1.381	36	38	5.548 (4)	1.500 (1,1)
Međimurska	1.326	20	66	4.562 (3,4)	3.783 (2,8)
UKUPNO	44.577	917	49	174.201 (3,9)	78.728 (1,8)

*podaci HZZJZ za 2009. g. – sa () označen prosječan broj posjeta po novorođenčetu i dojenčetu.

Kako se tu radi o zadanom broju potrebnih posjeta, analizom dobivamo točan uvid u obuhvat te populacije. Najmanji broj posjeta novorođenčetu tako nalazimo u Sisačko-moslavačkoj, Šibensko-kninskoj i Ličko-senjskoj županiji, a najveći broj u Primorsko-goranskoj, Virovitičko-podravskoj i Varaždinskoj županiji. Posjete dojenčetu su pak najčešće u Bjelovarsko-bilogorskoj, Požeško-slavonskoj, Osječko-baranjskoj i Međimurskoj županiji, dok se u Zadarskoj i Sisačko-moslavačkoj županiji sva dojenčad niti ne posjete. Postojeća razlika u broju posjeta po županijama ukazuje na razlike u aktivnosti i uvjetima rada pojedinih službi i najčešće nisu u skladu sa realnim potrebama tog područja. Tako po sestri na području Splitsko-dalmatinske, Međimurske i Zagrebačke županije dolazi preko 60 novorođenčadi dok na području Koprivničko-križevačke i Primorsko-goranske dolazi samo 25-33.^{6,7}

U tablici 2 usporedili smo broj trudnica sa brojem živorođene djece, a dobiveni podaci jasno ukazuju i na postojeći problem velikog broja prekida trudnoća (10.417 od kojih su 1442 spontana, 4.450 legalno inducirana i 4.525 nelegalna), kao i problem nedovoljnog obuhvata svih trudnica u primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena.

Tablica 2

Broj trudnica i živorođenih u odnosu na broj posjeta trudnicama i babinjačama

ŽUPANIJA	Broj trudnica	Živorođenih	Posjeti trudnicama (1 u trudnoći)	Posjeti babinjači (3 u babinju)	Posjet ostalim ženama
Grad Zagreb	10.810	8.792	3.346 (0,3)	29.467	5.637
Zagrebačka	2.436	3.407	2.028 (0,8)	10.038	2.202
Krapinsko-zagorska	1.300	1.282	1.268 (0,9)	4.608	938
Sisačko-moslavačka	2.057	1.646	422 (0,2)	3.846	1.579
Karlovačka	1.080	1.118	366 (0,3)	2.487	935
Varaždinska	2.350	1.780	837 (0,3)	6.905	1.213
Koprivničko-križevačka	886	1.190	627 (0,7)	2.989	1.087
Bjelovarsko-bilogorska	1.127	1.211	922 (0,8)	4.767	740
Primorsko-goranska	4.299	2.659	3.488 (0,8)	15.034	2.359
Ličko-senjska	342	435	270 (0,8)	1.399	588
Virovitičko-podravska	1.107	867	501 (0,4)	4.251	1.732
Požeško-slavonska	1.260	830	401 (0,3)	2.044	179
Brodsko-posavska	1.841	1.800	726 (0,4)	3.614	547
Zadarska	3.751	1.828	168 (0,04)	7.612	2.027
Osječko-baranjska	3.758	3.116	722 (0,2)	10.586	4.190
Šibensko-kninska	1.129	1.008	435 (0,4)	2.985	876
Vukovarsko-srijemska	3.208	1.948	1.197 (0,4)	5.949	1.540
Splitsko-dalmatinska	3.924	4.941	1.151 (0,3)	14.847	1.556
Istarska	2.132	2.012	1.164 (0,5)	5.574	1.602
Dubrovačko-neretvanska	1.069	1.381	1.120 (1)	5.338	1.272
Međimurska	1.267	1.326	973 (0,8)	4.318	1.198
UKUPNO	46.850	44.577	24.132 (0,5)	148.658 (3,1)	33.997 (2,3%)

*podaci HZZJZ za 2009. g. – sa () označen prosječan broj posjeta po trudnici, babinjači i prema ostalim ženama

Primjetne su i velike razlike po županijama u patronažnim posjetama trudnicama i babinjačama. Jedino na području Dubrovačko-neretvanske, Krapinsko-zagorske, Zagrebačke, Primorsko-goranske i Ličko-senjske županije se većina trudnica obiđe jednom tijekom trudnoće, dok su na drugim područjima te posjete puno rjeđe. Zadani minimalni broj posjeta babinjačama se u prosjeku poštuje, osim u Karlovačkoj, Sisačko-moslavačkoj, Koprivničko-križevačkoj, Brodsko-posavskoj, Istarskoj i Šibensko Kninskoj županiji.

