|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Izvješće o provedenom savjetovanju - Savjetovanje o Nacrtu pravilnika o izmjenama pravilnika o specijalističkom usavršavanju prvostupnika sestrinstva u djelatnosti hitne medicine |

 |  |
|  |  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Redni broj | Korisnik/Sekcija/Komentar | Odgovor |
| 1 | **Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske PRAVILNIK O IZMJENAMA PRAVILNIKA O SPECIJALISTIČKOM USAVRŠAVANJU PRVOSTUPNIKA SESTRINSTVA U DJELATNOSTI HITNE MEDICINE**U postupku savjetovanja s javnošću o Nacrtu Pravilnika o izmjenama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju prvostupnika sestrinstva u djelatnosti hitne medicine, koje traje od 26.10.2022. do 10.11.2022., ispred Udruge poslodavaca u zdravstvu Hrvatske, iznosimo prijedloge zdravstvenih ustanova naših članica: 1. Klinički bolnički centar Rijeka: Sukladno pozivu za savjetovanje vezano uz gore spomenuti pravilnik dostavljamo slijedeća zapažanju. Unatoč iznimnom zadovoljstvu na intenzivnom radu za povećanje kompetencija sestara u hitnoj medicini dostavljamo određena zapažanja. Kompetencije predviđene za samostalan rad medicinskih sestara s životno ugroženim pacijentima (bilo u kontekstu vanbolničkog ili bolničkog rada – transporta i slično) u cijelosti ne odgovaraju potrebi. Naime, radi se većinom o kompetencijama definiranima u protokolima Europskog društva za reanimatologiju – koji je definiran u situacijama zastoja srca ili neposredno pred zastoj srca - ovim prijedlogom kompetencije su dodatno sužene da onemogućuju postupanje na način da se prevenira zastoj srca i disanja te započne s liječenjem i stabilizacijom prilikom prvog medicinskog kontakta čime se u potpunosti negira osnovna svrha hitne medicinske službe. Slobodni smo navesti primjere koji govore u prilog navedenom podijeljeno po najčešćim patologijama i organskim sustavima: 1. ZBRINJAVANJE DIŠNOG PUTA – predloženi popis kompetencija ne predviđa mogućnost da samostalni pružatelj usluge hitne medicinske pomoći – MS//MT specijalist zbrine dišni put u politraumatiziranih pacijenata i pacijenata s ozljedom glave ili drugim teškim poremećajem svijesti te opstrukcijom dišnog puta (opekline, anafilaksija i slično) na jedini sigurni način – endotrahealna intubacija uz primjenu lijekova u brzom slijedu. Navedeno dovodi do nesigurne situacije gdje pružatelj zdravstvene skrbi čak i kada bi kroz edukacijski okvir bio adekvatno osposobljen (što je uistinu teško postići i u postojećim okvirima) ne bi bez kršenja pravilnika bio u mogućnosti provesti jedinu stručno opravdanu mjeru osiguranja dišnog puta. 2. ZBRINJAVANJE PACIJENATA S OTEŽANIM DISANJEM – Postojeći prijedlog ne pruža adekvatnu mogućnosti zbrinjavanja pacijenata s otežanim disanjem primjerice 1. Kardiogeni edem pluća – nitrati se smiju primijeniti isključivo kod epistakse i kod boli u prsištu, a ne i u hipertenzivnim emergencijama ( kao primjerice kod plućnog edema gdje je osnovna terapija). Fursemid se može primjeniti samo kada se pacijent pogorša do razine edema pluća, ali ne smije se primijeniti da bi se preveniralo pogoršanje pacijenata u drugim manifestacijama popuštanja srca. 2. Kronična opstruktivna plućna bolest – nije predviđeno davanje adekvatne terapije u smislu kortikosteroida i ipratropij bromida. 3. Unatoč smjernicama za liječenja zatajivanja disanja koje u ova dva najčešća stanja predviđaju ranu primjenu ventilacije pozitivnim tlakom - navedeno nije predviđeno kompetencijama. 4. Zbrinjavanje tenzijskog pneumotoraksa (kompetencije točka 94). nije definirano na jasan način koji su to hitni medicinski postupci koji se primjenjuju). Pacijenti koji ne dišu spontano (točka 25.) ms/mt priprema ventilator (ne smije ga samostalno koristiti) – u uvjetima kada tehničar samostalno reanimira pacijenta na terenu i samostalno zbrinjava pacijenta do dolaska u bolnicu predviđeno je da cijelo vrijeme ventilira pacijenta samoširećim balonom sa spremnikom – što bi ga u slučaju da je jedini pružatelj usluge prisutan kraj pacijenta dovelo u položaj da ne može poduzeti niti jednu drugu intervenciju oko pacijenta. 