Vremenskim normativom je patronažni posjet normiran na sat vremena, što bi u 8 satnom radnom vremenu trebalo biti ispunjeno sa prosječno 6 posjeta dnevno, uzme li se u obzir i potreba za administrativnim dijelom rada. Prema postojećoj statistici patronažne sestre to u prosjeku ispunjavaju (6,8 posjeta), ali sa prevelikim razlikama između pojedinih županija, što jasno ukazuje na potrebu stručnog nadzora u toj djelatnosti.

Osim toga i spektar rada ne zadovoljava, pa se ne ispunjavaju popisane norme na račun sve većeg rada s kroničarima. Jasno je da uvjeti rada nisu na svim područjima jednaki pa bi bilo nužno prilagoditi i postojeći standard od 5.100 stanovnika po sestri. Gustoća stanovništva na km² bi tu morala biti presudna, jer nije isto imati u skrbi par većih zgrada u gradu ili pokrivati teritorij od 200 km², gdje patronažna sestra realno ne bi smjela imati više od 2.500 stanovnika u skrbi.

Tablica 3 prikazuje broj posjeta školi, predškolskoj i školskoj djeci. Prikazuje ukupan broj posjeta kroničnim bolesnicima i postotke potrebnog izvršenja po županijama.

Tablica 3

Broj patronažnih posjeta školi, za utvrđivanje socijalnih i higijenskih prilika te tzv. ostale posjete

ŽUPANIJA	Posjet školi (1 godišnje)	Posjete predškolskoj djeci (1 godišnje)	Posjete školskoj djeci (1 za vrijeme školovanja)	Posjete kroničnim bolesnicima
Grad Zagreb	249	5.878	1.058	124.390
Zagrebačka	72	1.633	643	50.687
Krapinsko-zagorska	514	903	619	24.446
Sisačko-moslavačka	38	1.365	224	44.811
Karlovačka	0	608	251	28.678
Varaždinska	1	1.393	509	34.171
Koprivničko-križevačka	10	433	256	19.828
Bjelovarsko-bilogorska	0	964	200	15.987
Primorsko-goranska	106	2.937	1.329	49.151
Ličko-senjska	12	191	127	12.316
Virovitičko-podravska	5	884	525	19.627
Požeško-slavonska	0	234	28	10.532
Brodsko-posavska	0	263	71	34.041
Zadarska	10	398	475	28.944
Osječko-baranjska	24	3.093	1.000	62.719
Šibensko-kninska	5	280	194	23.459
Vukovarsko-srijemska	30	962	327	43.474
Splitsko-đalmatinska	14	834	513	59.518
Istarska	18	393	172	36.882
Dubrovačko-neretvanska	51	1.030	505	22.778
Međimurska	51	1.099	542	12.839
UKUPNO	1.210 (43%)	25.775 (52%)	9.568 (14%)	759.279

*podaci HZZJZ za 2009. g. – sa () označen postotak potrebnog izvršenja

U Hrvatskoj sad imamo 2.805 osnovnih škola koje bi barem jednom godišnje morale biti posjećene od strane patronažne sestre. Danas je prosječno izvršenje tih posjeta samo 43%, uz ogromne razlike po županijama, tako da se ta usluga u Karlovačkoj, Bjelovarsko-bilogorskoj, Požeško-slavonskoj i Brodsko-posavskoj županiji uopće ne vrši.

Sadašnjih 364.584 školske djece, patronažna bi sestra trebala posjetiti barem jednom u 8 godina, a danas je prosječno izvršenje samo 14%. Osim toga, imamo i 294.745 predškolske djece koju bi patronažna sestra tijekom 6 godina trebala jednom posjetiti, a sadašnje je izvršenje samo 52%. Prema navedenim

pokazateljima broj posjeta kroničnim bolesnicima je relativno velik i u porastu, što ukazuje na skretanje spektra rada prema tercijarnoj prevenciji i kurativi.

Danas se nažalost još uvijek 57,6% ukupnog broja posjeta patronažne sestre odnosi na kronične bolesnike i u stalnom je porastu. Sve češća je provedba terapijskih postupaka kod teško pokretnih i nepokretnih pacijenata, čime se dopunjava rad kućne njege, koja zbog štednje dobiva odobrenje za previše kratka razdoblja potrebne njege, što se ne bi događalo da je i to dio patronažnog tima. Osim toga se zadovoljavaju i potrebe pojedinih ordinacija, preuzimajući posao ambulantnih sestara koje, zbog nedovoljnog nadzora, taj dio svog posla izbjegavaju. Jasno je da sve to usmjerava osnovnu aktivnost patronažne sestre na kurativni dio koji nije bit njihove djelatnosti.

U tablici 4 prikazan je ukupan broj usluga u patronaži, broj posjeta domaćinstvima i broj posjeta školama u razdoblju od 1990. do 2009. godine, dakle u posljednjih 20 godina.

Tablica 4

Usporedni prikaz pruženog broja patronažnih usluga, posjeta domaćinstvima i posjeta školama u posljednjih 20 godina.

GODINA	Ukupan broj usluga	Broj posjeta domaćinstvima	Broj posjeta školama
1990.	1.035.737	608.346	362
1991.	837.829	510.448	321
1992.	707.679	424.973	84
1993.	698.675	413.074	8.139
1994.	720.905	475.946	2.186
1995.	976.010	613.755	2.118
1996.	1.085.963	656.860	2.750
1997.	1.221.616	745.882	2.567
1998.	1.259.912	753.438	2.963
1999.	1.177.853	662.427	2.029
2000.	1.217.396	696.685	1.100
2001.	1.286.021	758.006	1.652
2002.	1.284.247	781.764	920
2003.	1.420.394	889.760	919
2004.	1.356.668	851.771	1.155
2005.	1.315.052	832.865	1.134
2006.	1.296.498	818.286	1.687
2007.	1.398.229	879.018	756
2008.	1.287.722	782.937	669
2009.	1.318.260	813.738	1.210

*podaci HZZJZ za 2009. g.

Analiza ukazuje na smanjenje obima rada u ratnim godinama i kasnije godišnje oscilacije za koje nemamo nekog objašnjenja. Tako najveći broj usluga i posjeta domaćinstvima nalazimo 2003. godine i 2007. godine, a najveći broj posjeta školama 1993., 1996. i 1998. To jasno ukazuje na nedovoljno programiranje rada i manjkav stručni nadzor.

RASPRAVA

Važnost patronažne djelatnosti je neupitna i bez nje bi se u potpunosti ugasio onaj posljednji socijalno-preventivni i edukativni element našeg primarnog zdravstva. Prikazane razlike u obujmu rada patronaže po županijama ukazuju na potrebu izjednačavanja uvjeta rada, planiranja, programiranja i nadzora rada, kao i na potrebu savjetodavnog te stručnog nadzora. Vidljive su i slabosti koje su prisutne u cijeloj primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kao posljedica privatizacije i smanjenja uloge Doma zdravlja, gdje je ukinuta služba za planiranje i programiranje zdravstvene zaštite te gdje se u potpunosti ugasio sustav nadzora rada i stručne kontrole. Činjenica je da mala gustoća stanovništva i velika disperzija na terenu uvelike otežavaju rad patronažne službe i da bi bilo potrebno izraditi pravilniji standard, koji bi o tome vodio računa. Nužan bi bio manji broj stanovnika po patronažnoj sestri na područjima s većom disperzijom stanovništva i nižom socijalnom strukturom, za razliku od gusto naseljenog gradskog područja, gdje je isti broj stanovnika smješten u nekoliko velikih zgrada. Osim toga, napuštanje obiteljskog koncepta zbog slobode izbora u obiteljskoj medicini, koja je doslovce omogućavala pacijentu da se liječi kod bilo kojeg liječnika u državi bez obzira na mjesto stanovanja, dovelo je patronažnu službu u položaj nemogućnosti suradnje sa brojnim dislociranim liječnicima, čime se izgubio i bitan element zajedništva u PZZ.

Danas, usprkos tome što HZZO pokušava kod novog opredjeljivanja upućivati pacijente po mjestu stanovanja, još uvijek većina obitelji nema svog zajedničkog liječnika. U obitelj, preko pojedinih članova, ulazi i po tri i više liječnika, čime je suradnja patronaže s tim liječnicima uvelike otežana i onemogućena. To je naročito prisutno na gradskom i prigradskom području, gdje se raspodjele stanovništva iz stare podjele opredjeljivanja po mjestu stanovanja, rada i školovanja još nisu izgubile. Od 2.292.847 žena u Hrvatskoj samo 1.447.766 je izabralo svog ginekologa ili 63%, dok je 845.081 žena neopredijeljenih. Od onih opredijeljenih je samo 766.223 ili 53% koristilo zdravstvenu zaštitu u 2009. godini. Kod predškolske zaštite od 261.000 predškolske djece, 247.292 je izabralo svog liječnika, tako da oko 14.000 djece nema svog liječnika, a od onih opredijeljenih se 84,9% liječi kod pedijatra, a 15,1% kod obiteljskog liječnika. U obiteljskoj z.z. od 4.429.078 stanovnika (procjena 2009.) 4.083.780 je izabralo svog liječnika, pa oko 340.000 stanovnika nema svog liječnika. Od opredijeljenih je 3.166.083 ili 77,5% koristilo zdravstvenu zaštitu sa prosječnih 5 posjeta godišnje i 2,5 posjeta specijalistima. Nažalost naš je sustav još uvijek otvoren i za direktan pristup u sekundarno i tercijarno zdravstvo, čemu privatizacija još više pogoduje, pa se prema statistici HZZJZ čak oko 600.000 pregleda obavlja bez uputnica iz PZZ. Od ukupnog broja pregleda se 7.861.912 vrši u ugovornim polikliničkim ordinacijama, a 653.961 u neugovornim s prosječnim općim 100% povećanjem u odnosu na 2005. godinu. Jasno je da je u tako nesređenom zdravstvu, patronažnoj službi otežan rad, kao i neko točnije planiranje.^{8,9,10,11,12,13,14}