5. Akutna teška astma – popis kompetencija i odobrene terapije predviđen sadašnjim pravilnikom ne omogućuje MS/MT zbrinjavanje bolesnika s akutnom teškom astmom sukladno preporukama Europskog vijeća za reanimatologiju ( nedostaju antikolinergici , magnezij sulfat, kortikosteroidi, adrenalin). 4. ZBRINJAVANJE PACIJENATA S POREMEĆAJIMA CIRKULACIJE 1. Zbrinjavanje pacijenata sa sporim poremećajima srčanog ritma (bradikardije) – „transkutana elektrostumulacija– poznaje postupak priprema i asistira“. Ukoliko MS/MT samostalno zbrinjava pacijente (na terenu ili bolničkim uvjetima – prilikom prijevoza, opservacije pacijenta i slično) samostalna skrb za poremećaje srčanog ritma je neizostavna kompetencija – izostanak navedenih kompetencija u uvjetima kada MS/MT nema kome asistirati jer je jedini dostupni pružatelj zdravstvene usluge dovodi brojnu skupinu pacijenata s poremećajima srčanog ritma i/ili bolovima u prsima, otežanim disanjem i/ili poremećajem stanja svijesti i slično u direktnu životnu opasnost, tj. takvi pacijenti u slučaju provedbe ovog pravilnika ne bi mogli biti na siguran način zbrinuti od MS/MT. Smjernice za spore poremećaje srčanog ritma uključuju (transkutanu elektrostimulaciju, primjenu atropina i niz drugih lijekova od čega je jedino dozvoljeno po popisu terapije MS/MT primijeniti atropin – što nije u skladu s citiranim smjernicama niti je u svakodnevnoj kliničkoj praksi dovoljno) (Referenca: smjernice Europskog društva za reanimatologiju za napredno održavanje života u odraslih 2021.) 2. Zbrinjavanje pacijenata s brzim poremećajima srčanog ritma (tahikardije) (kardioverzija) – hitna elektrokardiverzija je najsigurniji i najučinkovitiji način liječenja brzih poremećaja srčanog ritma i jedini po smjernicama preporučeni način liječenja nestabilnih pacijenata s tahikardijom (šok, gubitak svijesti, infarkt miokarda i teško zatajivanje srca). Po predviđenoj razini kompetencije za MS/MT ova skupina pacijenata kao i generalno skupina s tegobama kao što su lupanje srca, omaglica i slično nije pogodna za samostalnu opskrbu od strane MS/MT. Također nije predviđeno pravilnikom provođenje sveukupne terapije lijekovima. Ukoliko se primjerice amiodaron koristi samo u kardiopulmonalnoj reanimaciji i nije dozvoljeno davanje drugih lijekova za stabilizaciju pacijenta neizbježno je očekivati da će u prehospitalnim uvjetima doći do destabilizacije i dodatne životne ugroze pacijenata pogotovo prilikom dužeg transporta. 3. INTRAOSEALNI PRISTUP – predviđen je samo za upotrebu kod djece bez svijesti, nije predviđena mogućnost postavljanja istoga kod odraslih u popisu kompetencija – u popisu terapije dozvoljena je upotreba lidokaina kod pacijenata pri svijesti za postavljanje IO puta. Skupina pacijenata s otežanim I.V. pristupom je puno šira od djece bez svijesti npr. korisnici i.v. droga, pacijenti s opeklinama, djeca i odrasli u bilo kojem stanju šoka itd. 4. ZBRINJAVANJE PACIJENATA S BOLI U PRSIMA – AKUTNI KORNARNI SINDROM Popisom kompetencija nije predviđeno prepoznavanje AKS – posebice STEMI infarkta niti je omogućeno davanje adekvatne terapije s obzirom da antiagregacijski lijekovi nisu navedeni u popisu dozvoljene terapije. 5. PREPOZNAVANJE MOŽDANOG UDARA u kompetencijama se ne navodi potreba prepoznavanja moždanog udara. 6. ZBRINJAVANJE INTOKSICIRANIH PACIJENATA U popisu terapije dozvoljena je primjena naloksona međutim nije dozvoljena primjena flumazenila – što se u kontekstu nemogućnosti adekvatnog osiguranja dišnog puta ne može smatrati sigurnim. 7. ZBRINJAVANJE FEBRILITETA U popisu terapije nema mogućnosti davanja paracetamola ( vrlo sigurna terapija za bolove i febrilitet) i nesterodinih protupalnih lijekova – koji su inače dostupni i u slobodnoj prodaji. 8. ZBIRNJAVANJE ISČAŠENJA ZGLOBOVA i OZLJEDA EKSTREMITETA Nije definirano što spada u hitne medicinske postupke, ukoliko u to što nalaže logika spada i repozicija, u popisu kompetencija i terapije nije predviđena mogućnost sedacije i predviđena je mogućnost isključivo relativno blage analgezije morfijem što smatramo neprikladnim. 