ZAKLJUČAK

U postojećoj organizaciji PZZ gdje su funkcionalnost i kvaliteta zdravstvene zaštite dovedeni u pitanje, kvalitetan rad patronažne službe je bitan faktor zaštite pacijenata i održavanja zdravlja stanovništva. Preduvjet takvog rada su pravilno standardiziranje patronažnih timova u skladu sa karakteristikama područja na kojem rade, teritorijalno objedinjavanje članova obitelji kod istog obiteljskog liječnika, potpun obuhvat stanovništva sa zdravstvenom zaštitom uz administrativno određivanje nadležnog liječnika prema mjestu stanovanja, za sve one koji to sami nisu izvršili. Ne smije se zatim dozvoliti da 845.000 žena nema svog ginekologa ili 340.000 stanovnika svog obiteljskog liječnika i da čak 14.000 predškolske djece nema svog izabranog liječnika. Time se naime kvaliteta cijelog sustava zdravstvene zaštite dovodi u pitanje. Osim toga, nužno je razraditi upravne nadležnosti u patronažnoj djelatnosti kao i razraditi sustav evidencije te stručnog nadzora, bez kojih niti u jednoj djelatnosti ne možemo osigurati kvalitetan rad. Zato bi patronažna služba Doma zdravlja, bio on gradski ili županijski, morala imati objedinjeni opći plan rada izrađen na temelju prošlogodišnjih statističkih pokazatelja za tu županiju. Iz njega bi se izvodili planovi za pojedinu patronažnu sestru, a specifične karakteristike patronažnih rajona bi se zatim ugrađivale prema realnim potrebama. Pri tome bi glavna patronažna sestra trebala objedinjavati područna izvršenja i nadzirati taj rad, a ravnatelj ustanove preko svog stručnog savjeta bi trebao vršiti godišnji unutarnji nadzor.

Obiteljski liječnik koji zbog sklopa ranije navedenih okolnosti sve više gubi svoju temeljnu preventivnu ulogu, a kojemu je stalo do zdravstvene zaštite svojih pacijenata, jedino u uskoj suradnji sa patronažnom službom može očuvati bit svoje profesije. Upoznati sve karakteristike područja i stanovništva s kojim radi, zadržati zdravstveni nadzor nad obiteljima u skrbi, održavati stalnu vezu sa teže pokretnim i nepokretnim bolesnicima te promptno reagirati na zdravstvene potrebe opredijeljenih pacijenata, samo su dio aktivnosti koje mu dobra suradnja sa kvalitetnom patronažnom službom omogućuje. Ta suradnja mora zato biti redovna - svakotjedna, programirana sa barem 1 sat vremena, kao i omogućena u svim slučajevima izvanredne potrebe. Patronažna sestra bi o tim posjetama morala voditi evidenciju u posebnom notesu, gdje bi upisala sve dogovorene potrebe, kao i izvršenje o kojem je izvijestila. Suradnja s patronažom bi zato kod oba učesnika morala biti vremenski tjedno normirana i obvezna. U današnje vrijeme kad se sve češće radi o stručno izjednačenim osobama, to mora zato biti suradnja dvoje ravnopravnih učesnika u zdravstvenoj zaštiti stanovništva sa istovjetnim ciljem očuvanja i poboljšanja te zaštite.^{15,16,17}