9. ZBINJAVANJE PACIJANTA SA ALERGIJSKIM REAKCIJAMA Predviđeno postojećim prijedlogom je zbrinjavanje isključivo pacijenata s anafilaktičkim šokom, dok nije predviđena mogućnost zbrinjavanja alergijske reakcije osnovnom terapijom (antihistaminik, kortikosteriod). 10. SNIŽAVANJE POVIŠENOG INTRAKRANIJALNOG TLAKA Predviđenim kompetencijama i terapijom nije predviđena niti jedna terapijska mogućnost za spriječavanje sekundarne ozljede mozga odnosno snižavanja intrakranijalnog tlaka. 11. ZBRINJAVANJE PO ŽIVOT OPASNIH KRVARENJA Nije predviđena mogućnost prijemjene kolodinih otopina. U cijelosti smatramo da je potrebno Pravilnik dopuniti kompetencijama koje su vezane za bolničke uvjete kao što su nadzor nad invazivnim i intenzivnim mjerama liječenja (respirator, invazivno mjerenje tlaka, centralni venski pristup i slično), drugi standardno sestrinski postupci kao što su imobilizacije ekstremiteta, povećanje kompetencija sestara kod obrade pacijenata (naručivanje RTG pretraga ekstremiteta, analgezija prije pregleda liječnika, ordiniranje laboratorijskih pretraga sukladno standardnim protokolima i slično). Također bi bilo potrebno definirati stanja kod kojih definitivno zbrinjavanje može pružiti MS/MT – jednostavne rane (steri strip, šivanje kože) ili jednostavne frakture bez pomaka, uganuća. S poštovanjem, Radna skupina za specijalističko usavršavanje medicinskih sestara i tehničara u djelatnosti hitne medicine Objedinjenog hitnog bolničkog prijama Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Jennifer Babić, mag.med.techn – glavna sestra OHBP-a KBC Rijeka Dejan Mačinković, mag.med.techn. – glavni tehničar OHBP-a lok. Sušak, KBC Rijeka Dražen Hodak, mag.med.techn -glavni tehničar OHBP-a lok. Rijeka, KBC Rijeka Marko Radeljak, mag.med.tech, OHBP, KBC Rijeka Mate Lerga, dr.med. spec. hitne medicine, OHBP, KBC-Rijeka prim.dr.sc. Martina Pavletić, dr.med. spec interne medicine, subspec. nefrologije i intenzivne medicine, pročelnica OHBP-a KBC Rijeka. 2. Opća bolnica Zabok i bolnica hrvatskih veterana 1. članak 1., točka 5. i članak 12. točka 1. – kako trenutno nemamo prvostupnika sestrinstva specijaliste iz hitne – mogući su mentori samo liječnici doktori medicine s 5 g. iskustva u hitnoj, što smatram da nije dobro rješenje. Prijedlog: do završetka prvih prvostupnika specijalista mentori budu probrani (testirani) prvostupnici koji rade u hitnoj najmanje 10 g. 2. članak 14., točka 2. – ukoliko je minimum za upis specijalizacije 2 godine rada u hitnoj (članak 8.), hoće li prvostupnik stići u roku od 3 godine završiti specijalističko usavršavanje od početka zapošljavanja, što je uvjet za tim 2 ili definirati da on ne može biti dio tima2? 3. U Pravilniku i izmjenama se ne govori kada bi se krenulo sa specijalizacijama za med. sestre koje rade u OHBP-u? 4. Prilog II. Popis kompetencija Točka 3 – prepoznaje srčani zastoj i provodi hitne med. postupke naprednog održavanja života - smatra li se da će med. sestre i u bolnicama samostalno voditi reanimaciju po smjernicama ERC-a? Točka 12- prepoznaje letalne poremećaje ritma i provodi postupke sukladno smjernicama ERC-a - smatra li se da će sestre i u bolnicama samostalno provoditi postupak defibrilacije sa manualnim defibrilatorima? Sestre će i u bolnicama samostalno primjenjivati lijekove za koje će dobiti kompetencije nakon završene specijalizacije? Točka 83. Provodi napredne postupke održavanja života kod djece u skladu sa smjernicama - smatra li se da će nakon završene specijalizacije i u bolnicama samostalno provoditi postupke? 5. Ukoliko bolnica bude ovlaštena ustanova za provođenje specijalizacije, hoće li med. sestre koje rade u OHBP-u dio specijalizacije moći obaviti u svojoj bolnici? 6. Tko će plaćati specijalizaciju za med. sestre OHBP-a, ustanova koja ih šalje ili? 7. Nakon završene specijalizacije, postoji li vremenski period koji med. sestra mora raditi u ustanovi za koju je specijalizirala? 8. Koeficijent za med. sestre prvostupnice sestrinstva specijalista u djelatnosti hitne medicine? 9. Postoji li određen vremenski period u kojem med. sestra koja radi u OHBP-u mora završiti specijalizaciju ili će i dalje u OHBP-u moći raditi sestre bez završene specijalizacije i srednje stručne spreme? | Djelomično se prihvaća.U popis kompetencija dodaje se intraoselani pristup za odrasle. Sve druge navedene intervencije iz prijedloga moći će se provoditi nakon telemedicinske konzultacije s liječnikom specijalistom. |