LITERATURA

1. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2009.g., Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2010.
2. Bocalja J., Buratović T., Čulov I., Značaj patronažne službe - Outreach na hrvatski način, M. F. Rijeka, 2006.
3. Županić M., Uloga M.S. u patronažnoj djelatnosti u promicanju kardiovaskularnog zdravlja, Zdravstveno Veleučilište Zagreb, Zagreb 2008.
4. Ljubotina A., Patronažna skrb u očuvanju i promidžbi zdravlja, M. F. Rijeka, Rijeka 1997.
5. Mrakovčić N., Sestra zaštitnica obitelji. ZZJZPGŽ - Narodni zdravstveni list Rijeka, Rijeka 2009.
6. Pravilnik HZZO., Pravila i opći uvjeti ugovaranja PZZ., HZZO, Zagreb 2006.
7. MZISS. Program mjera zdravstvene zaštite u patronažnoj zaštiti, NN156/2008., 1.6.1.-1.6.4., Zagreb, 2008.
8. Mazzi B., Obiteljski liječnik i prevencija bolesti., U:Mazzi B., Zbornik osmog kongresa HDOD- HLZ, Rovinj 2008; 9-20.
9. Katić M., Marković-Bergman B., Blažeković-Milaković S., Ebling Z., Prepoznajemo li preventivni rad u obiteljskoj medicini? U:Mazzi B., Zbornik osmog kongresa HDOD-HLZ, Rovinj 2008; 21-30.
10. Vrdoljak D., Ferlin D., Marković-Bergman B., Stavovi obiteljskih liječnika o preventivnom radu., U:Mazzi B., Zbornik osmog kongresa HDOD-HLZ, Rovinj 2008; 31-42.
11. Jureša V., Jurković D., Katić M., et alt., Preventivna z.z. u obiteljskoj medicini, U:Mazzi B., Zbornik devetog kongresa HDOD-HLZ, Rovinj 2009; 33-42.
12. Mazzi B., Obitelj i zdravstvena zaštita. U:Peršić L., Zbornik Dani PZZ, Labin 1993; 88-92.
13. Mazzi B., Obiteljski liječnik - Naša budućnost ili iluzija. U:Vrca-Botica M., Platiša-Korman M., Zbornik prvog simpozija obiteljske medicine, Varaždin 1994; 13-17.
14. Gorjanski D., Je li hrvatski zdravstveni sustav - sustav?, Matica Hrvatska - Ogranak Osijek, Grafika d.o.o., Osijek 2009.
15. Mazzi B., O obitelji i obiteljskom doktoru. U:Mazzi B., Peti kongres HDOD-HLZ, Rovinj 2005; 9-24.
16. Sviben D., Mazzi B., Droždjek D., Katić M., Petric D., Ptičar M., Skupnjak B., Stevanović R., Prijedlog strategije razvoja za opću/obiteljsku medicinu u Hrvatskoj. U:Mazzi B., Zbornik petog kongresa HDOD-HLZ, Rovinj 2005; 191-268.
17. Budak A. I sur., Obiteljska medicina, Gandalf d.o.o., Zagreb, 2000.

U prilogu radu je tiskan i **Program rada za djelatnost patronažne zdravstvene zaštite**, kao podsjetnik svim učesnicima u toj zaštiti.

PRILOG

PROGRAM MJERA ZA DJELATNOST PATRONAŽNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE MINISTARSTVA ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI, ZAGREB 2008.

1.6.1. OSNOVNE PREVENTIVNE MJERE U PATRONAŽNOJ ZAŠTITI

1.6.1.1. Patronažna zaštita trudnica – jedanput tijekom normalne trudnoće (ne prije 12. navršenog tjedna trudnoće), više puta prema procjeni patronažne sestre i indikacijama i u dogovoru sa izabranim doktorom. Obuhvaća: mjere individualnog i grupnog zdravstvenog odgoja – upute o načinu prehrane, o općim higijenskim uvjetima i osobnoj higijeni, o fizičkoj aktivnosti za vrijeme trudnoće, o pripremi za dojki za dojenje, o pripremi za boravak u bolnici (majke i novorođenčeta), o prevenciji psihofizičkih trauma; kontrola krvnog tlaka; kontrola provođenja terapijskih i dijetetskih mjera; uvid u socijalno-gospodarsko stanje obitelji. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost.

1.6.1.2. Patronažna zaštita babinjača i novorođenčadi – 1. posjet optimalno do 7 dana nakon poroda i 2. posjet nakon 15 dana od poroda, a u slučaju komplikacija (mastitis, rascjep međice, problemi u prihvaćanju uloge majčinstva) prema procjeni patronažne sestre i indikacijama i u dogovoru s izabranim doktorom. U patronažnoj zaštiti babinjače predviđene su mjere: individualni i grupni zdravstveni odgoj – upute o prehrani, higijeni, psihofizičkim aktivnostima, uključujući obveznu poštedu od fizičkog rada 6 tjedana po porodu i/ili prema preporuci ginekologa koji vodi trudnoću, prevenciji tromboze, mogućnosti kontracepcije, prednostima dojenja djeteta, uz naglasak na štetnost pušenja i alkohola, te određene primjene lijekova po dijete na prirodnoj prehrani; pregled i kontrola dojki, vanjski pregled fundusa, položaja i kontrakcije maternice, pregled i kontrola rezne rane i lohija; demonstracija potrebnih postupaka, kao što su održavanje higijene cijeloga tijela, posebice dojki i spolovila, masiranje i izdavanje dojki, položaji prilikom dojenja, vježbe koje se po preporuci ginekologa mogu izvoditi u prvih 6 mjeseci iza poroda.