| 2 | **Romeo Novak****PRAVILNIK O IZMJENAMA PRAVILNIKA O SPECIJALISTIČKOM USAVRŠAVANJU PRVOSTUPNIKA SESTRINSTVA U DJELATNOSTI HITNE MEDICINE****Članak 1.**Poštovani, mišljenja sam da u Članku 1. treba pisati da specijalizant može biti prvostupnik sestrinstva i magistar sestrinstva a ne najmanje prvostupnik sestrinstva. Tako je stvar jasnija i a ne da se magistri poslije moraju boriti s poslodavcem i objašnjavati što bi značilo. Budući da će specijalisti u timu 2 sami odlučivati bez liječnika s obzirom na kompetencije koje će imati ne vidim razloga odnosno se čudim zašto nije stavljen i magistar sestrinstva. | Ne prihvaća se.Pravilnikom se definira najniža razina obrazovanja, a to je najmanje prvostupnik sestrinstva, što uključuje i svaku razinu obrazovanja iznad nevedene. |
| 3 | **Hrvatska komora medicinskih sestara****PRAVILNIK O IZMJENAMA PRAVILNIKA O SPECIJALISTIČKOM USAVRŠAVANJU PRVOSTUPNIKA SESTRINSTVA U DJELATNOSTI HITNE MEDICINE****Prilog 1.**Podržavamo povećanje broja sati praktičnog rada (prije 870, sada 1200), međutim ne i smanjenje vježbi u kabinetu (prije 255, sada 50). Naime, provođenje temeljnih vještina pod nadzorom educiranog nastavnika na visokoškolskoj ustanovi smatramo izuzetno važnim, posebno s obzirom na povećane kompetencije. Polaznika bi se u kontroliranim uvjetima uvježbavalo vještinama i pripremalo ga se za realne uvjete. Osim toga, predlažemo razdvajanje kolegija 3. Komunikacija, etika i zdravstveno zakonodavstvo obzirom da se radi o različitim znanstvenim disciplinama/područjima te bi trebali imati svaki svoj ishod učenja. | Primljeno na znanje. |
| 4 | **Karmen LončarekPRAVILNIK O IZMJENAMA PRAVILNIKA O SPECIJALISTIČKOM USAVRŠAVANJU PRVOSTUPNIKA SESTRINSTVA U DJELATNOSTI HITNE MEDICINE****Prilog 1.**U program usavršavanja treba dodati sadržaje iz palijativne skrbi, te o umiranju. Razlog je što palijativni pacijenti čine 8-10% intervencija HMS-a u županijama s nerazvijenom palijativom. Nadalje, med. sestre i tehničari u hitnoj medicini vrlo često rade s umirućima, svakako neusporedivo češće nego što vide porođaj. Usavršavanje o palijativi i umiranju potrebno je već i zbog toga što rad s tim pacijentima emocionalno iscrpljuje i vodi pregaranju.Predlažem 5 sati predavanja, te 12 sati kliničkih vježbi u sklopu rada na terenu (3 x 4 sata u kućnim posjetama s mobilnim palijativnim timovima).Kao potkrepu navodim da je HZHM još daleke 2015. prepoznao potrebu za usavršavanjem o palijativi, te je izdao "Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojim je potrebna palijativna skrb", dostupne na linku [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s& source](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&%20source)=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjD18TinoD7AhXHxqQKHVDfCm0QFnoECBkQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.hzhm.hr%2Fsource%2Fsmjernice%2FNacionalne-smjernice-za-rad-izvanbolnicke-I bolnicke.pdf&usg=AOvVaw3Zfq9nt\_hpE5eNJ3wW\_w\_c. Dakle, imamo čak i pisani materijal za usavršavanje iz područja palijative i umiranja. | Primljeno na znanje. |
| 5 | **Karmen LončarekPRAVILNIK O IZMJENAMA PRAVILNIKA O SPECIJALISTIČKOM USAVRŠAVANJU PRVOSTUPNIKA SESTRINSTVA U DJELATNOSTI HITNE MEDICINE****Prilog 2.**Iza 16 dodati kompetenciju: "Prepoznaje sindrom skore smrti". Kompetencija je opisana na str. 11 u "Nacionalnim smjernicama za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojim je potrebna palijativna skrb". | Primljeno na znanje. |
|  |  |  |

 |  |
|  |  |