U patronažnoj zaštiti novorođenčeta predviđene su mjere: uvid u otpusno pismo iz rodilišta, provjera na učinjeni skrining na fenilketonuriju (PKU), kongenitalnu hipotireozu (HyTh) i oštećenje sluha. Kontrola BCG-a i profilakse hepatitis B infekcije kod novorođenčadi HbsAg pozitivne majke, orijentacijski pregled novorođenčeta prema sustavima, ispitivanje prirođenih refleksa novorođenčeta; kontrola higijene novorođenčeta (pupak, koža i sluznice) i prehrane novorođenčeta, davanje uputa majci o pravilnom načinu prirodne i umjetne prehrane novorođenčeta; demonstracija potrebnih postupaka, kao što su njega novorođenčeta brisanjem i kupanjem u vodi, njega sluznica, održavanje prohodnosti dišnih putova, njega pupčane ranice, stavljanje djeteta u, za njega i majku, idealan položaj za dojenje, držanje i nošenje novorođenčeta; upute o obavljanju prvog preventivnog sistematskog pregleda i kontinuitetu svih ostalih pregleda; individualni zdravstveni odgoj – savjeti o njezi; preporuka prirodne prehrane i isticanje prednosti dojenja za cjelokupni rast i razvoj te važnost dojenja za razvoj međučeljskih odnosa i orofacijalnog sustava; uvid u socijalno-gospodarsko stanje obitelji. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost.

1.6.1.3. Patronažna zaštita dojenčadi nakon novorođenačkog razdoblja – dva patronažna posjeta dojenčetu nakon novorođenačkog razdoblja do godine dana, više puta prema procjeni patronažne sestre i indikacijama i u dogovoru s izabranim doktorom. *Obuhvaća:* mjere individualnog zdravstvenog odgoja – kontrola provođenja njege kože i sluznica, davanje savjeta o uvođenju različitih kozmetičkih preparata, savjeti kod promjena na koži i sluznicama, kontrola hranjenja dojenčeta na prirodnoj i umjetnoj prehrani, isticanje važnosti prirodne prehrane do druge godine života djeteta, isticanje štetnosti davanja slatkih napitaka u »bočici« jer dovode do otapanja cakline i nastanka cirkularnog karijesa (karijes bočice), edukacija o dohrani u prvoj godini života, isticanje važnosti hranjenja na žličicu, poticanje pijenja iz čaše u drugoj polovici prve godine života, savjeti vezani za primjenu vitaminskih pripravaka i pripravaka preporučenih od strane pedijatra, kontrola provođenja terapije propisane od strane pedijatra; praćenje napredovanja dojenčeta – kontrola provođenja mjera preporučenih pri prvom i ostalim sistematskim pregledima u prvoj godini života; kontrola provedbe obveznih cijepljenja; upute o tjelesnoj aktivnosti djece i prevenciji ozljeda; pravovremena upotreba odgovarajućih igračkaka s obzirom na dob djeteta; praćenje rasta i razvoja dojenčeta, uočavanje pothranjenosti ili pretilosti, uvid u socijalno-gospodarsko stanje obitelji. *Izvršitelj:* patronažna djelatnost.

1.6.1.4. Patronažna zaštita male djece – jedan posjet tijekom predškolske dobi, više puta prema procjeni patronažne sestre i u dogovoru sa izabranim doktorom. *Obuhvaća:* mjere individualnog zdravstvenog odgoja – kontrola provođenja njege kože i sluznica, davanje savjeta o uvođenju različitih kozmetičkih preparata, savjeti kod promjena na koži i sluznicama, kontrola hranjenja djeteta te isticanje važnosti dojenja do druge godine života djeteta, kontrola uvođenja namirnica u prehrani djeteta, isticanje važnosti hranjenja na žlicu i poticanje pijenja iz čaše, isticanje štetnosti davanja slatkih napitaka u »bočici« jer dovode do otapanja cakline i nastanka cirkularnog karijesa (karijes bočice), upute o tjelesnoj aktivnosti djece i prevenciji ozljeda; pravovremena upotreba odgovarajućih igračkaka s obzirom na dob djeteta; praćenje rasta i razvoja, kontrolu prehrane, uočavanje pothranjenosti ili pretilosti, uvid u socijalno-gospodarsko stanje obitelji; suradnja u edukacijskim programima ustanova za predškolski odgoj. *Izvršitelj:* patronažna djelatnost.

1.6.1.5. Patronažna zaštita školske djece – jedan posjet tijekom školske dobi, više puta prema procjeni patronažne sestre i u dogovoru s izabranim doktorom. *Obuhvaća:* mjere individualnog i grupnog zdravstvenog odgoja – u svrhu praćenja rasta i razvoja te kontrole zdravstvenog stanja i utvrđivanja poremećaja zdravlja, rizičnih ponašanja i navika, kao i prilagodbe na školu, kontrolu prehrane, uočavanja pothranjenosti ili pretilosti, uvid u socijalno-gospodarsko stanje obitelji, utvrđivanje rizičnog ponašanja, edukacija o spolno prenosivim bolestima, edukacija o kontracepciji, evaluacija usvojenih znanja, upućivanje liječnicima specijalistima i ostalim stručnjacima ovisno o uočenoj problematici; suradnja u edukacijskim programima s školskim ustanovama. *Izvršitelj:* patronažna djelatnost.

1.6.1.6. Patronažna zaštita kronično bolesnog djeteta i rizično ugroženog djeteta – prema medicinskoj indikaciji u dogovoru s izabranim doktorom, više puta prema procjeni patronažne sestre. *Obuhvaća:* kontrola provođenja i pridržavanja uputa i propisane terapije od strane liječnika, evaluacija provođenja njege kože i sluznica ovisno o osnovnoj bolesti, savjeti u svezi prehrane i specifičnostima

uvjetovanim osnovnom bolešću, provođenje svih ostalih mjera kao i kod zdravog predškolskog djeteta. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost.

1.6.1.7. Patronažna zaštita kroničnih bolesnika – prema medicinskoj indikaciji, više puta prema procjeni patronažne sestre i u dogovoru s izabranim doktorom, obilazak u kući ili domu umirovljenika. *Obuhvaća:* individualni i grupni zdravstveni odgoj u cilju usvajanja određenih postupaka i vještina samokontrole i prevencije komplikacija osnovne kronične bolesti; kontrola pridržavanja danih uputa i propisane terapije od strane izabranog liječnika; evaluacija usvojenih znanja i vještina i po potrebi demonstracija istih; zdravstvenog prosvjećivanja cijele obitelji u cilju održanja postojećih ili razvijanja novih funkcionalnih sposobnosti u teško pokretnih i nepokretnih bolesnika; procjenjuje potrebu za obavljanjem zdravstvene njege, procjenjuje zdravstveno i socijalno-gospodarsko stanje bolesnika te daje povratne informacije izabranom doktoru; sudjeluje u uspostavi komunikacije i suradnje između bolesnika i izvan zdravstvenih službi i organizacija, upućuje bolesnike u klubove i druge postojeće udruge bolesnika s istim zdravstvenim problemima. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost.

1.6.1.8. Patronažna zaštita starijih osoba – povremeni obilazak starijih od 65 godina koji se tijekom kalendarske godine nijednom nisu obratili izabranom doktoru medicine. *Obuhvaća:* davanje povratne informacije izabranom doktoru. Provođa su u dogovoru s izabranim doktorom koji je utvrdio da osiguranik nije bio u ordinaciji tijekom kalendarske godine, a u svrhu pravovremenog uočavanja tjelesnih i duševnih poremećaja, savjetovanja o potrebi redovite kontrole zdravstvenog stanja, savjeta o prehranbenim potrebama, o prevenciji ozljeda, posebice u kući, o potrebi bavljenja tjelesnim i drugim aktivnostima koje doprinose očuvanju funkcionalne sposobnosti; provođenje svih ostalih mjera kao i kod patronažne zaštite kroničnog bolesnika. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost.

1.6.1.9. Patronažna zaštita osoba s invaliditetom – u dogovoru s izabranim doktorom i prema utvrđenim potrebama obilazak invalidnih osoba, više puta prema procjeni patronažne sestre i u dogovoru s izabranim doktorom. *Obuhvaća:* zdravstveno-odgojni rad osoba s invaliditetom i članovima obitelji u svrhu provođenja mjera samozbrinjavanja i suzaštitnih mjera koje će nadomjestiti izgubljene i pomoći razvoju novih funkcionalnih sposobnosti, utvrđivanje potrebe i nadzor nad provođenjem zdravstvene njege, pružanje psihološke pomoći i upute o mogućoj radnoj terapiji, sudjelovanje u povezivanju s udrugama osoba s invaliditetom; povezivanje s zdravstvenim i ostalim službama o čijem radu ovisi rješavanje problematike osobe s invaliditetom. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost.

1.6.2. PROMICANJE ZDRAVLJA I ZDRAVSTVENO PROSVJEĆIVANJE

1.6.2.1. Individualno zdravstveno preventivno savjetovanje stanovnika na području za koje je patronažna sestra nadležna. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost.

1.6.2.2. Distribucija tiskovnog zdravstveno-odgojnog materijala pri obilasku stanovnika u kući i u radu s malim grupama na području za koje je patronažna sestra nadležna. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost.

1.6.2.3. Sudjelovanje u provođenju zdravstveno preventivnih i zdravstveno promotivnih programa na lokalnoj razini prema vodećim javnozdravstvenim problemima na području za koje je patronažna sestra nadležna – u dogovoru s izabranim doktorima, sa službom školske medicine i drugim stručnjacima – predavanja, rad u malim grupama, djelovanje putem lokalnih medija. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost.

1.6.2.4. Zdravstveno-odgojni i zdravstveno promotivni tečajevi koji se provode jedanput na mjesec, a usmjereni su određenim vulnerabilnim skupinama: tečajevi »Majka i dijete« – održavaju se za male grupe budućih roditelja; »Zdravo dojenče i dijete« za male grupe roditelja; tečajevi o kontracepciji – za male grupe u reproduktivnoj dobi i ostali tečajevi za koje postoji godišnji plan provođenja. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost.

1.6.2.5. Zdravstveno odgojni rad s malim grupama – jedanput na mjesec, prema određenim zdravstvenim problemima, više puta prema procjeni patronažne sestre i u dogovoru sa izabranim doktorom. *Obuhvaća:* rad s kroničnim bolesnicima – prema specifičnostima pojedinih masovnih kroničnih bolesti (dijabetičari, hipertoničari, maligne bolesti i sl.); zdravstveno odgojni rad s obiteljima osoba s invaliditetom za očuvanje preostale funkcionalne sposobnosti i razvijanje novih sposobnosti bolesnika; zdravstveno odgojni rad s malim grupama starijih od 65 godina u svrhu zdravog aktivnog starenja i očuvanja funkcionalnih sposobnosti starijih osoba; zdravstveno prosvjećivanje žena o malignim bolestima – upoznavanje žena s čimbenicima rizika za nastanak nekih malignih bolesti, informiranje o potrebi ciljanih kontrolnih pregleda, upoznavanje tehnike samopregleda dojki; rad sa svim ostalim grupama ovisno o zdravstvenoj problematici na području za koje je nadležna patronažna sestra. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost.

1.6.3. OSTALE MJERE

1.6.3.1. Primarna prevencija - Patronažna sestra provodi primarnu prevenciju kroz rad sa zdravom populacijom u svrhu očuvanja zdravlja kroz rad s trudnicama, roditeljima i novorođenčadi, djecom u predškolskoj i školskoj dobi i u radu s malim grupama promovirajući zdravi način života. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost.

1.6.3.2. Sekundarna i tercijarna prevencija - Patronažna sestra provodi sekundarnu i tercijarnu prevenciju kroz rad s kroničnim bolesnicima provodeći edukaciju samog bolesnika i njegove obitelji u svrhu samozbrinjavanja kada to stanje ili bolest dopušta. Kod bolesnika koji zahtijevaju provođenje određenih postupaka zdravstvene njege, patronažna sestra utvrđuje potrebu i sačinjava plan zdravstvene njege bolesnika prema kojem će se propisati i izvršiti od strane izvršitelja zdravstvene njege kojega će izabrati bolesnik. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost.

1.6.3.3. Suradnja s drugim djelatnostima na razini primarne zdravstvene zaštite Za uspješno provođenje mjera i aktivnosti te praćenje zdravstvenog stanja populacije za koju se provodi patronažna skrb te za koordinirano rješavanje pojedinih zdravstvenih problema pojedinaca nužna je

suradnja sa svim djelatnostima primarne zaštite. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost u suradnji s drugim djelatnostima primarne zdravstvene zaštite.

1.6.3.4. Suradnja s drugim sudionicima u zdravstvenoj zaštiti pojedinaca lokalne zajednice Pri rješavanju problema zdravstvene i psihosocijalne naravi (tjelesna i psihološka rehabilitacija i socijalna integracija) nužna je suradnja s udrugama i službama na razini lokalne zajednice koje su izvan sustava zdravstva. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost u suradnji s drugim djelatnostima izvan zdravstvenog sustava na razini lokalne zajednice.

1.6.3.5. Evidencija i izvješćivanje o radu te evaluacija, prema važećim propisima Prema važećim propisima vođenje propisane sestrinske liste i evidencije i izvješćivanja o radu, individualna evaluacija, kontrola podataka i evaluacija na lokalnoj razini u suradnji sa županijskim zavodima za javno zdravstvo i Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo. *Izvršitelji:* patronažna djelatnost.

1.6.3.6. Komunikacija među sudionicima primarne, sekundarne i tercijarne prevencije Za sve bolesnike koji se otpuštaju iz bolnica, a njihovo stanje zahtijeva neprekinuti nastavak zdravstvene njege i uvid izabranog liječnika, bolnica osigurava pisanu preporuku koju dostavlja izabranom liječniku i nadležnoj patronažnoj sestri na dan otpusta. Patronažna sestra u roku od 24 sata obavlja kućnu posjetu i izvješćuje izabranog liječnika o stanju bolesnika kod otpusta i predlaže nastavak zdravstvene njege, odnosno potrebu kućne posjete od strane liječnika ako to stanje bolesnika zahtijeva. Nakon utvrđivanja potrebe za neprekidnim nastavkom skrbi na bilo koji način, izabrani liječnik organizira službu zdravstvene njege u svrhu kontinuiranog zbrinjavanja. Izvršitelj zdravstvene njege podnosi izvješće o stanju bolesnika i o provedenim postupcima izabranog liječnika jedan puta tjedno, a po potrebi i češće. Izabrani liječnik uspostavlja evidencijski karton koji je uvijek uz bolesnika i u koji se bilježe sve intervencije svih sudionika zbrinjavanja (patronažne sestre, zdravstvene njege i kućnih posjeta liječnika). *Izvršitelji:* patronažna djelatnost u suradnji s drugim djelatnostima izvan zdravstvenog sustava na razini lokalne zajednice.